

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

Studium dlouhověkosti



**Disertační práce**

**Ph.D.**

**2021 Mgr. Hana Bláhová, MBA**

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

Studium dlouhověkosti

**Disertační práce**

**Potřeby seniorů a problematika jejich  
naplňování v nemocniční péči**

Autorka: Mgr. Hana Bláhová, MBA

Vedoucí práce: doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Praha 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repositáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 28. 6. 2021

Mgr. Hana Bláhová, MBA

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala doc. MUDr. Ivě Holmerové, Ph.D. za pomoc a odborné rady při přípravě mé disertační práce. Dále také děkuji za cenné rady a doporučení kolegyním projektového týmu GAUK. Za vstřícnost a ochotu spolupracovat děkuji všem účastníkům výzkumu, tedy zaměstnancům a seniorům oslovených zdravotnických zařízeních, bez jejichž účasti se naplnění cílů této práce nepodařilo.

## **Abstrakt**

Předložená disertační práce doktorského studijního programu Ph.D. oboru Studia dlouhověkosti byla zpracována a finančně podporována projektem GAUK – Grantové agentury Univerzity Karlovy č. 760219 s názvem „**Uspokojené a neuspokojené potřeby zvláště vulnerabilních pacientů vyššího věku v domácí a lůžkové péči**“, jehož jsem spoluřešitelkou. Uvedený výzkumný projekt je zároveň v intencích strategického záměru a dlouhodobé činnosti výzkumného týmu CELLO (Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče), který je vědeckou základnou doktorského studia Longevity Studies (Studia dlouhověkosti).

Hlavním cílem projektu GAUK je poskytnout komplexní přehled potřeb zranitelných starších pacientů, kterým je poskytována zdravotní péče. Projekt je směřován do tří oblastí, kterými jsou: potřeby pacientů s demencí, potřeby geriatrických pacientů v domácí péči a potřeby geriatrických pacientů v nemocniční péči. Dílčími cíli je explorace dosavadního poznání uvedené problematiky na základě review české i zahraniční literatury. Cílem vlastního šetření je, zjištění postojů a názorů na uspokojení potřeb pohledem pacientů a zdravotníků. Praktickým cílem pak je vytvoření doporučení dobré praxe pro zdravotní péči o tyto pacienty.

Disertační práce se skládá z celkem sedmi publikací. V době psaní této práce byly publikovány tři příspěvky v českých recenzovaných periodikách a dvě publikace v zahraničních. Dva články jsou submitovány, avšak zatím nemám zpětnou vazbu. Práce je doplněna o úvodní a závěrečnou kapitulu. V úvodní části jsou uvedena základní data o stárnutí obyvatelstva a informace s cílem poskytnut vhled do problematiky uspokojování potřeb pacientů v nemocniční péči. Prezentovány jsou zde také aktuální problémy péče o tyto nemocné. S ohledem na to, že část příspěvků byla publikována v zahraničních periodických, jsou jejich plné texty prezentovány v českém jazyce a anglickém jako součást přílohy této práce. Závěr práce je věnován diskusi a doporučeným nástrojům pro zjišťování a posuzování potřeb starších osob a klíčovými informacím nezbytným pro současnou praxi.

### **Klíčová slova:**

Potřeby nemocných, starší lidé, nemocniční péče, kvalita péče

## **Abstract**

The submitted dissertation of the PhD study programme Longevity Studies was prepared and financially supported by the project GAUK - Grant Agency of Charles University No. 760219 entitled "Met and Unmet Needs Of Particularly Vulnerable Older Patients in Home and Inpatient Care", of which I am a co-investigator. The mentioned research project is also in the intentions of the strategic plan and long-term activities of the research team CELLO (Center for the Study of Longevity and Long-Term Care), which is the scientific basis of the PhD study programme Longevity Studies.

The main goal of the GAUK project is to provide a comprehensive overview of the needs of vulnerable older patients who are provided health care. The project is focused on three areas, which are: the needs of patients with dementia, the needs of geriatric patients at home and the needs of geriatric patients in hospital care. Partial goals are the exploration of current knowledge of the issue based on a review of Czech and foreign literature. The aim of the survey is to find out attitudes and opinions on satisfying needs from the perspective of patients and healthcare professionals. The practical goal is to create recommendations for good practice for the health care of these patients.

The dissertation consists of a total of seven publications. At the time of writing, three papers have been published in Czech peer-reviewed journals and two publications abroad. The two articles are in the submission process. The work is supplemented by an introductory and concluding chapter. The introductory part provides basic information on the population ageing and an insight into the the needs of patients in hospital care. Current problems of care for these patients are also presented here. Given that part of the articles were published in foreign periodicals, their full texts are presented in Czech, and in English as part of the appendix of this work. The conclusion of the thesis is devoted to the discussion and recommended tools for identifying and assessing the needs of the older pateint and the key information necessary for current practice.

## **Key words**

Needs of patients, older/elderly people, hospital care, quality of care

## **Obsah**

<b>1. ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>2. CÍL DISERTAČNÍ PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>	<b>20</b>
<b>3. METODY A ČLENĚNÍ DISERTAČNÍ PRÁCE.....</b>	<b>21</b>
<b>PUBLIKACE</b>	
Dříve vyslovená přání - jako (možný) nástroj rozhodování o zdravotní péči na konci života (publikováno v Medicína pro praxi, 2016).....	27
Potřeby starších lidí v nemocniční péči - analýza výsledků review české literatury (publikováno v Geriatrie a Gerontologie, 2018).....	35
Potřeby starších křehkých lidí v nemocniční péči v kontextu modelu podpůrné péče - recenze publikované integrativní přehledové studie (publikováno v Geriatrie a Gerontologie, 2019).....	46
Potřeby seniorů v nemocniční péči: scoping review (publikováno v Ageing Clinical and Experimental Research, 2020).....	50
Péče o starší lidi v nemocniční péči pohledem zdravotníků: scoping review (bude publikováno).....	68
Potřeby pacientů a problematika jejich uspokojování v nemocniční péči pohledem a zkušenostmi nemocných v době pandemie COVID-19 (publikováno v Romanian Journal of Family Medicine, 2021).....	83
Potřeby seniorů a problematika jejich uspokojování v nemocniční péči pohledem a zkušenostmi zdravotníků: Výsledky focus group (bude publikováno).....	99
<b>4. DISKUSE.....</b>	<b>116</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>130</b>
<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>136</b>

# 1 Úvod

## Stárnutí populace

Stárnutí populace a problematika dlouhověkosti je celosvětovým fenoménem a východiskem mnohých úskalí péče o starší osoby většiny zemí. Tento fakt by měl být klíčovou otázkou a jednou z největších politických výzev a priorit 21. století (WHO, 2002; WHO, 2015; WHO, 2017; WHO, 2020). Autoři odborných publikací a organizace zabývající se problematikou stárnutí se shodují na tom, že v nadcházejících letech bude většina zemí světa čelit finančním a politickým tlakům ve vztahu k systémům zdravotní péče, důchodům a sociální ochraně starší populace (WHO, 2002; OECD, 2005; OSN, 2007; Rechel *et al.*, 2013; WHO, 2015; WHO, 2017; WHO, 2020).

Z dostupných dat je zřejmé, že procento populace ve věku 65 a více celosvětově roste rychleji než ostatní skupiny (OSN, 2007; WHO, 2020). Podle údajů World Population Prospects (OSN, 2007) bude do roku 2050 každý šestý člověk na světě starší 65 let a v Evropě a Severní Americe to bude každý čtvrtý člověk. Dle očekávaného odhadu se počet osob ve věku 80 let a více se v roce 2050 ztrojnásobí (2019 – 143 milionů, 2050 – 426 milionů) (OSN, 2007). Dle informací OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2005) je v některých státech stárnutí obyvatel mnohem výraznější (Japonsko, Itálie, Německo).

Taktéž ze statistických údajů České republiky vyplývá, že procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let činila v roce 2000 13,8% a v roce 2018 se tento podíl zvýšil na 19,2%. V porovnání s ostatními státy Evropy jsme v těchto číslech zhruba uprostřed mezi státy oblastí bývalé západní a východní Evropy. Podíl osob ve věku 80 a více let bylo v roce 2013 celkem 238 033 tis. obyvatel a v roce 2021 je to 245 611 tis. osob s odhadem v roce 2050 by to mělo být 424 211 tis. obyvatel (ČSÚ, 2021). Dále statistiky poukazují na to, že pravděpodobnost potřeby hospitalizace se s přibývajícím věkem výrazně zvyšuje. Zatímco je ve věku 50+ na tisíc obyvatel 155,6 hospitalizací, tak ve věku 80+ je to již 663,1 hospitalizací. Také při porovnání průměrné doby hospitalizace je patrný nárůst: do 45 let je to méně než 5 dní, ve věku 50+ je to 6 dní a u osob nad 85 let činí tato doba 10-12 dnů (ÚZIS, 2018).

V kontextu výše uvedených dat je výstižné tvrzení Světové zdravotnické organizace (WHO, 2002) o tom, že země si mohou dovolit zestárnout, pokud vlády, mezinárodní a jiné organizace či společnosti vytvoří a uzákoní adekvátní politiky a



programy týkající se tzv. „Aktivního stárnutí“. Tento přístup je založen na strategii vedoucí k optimalizaci zdraví a pohody starších lidí s uznáním lidských práv, podporou bezpečí, důstojnosti, nezávislosti a seberealizace člověka (WHO, 2002).

## **Historický diskurz péče o starší osoby**

Úroveň péče o starší osoby lze obecně považovat za ukazatel vyspělosti jednotlivých států a souvisí s úrovní péče o zdraví všeobecně. Jedním z nejcitlivějších ukazatelů funkčnosti systémů zdravotní a sociální péče je pak úroveň péče o ty, jejichž soběstačnost je omezená a kteří jsou více či méně odkázáni na pomoci druhých. Z pohledu historie byla hlavním pečovatelem především rodina a její jednotlivý členové. Bylo nepsanou povinností dětí, se postarat o své stárnoucí a nemocné rodiče v přirozeném prostředí domova. Kdo tuto pomoc neměl, ocital se na okraji společnosti a dožíval v nedůstojných podmínkách. To vedlo k různým snahám o zlepšení situace těchto lidí, zejména prostřednictvím charitativní pomoci, která vycházela z křesťanského náboženství. Základem bylo materiální zajištění těchto osob se zajištěním základních potřeb – jídla, noclehu a ošacení. Pomoc byla limitována ekonomickými a politickými možnostmi společnosti a její úroveň se vyvíjela v návaznosti na rozvoj lékařské a ošetrovatelské péče (Haškovcová, 2010). Tak postupně vznikaly první typy ústavní péče. Jednalo se o špitály jako útočiště pro tuláky, chudinu a nemocné, dále pro bohatší lidi to byly klášterní nemocnice a také zařízení pro nemocné s infekčními chorobami (Haškovcová, 2010).

Posléze se začala řešit i otázka péče o staré a nemohoucí lidi. Velký zlom v tomto ohledu učinila vláda Marie Terezie, kdy bylo jejími dekrety a dalšími dokumenty nařízeno zbudovat zařízení specializující se na péči o staré lidi. Tato povinnost byla uložena obcím. Avšak mnohé nově zřizované azyly byly však na velmi nízké úrovni. Po vzniku Československé republiky započal rozvoj sociální péče a malé špitály nahradily první zaopatřovací ústavy (Kalvach, 2004). Po 2. světové válce byla sociální a zdravotní péče postupně rozvíjena a financována důchodovým a nemocenským pojištěním, přičemž odpovědnost o péči potřebující seniory převzal stát (Haškovcová, 2010). Tyto instituce označované jako domovy důchodců však mnohdy sloužily i zdravým a soběstačným lidem, kteří dosáhli důchodového věku. Pro nesoběstačné seniory byla určena interní oddělení tzv. druhého typu, která byla po krátké době plně obsazena. Nedostatek míst byl řešen výstavbou velkokapacitních

domovů a léčeben pro dlouhodobě nemocné (Kalvach, 2004). Tato institucionální péče však nebyla optimální a nezohledňovala potřeby starších nemocných lidí.

Odborná veřejnost si byla vědoma této neuspokojivé situace a potřeby jejího řešení. Významnou změnu přinesl v roce 1962 vznik České a Československé gerontologické společnosti a následně v roce 1974 vznik Kabinetu gerontologie a geriatrie. V roce 1983 byl obor geriatrie ustanoven jako samostatný lékařský obor a následně došlo v rámci celospolečenského programu úcty ke starším také k rozvoji a modernizaci léčeben pro dlouhodobě nemocné, které byly považovány za lůžkovou základnu oboru geriatrie (Holmerová *et al.*, 2014). Pokrok v oblasti sociálních služeb nastal po roce 1989, kdy začal být kladen důraz na strategii podporující deinstitucionalizaci (podpora rodinné a domácí péče a komunitních programů), demedicinalizaci (důraz na kvalitu života a podporu soběstačnosti), deprofesionalizaci (pomoc ze strany rodiny, přátel a dobrovolníků) a deresortizaci (odstranění bariér mezi jednotlivými resorty s propojením spolupráce), tedy začaly být uplatňovány zásady formulované prvním Mezinárodním shromážděním o stárnutí a stáří ve Vídni (Malíková, 2011).

Jak uvádí H. Haškovcová (2014), v péči o seniory je důležité zachování principu solidarity. Ten existuje a byl společností uplatňován již od minulosti. Tato morální a etická zásada by měla být uplatňována i dnes a to zejména v rámci solidarity systémů sociální a zdravotní péče (Haškovcová, 2014).

### **Péče o hospitalizované pacienty vyššího věku aktuálně**

Pokroky současné medicíny, zlepšující se životní úroveň a stárnutí obyvatel vedou v konečném důsledku ke zvyšujícímu se počtu starších hospitalizovaných pacientů, vyžadujících akutní lůžkovou péči. Je zřejmé, že i při veškeré snaze, ochotě pomoci a přání většiny z nás, se nelze vždy vyhnout hospitalizaci těchto osob. Naopak: moderní medicína disponuje metodami, které mohou zásadním způsobem zlepšit zdravotní stav lidí i v nejvyšších deceniích života. Lze však také předpokládat, že v jakémkoliv ústavním zařízení bude komfort domácího prostředí hůře dosažitelný než v prostředí vlastního domova (Cichá and Dorková, 2012).

Je všeobecně známo, že hospitalizace starších osob je spojena s řadou negativ, zdravotních rizik a stresorů (Moyle *et al.*, 2010). K léčbě akutního nebo zhoršeného

chronického onemocnění se přidružuje mnohdy řada komplikací. Tito nemocní jsou vystaveni velké psychické i fyzické zátěži (Nicholson, 2017). K nejčastějším komplikacím patří například pády, poruchy výživy, větší náchylnost k infekcím, ztráta mobility či funkční pokles, pooperační komplikace, negativní reakce na bolest a léky (Eeles, 2012; Mudge, Hubbard and Lim, 2019; Lee, 2020). Následkem pak mohou být zejména kognitivní a behaviorální poruchy projevující se v chování pacienta, jako je úzkost, neklid, delirium s halucinacemi, bludy či eventuálně i agresivitou a další problematické změny a poruchy chování. Tyto změny bývají důsledkem kombinace stresu z nemoci, změny prostředí, působení psychofarmak. Predisponováni jsou zejména lidé již s existující kognitivní poruchou či přímo s demencí (Edvardsson and Nay, 2010). Pokles vitality člověka a multimorbidita související ve vyšším věku zejména s frailty (geriatrickou křehkostí), která je ovlivněna fyzickými a psychosociálními faktory. V důsledku toho se zhoršuje celková zdatnost, odolnost a adaptabilita organismu. Za základní projevy frailty jsou považovány – samovolný úbytek hmotnosti, svalová slabost, únava a vyčerpanost, pomalá chůze a snížená pohybová aktivita (Kalvach and Holmerová, 2008).

Autoři odborných publikací poukazují na to, že péče o seniory ve srovnání s mladší populací není optimální, a to nejen v naší zemi (Patterson, 2011; Cichá, Dorková, 2012; Nicholson, 2017). Publikovaná data vypovídají o tom, že péče o seniory je mnohdy neefektivní a nedostatečná (Burešová, Řezáčová and Stehlíková, 2009). Někteří autoři poukazují na skutečnost, že zlepšení péče o starší lidi může také významně zlepšit její výsledky, tedy i ukazatele mortality a morbidit (Nicholson, 2017). S ohledem na zvláštnosti či charakteristiky a rizika věku, je však třeba optimalizovat péči o starší pacienty, a to zejména o ty, kteří jsou nejvíce vulnerabilní v důsledku frailty demence a jiných geriatrických syndromů. Optimální nemocniční léčba by měla zahrnovat koordinované hodnocení a multidisciplinární týmovou práci s využitím individualizovaných diagnostických ale i preventivních intervencí zohledňujících potřeby jednotlivců. Zdravotníci by také měli umět vhodně reagovat na měnící se složité podmínky, zdravotní postižení a specifika péče o lidi s demencí (Nicholson, 2017). V péči o seniory je kladen důraz na význam kvalitní a kvalifikované geriatrické péče. Tyto modely péče jsou založeny na strategii řízení rizik, individuální a plánovanou péči. Závěry odborných publikací se shodují na tom, že rychlé stárnutí populace, a to v jejich různých skupinách včetně skupin osob se závažnými

chronickými onemocněními ale například i se zdravotním postižením atd. přináší nové výzvy pro zdravotní systémy. Je zapotřebí okamžitá transformace péče o tyto nemocné (James, 2003; Heckman, 2013; Powers, 2018). Nezbytně nutné je porozumět současným trendům péče a specifickým potřebám této velké a stále se zvětšující skupiny nemocných. Důležitý je celostní přístup, podpora soběstačnosti nemocného a zajištění co nejlepší možné kvality života. To jak v oblasti fyzické, tak psychické, sociální a spirituální (Fry *et al.*, 2018; Conroy *et al.*, 2019; MPSV, 2019).

## **Role nemocniční péče a uspokojování potřeb seniorů pohledem legislativy ČR**

Hospitalizace u starších osob je všeobecně považována za rizikovou. Je to především z těch důvodů, že často vede ke ztrátě závislosti člověka, vzniku sekundárních zdravotních problémů, nežádoucím situacím, dalším iatrogenním onemocněním a zvýšenému riziku institucionalizace (Davis, 1999).

Cíl nemocniční péče o tyto osoby by měl být směřován jak na léčbu aktuálních akutních obtíží, tak na optimalizaci léčby chronických stavů se snahou o maximalizaci funkční úrovně nemocného a jeho návratu do domácího nebo jiného přirozenějšího prostředí. Důraz by měl být kladem na podporu nezávislosti člověka (Davis, 1999). Ukázalo se také, že velice důležitým praktickým diagnostickým nástrojem je zjištění míry křehkosti pacienta, který je účinným prediktorem výsledku péče o seniory (Parker, 2006). V péči o tyto nemocné by mělo být základem všech zdravotnických profesionálů pochopení toho, jaké problémy jsou důležité pro zachování kvality života starších lidí a jak je možné je ovlivnit. Dále také respektovat to, co je pro pacienta důležité a co péči o něj pozitivně a negativně ovlivňuje (Kalfloss, 2010). Dostupné studie potvrzují, že pro pacienta je hlavní a nejčastější prioritou znovuzískání nezávislosti a návrat domů. Dosažení tohoto cíle lze považovat za jeden z ukazatelů kvality péče (Davis, 1999).

V České republice je v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a služeb jeden ze stěžejních legislativních dokumentů Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zde jsou v §5 bod 1 uvedeny druhy zdravotní péče s tím že: „*akutní péče, jejímž účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí*“. V kontextu s

uspokojováním potřeb je v tomto zákoně v části druhé, hlavy I v §5 bodě g) vyspecifikován účel ošetrovatelské péče s uvedením potřeb oblasti biologické, psychické a sociální, zachování a navrácení soběstačnosti, péče o nevléčitelně nemocné a zajištění klidného umírání. Dále je v §9 v této souvislosti uvedena lůžková akutní péče v bodě e) a d) s popisem a vysvětlením pojmu následné a dlouhodobé péče a v části čtvrté jsou uvedena práva a povinnosti pacienta (Zákon č. 372/2011Sb.)

S péčí o seniory a jejich potřeby souvisí také Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Ten upravuje podmínky, rozsah a formu poskytování pomoci všem osobám v nepříznivé sociální situaci. To se týká tedy i starších osob, kdy z důvodu věku nebo nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu podle stupně závislosti, a to prostřednictvím sociálních služeb. Tato podpora by se měla týkat všech osob, které splňují podmínky stanovené tímto zákonem. Zákon však předpokládá, že sociální péče bude zajišťována v přirozeném sociálním prostředí člověka (kam zahrnuje jak domácí prostředí, tak i ústavy sociálních služeb), ale, nikoliv ve zdravotnických zařízeních tedy v době jeho hospitalizace. To představuje jeden ze základních problémů návaznosti zdravotních a sociálních služeb (Holmerová, 2018). Nicméně i přes výše uvedené (a další) výhrady k zákonu o sociálních službách představuje tento zákon důležitý krok ve vývoji sociálních služeb u nás. V souvislosti s oblastí uspokojováním potřeb je zde v úvodním ustanovení §2 uvedeno: „*Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, ...*“ (Zákon č. 108/2006 Sb.). Dále je zde uveden požadavek podpory motivace člověka, posilování jeho sociálního začlenění, důraz je kladen na kvalitu péče s dodržováním respektu lidských práv a základních svobod osob (Zákon č. 108/2006).

Zmínka o schopnosti zvládat základní životní potřeby je také předmětem Vyhlášky č. 505/2006 Sb. kterou jsou prováděna některá ustanovení zákona o sociálních službách, kde je úvodem uveden obecný popis metodiky zhodnocení životních potřeb. Příloha této vyhlášky č. 1 obsahuje schopností zvládat potřeby pomocí různých aktivit jako je mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání se, hygiena, vyprazdňování, péče o zdraví i domácnost a osobní aktivity. Dalším důležitým dokumentem jsou také Standardy kvality sociálních služeb, které jsou obsahem přílohy

č. 2. Cílem těchto standardů je definice kritérií, které by měly být nástrojem hodnocení kvality sociální péče.

Z výše uvedeného a v kontextu péče o seniory lze konstatovat, že legislativa ČR upravující zdravotní a sociální péči není konkretizována ani cílena na skupinu lidí či pacientů vyššího věku, ale popisuje pouze všeobecně platná pravidla či náležitosti týkající se všech osob. Specifické potřeby starších pacientů/klientů ale nejsou nikterak zohledněny ani v podzákonných normách. Jak ve svém článku uvádí Mátl and Jabůrková (2007), ačkoliv došlo v řízení péče o seniory k rozvoji nových služeb a využití moderních metod péče, byly iniciovány zezdola a tento posun nebyl koordinován a dostatečně reflektován v legislativě. Ani realizace různých odborných a podpůrných aktivit, jako jsou například šetření potřeb, programy a psychosociální intervence, zavádění nových metod péče o starší osoby atd. se nepromítly do změn příslušné politiky (Mátl and Jabůrková, 2007).

### **Aktuální problémy péče o hospitalizované seniory v České republice**

V České republice je segment péče o seniory řízen resortem Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Ačkoliv se péče o seniory za pomoci zdravotních i sociálních služeb v mnohém prolínají, je zřejmé, že nejednotnost obou resortů způsobuje roztříštěnost v systému řízení a financování péče o seniory. Také nejednoznačně definované kompetence obou ministerstev a jejich nedostatečná spolupráce vedou k neefektivnímu vynakládání veřejných zdrojů (MPSV, 2019). Je dlouhodobě poukazováno na to, že systém péče o seniory je neefektivní a neprovázaný, na jedné straně plýtvá financemi a na straně druhé není schopen reflektovat a neodpovídá individuálním potřebám nejen jedince, ale celých velkých skupin lidí se specifickými potřebami (jako jsou například lidé s frailty, demencí, stárnoucí lidé se zdravotním postižením a podobně). V péči o starší osoby bylo identifikováno několik největších problémů, kterými jsou: nedostatečná implementace (nedostatečných a nedostatečně provázaných) legislativních norem obou resortů, podfinancování systému péče, neprovázanost zdravotní a sociální péče a sociodemografické změny, které dále pokračují a potřebu adekvátních změn tak nadále akcentují. V procesu péče o seniory jsou navíc důležité otázky týkající se kvality, kvantity a volby vhodné formy péče. Je třeba cílit pozornost na méně soběstačné seniory a apelovat na zachování konceptu autonomie a důstojnosti (Burešová, Řezáčová and Stehlíková, 2009).

V materiálech (MPSV, 2010) týkající se kvality dlouhodobé péče je zdůrazněn ten fakt, že zařízení dlouhodobé péče (typu LDN, následné péče) jsou dlouhodobě na okraji zájmu zdravotnictví. To se týká nevyhovujícího prostředí, nedostatku kvalifikovaného personálu a nedostatku prostředků na léčbu a péči o tyto nemocné. Velké rezervy spočívají v nerespektování důstojnosti člověka. Také množství byrokracie a objemné vedení dokumentace odvrací pozornost personálu od komunikace a péče o nemocného. Je zde upozorňováno na velký nezáměr rodiny a špatnou spolupráci s ní (MPSV, 2010). Lužný a Ivanová (2010) doplňují další možné problémy hospitalizovaných seniorů jako je: opuštěnost, ohrožení autonomie člověka, nízké sebehodnocení seniorů jako negativní a stresový faktor, používání prostředků omezujících svobodu, farmakologické tlumení seniorů při neklidu, či zbavení způsobilosti nemocného. Nezbytně nutné je pravidelné sledování kvality poskytované péče nejenom k vynaloženým nákladům, ale především k benefitům pacienta (Lužný and Ivanová, 2010). Důraz je kladen na dostatek kvalifikovaného personálu a jejich praktické dovednosti a komunikační schopnosti s podporou a zájmem o ně ze strany vedení zdravotnických zařízení. V tomto ohledu je apelováno na managementy nemocnic s tím, že je třeba eliminovat případné faktory zátěže (Hrozenská *et al.*, 2008).

### **Priority péče o seniory pohledem Světové zdravotní organizace (WHO)**

Světová zdravotní organizace se již dlouhodobě zabývá problematikou stárnutí populace a apeluje na nutnost zásadní změny a transformace systémů zdravotní a sociální péče o starší jedince. Důraz je kladen na prevenci, aktivní přístup, zlepšení koordinace dlouhodobé péče, provázanost služeb a jejich financování. V procesu dosažení této vize WHO přijala sjednocující terminologii „active ageing“ a v návaznosti na Světové shromáždění OSN v Madridu publikovala dokument týkající se politického rámce strategických kroků podporujících zdravé stárnutí. Dokument Active ageing (2002) svojí strategii staví na třech základních pilířích: zdraví, ochrana a spoluúčast. Jednotlivé kroky této listiny jsou směřovány na optimalizaci zdraví, bezpečnost a kvalitu zdraví jednotlivců i skupin s využitím fyzického, sociálního a duševního potencionálu člověka a jeho potřeby. Je zde zdůrazňována podpora autonomie, nezávislosti a kvality života. Cílem je minimalizace rizik s prevencí nemocí, osamělosti a izolace starších osob. Důležitá je podpora péče v domácím prostředí, zajištění adekvátní léčby a v případě potřeby i komplexní nemocniční nebo jiné ústavní péče (WHO, 2002).

V otázkách problematiky o stárnutí populace a stáří se stal základním instrumentem a implementační strategií tzv. Madridský akční plán, schválený Organizací spojených národů (OSN) v roce 2002. Dokument prosazuje zásady realizace lidských práv, podporu samostatnosti seniorů a jejich účast, kvalitu péče, seberealizaci a důstojnost člověka. Prioritními směry jsou tato témata: starší lidé a rozvoj, zachování zdraví a pohody, zajištění napomáhajících a podpůrných prostředí. Mezi další body zájmu patří uznání, rovnost a solidarita (OSN, 2002).

Dalším důležitým dokumentem WHO je strategie a akční plán s názvem „*Global strategy and action plan on ageing and health*“ (2017). Jednou z hlavních priorit dokumentu je sladit péči o starší osoby s jejich přáními a potřebami a dosažením co možná nejvyšší kvality poskytované péče. Dále je zde zdůrazňována potřeba zachování autonomie, respektu a komunikace. Nutná je také koordinace zdravotních a sociálních služeb. Za důležité je považována diagnostika a schopnost rozpoznání, prevence, včasná léčba a kompenzace těch geriatrických syndromů, které nejvíce ovlivňují kvalitu života a soběstačnost starších lidí. K tomu je třeba dostatek kvalifikovaného personálu, inovativní přístup a průběžná evaluace. Podnětem této strategie je vědomí toho, že systém péče v mnoha zemích není provázaný a neodpovídá potřebám starších lidí s tím, že běžné „obyčejné“ denní aktivity jsou zdravotníky často přehlíženy a jejich omezení (které je pro kvalitu života starších lidí zásadní) bývá velmi pozdě diagnostikováno. WHO zde také konstatuje, že prostředí akutních oddělení mnohdy není vhodné pro péči o seniory a nedostatečně reflektuje jejich specifické potřeby (WHO, 2017).

Zdravé a aktivní stárnutí, podpora mezigenerační solidarity a vzájemné odpovědnosti s cílem uspokojovat potřeby stárnoucí populace je obsahem Zelené knihy o stárnutí (2021). Tato publikace Evropské komise cílí na potřebu zahájit okamžitou politickou debatu a nutnost transformace zdravotní a dlouhodobé péče s ohledem na stárnutí populace. I v tomto dokumentu je zdůrazňována důstojnost, autonomie a kvalita života ve stáří (Zelená kniha, 2021).

V návaznosti na dokument *Active ageing* (2002) a v rámci spolupráce s ostatními zeměmi a regiony byla odbornými týmy WHO vypracována nová globální strategie pro období let 2010-2030 s názvem *Globální strategie a akční plán pro zdravé stárnutí* s předpokládanou realizací zejména v dekadě zdravého stárnutí „*Decade of Healthy Ageing 2010-2030*“. Tato koncepce je postavena na tom, že zdravé stárnutí neznamená pouze absenci nemocí, ale představuje komplexní pohled na problematiku



vyššího věku. Vize a principy jsou zde formulovány do několika cílů. Těmi jsou například: vytvořit optimální a přátelské prostředí k věku seniorů, koordinovat systémy zdravotní péče s ohledem na potřeby starších osob, zajistit udržitelnost a spravedlnost zdravotní péče, zapojit starší osoby do procesu rozhodování, zlepšit získávání dat a nastavit systém vědecké evaluace implementovaných opatření (WHO, 2017; WHO, 2020).

Pro péči o lidi s demencí (a také další lidi s obdobnou problematikou) jsou důležité také dokumenty společnosti Alzheimer Europe, například Pařížská deklarace z roku 2006 zabývající se uznáním Alzheimerovy choroby a dalších forem demence jako významného zdravotního problému a nutností podpory života těchto osob (Holmerová, 2007). Dále je to listina o ustanovení a respektování vůle člověka ohledně budoucí léčby a zdravotní péče z roku 2005 s doporučením k užití omezovacích prostředků a další dokumenty týkající se postavení lidí s demencí, péče o ně, rodinných pečujících a podobně (AlzA, 2007; AE, 2014a; AE, 2014b; AE, 2015a; AE, 2015b) (Holmerová, 2007).

## **Priority péče o seniory v České republice**

V posledních desetiletích došlo v systému péče o seniory v ČR významným a nepřehlédnutelným změnám, jako je například rozvoj nových služeb, využití moderních metod, podpůrných aktivit, programů a metodik. Tyto aktivity byly iniciovány odborníky z řad lékařů, sociologů, etiků a dalších společností či asociací zabývajících se dlouhodobě o témata spojená s péčí o seniory. Tento posun však nebyl dostatečným způsobem reflektován v legislativě a ani změněn v příslušných politikách našeho státu (Mátl and Jabůrková, 2007).

Velké úsilí v tomto ohledu vynaložila Česká gerontologická a geriatrická společnost (ČGGS) České lékařské společnosti J. E. Purkyně a její členové. Vzniklo také několik nově a kvalitně vedených zdravotnických zařízeních, geriatrických či gerontologických center, moderně transformovaných léčeben pro dlouhodobě nemocné a komunitních zařízení pečujících o lidi vyššího věku (Holmerová *et al.*, 2014). Zástupci z řad odborných autorit průběžně poukazují na problematické oblasti a nedostatky včetně financování péče o nesoběstačné seniory a pacienty s demencí. K těm nejpalčivějším patří zlepšit koordinaci a kontinuitu péče ve spolupráci s dotčenými lékařskými obory, příslušnými orgány, službami a pojišťovnami. Dále je to zajištění

dostatku léčebně-ošetrovatelských lůžek odpovídající nárokům zvyšujícím se podílu starších osob ve společnosti (rehabilitační, rekonvalescenční, doléčovací) pro dočasný nebo trvalý pobyt nemocného. Nezbytně nutná je transformace péče o tyto nemocné s modifikací vyšetřovacích a léčebných postupů (Holmerová *et al.*, 2014).

Aktivity iniciátorů změn ČR vycházejí z doporučení a spolupráce WHO a jejich strategických dokumentů. V roce 2003 definovalo MPSV základní principy transformace sociální politiky ČR dokumentem Bílá kniha definující zásady a základní principy sociální péče. Těmito základními principy jsou: nezávislost a autonomie, začlenění a integrace, respektování potřeb, partnerství, kvalita, rovnost a národní standardy (Bílá kniha, 2003). Významnou změnu v poskytování péče přinesl Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, který prošel mnoha změnami a je základním východiskem v procesu pomoci a podpory lidem v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb, a to včetně příspěvku na péči, který umožňuje zajištění péče v domácím prostředí a významně přispěl ke zlepšení situace zejména rodinných pečujících (potažmo lidí, kteří jsou v jejich péči) (Zákon č. 108/2006 Sb.).

V souvislosti s péčí o starší osoby ČR vznikly důležité strategické dokumenty. Těmi jsou tzv. Národní programy na stárnutí na období let 2003-2007, 2008-2012 a 2013-2017. Tyto dokumenty na sebe navazují a reflektují doporučení OSN, WHO a dalších mezinárodních organizací. Cíleně se zaměřují na opatření, která je třeba nastavit s ohledem na demografické stárnutí obyvatelstva. Zaměřují se na podporu aktivit ve stáří, mezigenerační vztahy, kvalitu života seniorů a péči o seniory s důrazem na zachování základních lidských práv (Bláhová, 2018).

Pro formování postojů a zavedení potřebných změn péče o starší osoby byla výborem ČGGS a České alzheimerské společnosti předložena v české verzi Evropská charta seniorů, která uvádí nezbytné kroky v zajištění zdravotní a sociální péče. Dokument se zaměřuje na oblast komunikace a informací, podporu zdraví, léky, transport, zdravotní problémy, nemoc, zotavení a rehabilitaci, propuštění z nemocnice v návaznosti na nutnost zajištění další péče (Holmerová, 2007).

Česká alzheimerská společnost vydala v roce 2006 strategii P-PA-IA vycházející z diferencovaných potřeb pacientů v různých stádiích demence. Cílem strategie je podpora kvality života a důstojnosti člověka. K tématickým oblastem patří možnosti farmakoterapie a psychosociální přístupy, bezpečné prostředí, pomoc a podpora pečujících osob, prostředí a jeho vybavení, personální zjištění a spolupráce s rodinou. Důležitý je také důraz na poradenství, psychologickou pomoc a další

programové aktivity. Zkratka P-PA-IA charakterizuje jednotlivá stádia demence a nároky na péči a podporu. P odpovídá potřebám lidí v prvním stádiu demence (mírná demence) a znamená podporu, psychologickou pomoc a poradenství, PA reflektuje potřeby lidí ve druhém stádiu demence (rozvinutá demence) a je zkratkou pro programované aktivity a IA označuje individuální asistenci a potřebu individualizovaného přístupu ve stádiu třetím, tedy ve stadiu těžké demence (Holmerová *et al.*, 2013).

## 2 Cíl disertační práce a výzkumné otázky

Cílem disertační práce je poskytnout přehled o potřebách pacientů a problematice jejich uspokojování v nemocniční péči a navrhnout způsob zjišťování a hodnocení potřeb s doporučeními pro praxi. Předložené publikace směřují k zodpovězení níže uvedených výzkumných otázek:

1. Jakou roli v péči o seniory hraje a jak je uplatňován institut dříve vyslovených přání a jaká jsou jeho úskalí a možná rizika jeho využití u seniorské populace?
2. Jaký je stav vědeckých poznatků o potřebách vulnerabilních starších pacientů, které byly publikovány v české literatuře?
3. Co je to podpůrná péče a lze ji integrovat a použít pro vytvoření základního rámce opatření podporujících péči o starší křehké osoby v nemocniční péči?
4. Jaké jsou uspokojené a neuspokojené potřeby starších lidí v nemocniční péči pohledem pacientů na základě dostupné literatury?
5. Existují informace a vědecká data o tom, jakým způsobem se zdravotnický personál zajímá o potřeby nemocných?
6. Jaké jsou zkušenosti a názory seniorů na uspokojování potřeb v nemocniční péči? Jaké jsou potřeby seniorů a problematika jejich uspokojování v nemocniční péči pohledem nelékařského zdravotnického personálu?

### 3 Metody a členění disertační práce

Metody mé práce vycházely z výše uvedených výzkumných otázek. V následující části je shrnuji, nicméně odkazuji na jednotlivé články a statě, v nichž jsou uvedeny podrobněji. V otázce týkající se institutu dříve vyslovených přání v České republice byla uplatněna metoda přehledové studie s cílem shrnout základní poznatky a podat ucelené informace tohoto tématu. Pro poznání aktuálního stavu a úrovně vědeckých poznatků zahrnujících potřeby vulnerabilních starších lidí v nemocniční péči, byla použita přehledová studie (scoping review) české literatury. Cílem bylo zjistit a kriticky zhodnotit stav současné české literatury, výzkumů a vědeckých poznatků k danému tématu formou scoping review, která zahrnuje nejenom odbornou literaturu, ale i aktuální legislativu, důležité strategické dokumenty a další příspěvky zabývající se touto problematikou. Pro získání odpovědi otázky týkající se pojmu podpůrné péče jsem vycházela z již publikované integrativní přehledové studie. Na základě výsledků této studie jsem se snažila o reflexi s ohledem na podmínky u nás i jeho praktické využití. K řešení výzkumných otázek hodnotících uspokojené a neuspokojené potřeby starších lidí v nemocniční péči pohledem pacientů, a otázky zda existují informace a vědecká data o tom, jakým způsobem se o tyto potřeby zajímá také zdravotnický personál, byla v obou případech použita metoda formou scoping review. Hledání dostupné literatury bylo provedeno pomocí vybraných klíčových slov z celkem sedmi databází (Medline, Web of Science, ProQuest Central, Scopus, Cinahl, PsychINFO, Summon). Klíčová slova jsem definovala ve spolupráci se spoluautory článků a jednotlivých statí a na základě konzultace s fakultní knihovnou. Přehled literatury byl připraven v souladu s nástrojem PRISMA-P (Preferred reporting Items for Systematic review and meta-Analysis Protocols) (Moher *et al.*, 2009) s definováním výzkumné otázky pomocí PICO metody (Shamseer *et al.*, 2015). Cílem provedených přehledových studií bylo poskytnout základní informace a poznatky týkajících se oblasti kvality uspokojování potřeb a úrovně poskytované péče starším lidem v nemocniční péči. Ke získání informací o zkušenostech a názorech seniorů na uspokojování potřeb v nemocniční péči, i pohled nelékařského zdravotnického personálu na tuto problematiku, byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda (rozhovory a focus groups). Informace od pacientů seniorského věku byly hodnoceny pomocí sběru dat formou semistrukturovaných rozhovorů s využitím analýzy dat formou otevřeného kódování. Byla zvolena kvalitativní obsahová analýza dle metodiky Greneheim, Lindgren a Lundman (2017).

Pro získání informací od personálu byla použita kvalitativní výzkumná metoda formou skupinových rozhovorů (focus group) s následnou analýzou dat. Toto šetření bylo doplněno o jednoduché dotazníkové šetření s cílem získat data také od vedoucích zaměstnanců.

## **Členění disertační práce**

Jednotlivé články disertační práce jsou řazeny směrem od teoretických poznatků týkajících se problematiky uspokojování potřeb seniorů v nemocniční péči s uvedením výsledků review české a zahraniční literatury až po prezentaci výsledků získaných z uskutečněných výzkumů. Výzkumná data obsahují výsledky rozhovorů se seniory a dále focus group s ošetrovatelským personálem doplněný o stručné dotazníkové šetření vedoucích sester. Výzkum byl realizován v období února až července roku 2020 a byl poznamenán obtížemi pandemie onemocnění COVID-19 a s tím souvisejícími omezeními stanovenými vládou ČR, zejména mimořádnými opatřeními MZČR vydanými v této souvislosti. Články jsou předloženy v podobě, ve které byly publikovány s uvedením data jejich vydání nebo informací o průběhu recenzního řízení. V závěru práce je uvedena souhrnná diskuse, která je v obsáhlejší podobě součástí jednotlivých publikací. Dále jsou zde uvedeny nástroje a podstata zjišťování a posuzování potřeb pacientů použitelných v podmínkách české nemocniční praxe, zároveň s uvedením klíčových informací a doporučení pro praxi a vládu České republiky. Přílohy práce obsahují další vědecké či studijní aktivity včetně těch, které jsou spojené s projektem GAUK a s touto prací souvisejí. Dále je zde uvedeno vyjádření a souhlasné stanovisko s výzkumem této problematiky, a to předsedkyní Etické komise Gerontologického centra v Praze a schválené informované souhlasy.

## Literatura úvodní části práce:

Alzheimer association campaign quality residential care (2007) *Dementia care practise recommendations for assisted living residences and nursing homes*. Available at: <https://www.alz.org> (Accessed: 4 February 2021).

Alzheimer Europe (2014a) *Dementia in Europe yearbook 2014, National care pathways for people with dementia living home*. Available at: <https://www.alzheimer-europe.org/EN/content> (Accessed: 8 February 2021).

Alzheimer Europe (2014b) *Ethical dilemmas faced by carers and people with dementia*. Available at: <https://www.alzheimer-europe.org/Ethics> (Accessed: 2 May 2021).

Alzheimer Europe (2015a) *Dementia in Europe yearbook 2015, Is Europe becoming more dementia friendly?* Available at: <https://www.alzheimer-europe.org/Policy/Country> (Accessed: 6 May 2021).

Alzheimer Europe (2015b) *Ethical dilemmas faced by health and social care professionals providing dementia care in care homes and hospital settings*. Available at: <https://www.alzheimer-europe.org/Etics/Ethical> (Accessed: 10 May 2021).

Burešová, A., Řezáčová, L. and Stehlíková, Z. (2009) *Sociálně zdravotní péče o seniory. Závěrečná zpráva ke kurzu Problémy české společnosti a veřejná politika*. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd.

Cichá, M. and Dorková, Z. (2012) *Etika péče o seniory v teorii a praxi*. Praha: Projekt č. CZ.2.7/3.1.00/33270: Inovace praktické výuky ošetřovatelství.

Conroy, SP. *et al.* (2019) *Comprehensive geriatric assessment for frail older people in acute hospitals: the HoW-CGA mixed-methods study*. *Health Serv Deliv Res* 7, pp. 1-171. doi: 10.3310/hsdr07150.

Český statistický úřad (2021) *Senioři, data, analýzy, komentáře*. Available at: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniory> (Accessed: 3 March 2021).

Davis, MW. *et al.* (1999) *Older People in Hospital*. *Australasian Journal on Ageing*, 71(3), pp. 26-31.

Graneheim, U., Lindgren, B. and Lundman, B. (2017) *Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper*, *Nurse education today*, 56, pp. 29-34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002.

Edvardsson, D. and Nay, R. (2010) *Acute care and older people: challenges and ways forward*, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(2), pp.63–69.

Eeles, EM. *et al.* (2012). *The impact of frailty and delirium on mortality in older inpatients*, *Age Ageing*, 41(3), pp. 412-416. doi:10.1093/ageing/afs021.

Fry, M. *et al.* (2018) *Emergency department utilisation among older people with acute and/or chronic conditions: A multi-centre retrospective study*. *Int. Emerg. Nurs*, 37, pp. 39-43. doi:10.1016/j.ienj.2016.09.004.

- Haškovcová, H. (2010) *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, ISBN 978-80-87109-19-9.
- Haškovcová, H. (2014). Solidarita se seniory ČR – proklamace, realita a jaká budoucnost? *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 4(2), pp. 30-40, ISSN 1804-8137.
- Heckman, G., Gray, LC. and Hirdes, J. (2013) Addressing health care needs for frail seniors in Canada: The role of interrai in instruments, *CGS Journala of CME* 3(1), pp. 8-16.
- Holmerová, I. *et al.* (2013) Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. Praha: *Geriatry a Gero*, 2(3), pp.158-164.
- Holmerová, I. (2007) *Madridský plán a jiné strategické dokumenty*. Available at: [https://www.geriatrie.cz/dokumenty/madridsky\\_plan.pdf](https://www.geriatrie.cz/dokumenty/madridsky_plan.pdf) (Accessed. 28. March 2021).
- Holmerová, I. *et al.* (2014) *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada publishing a.s. ISBN 978-80-247-5439-0.
- Hrozenská, M. *et al.* (2008). *Sociální práce so staršími lidmi a jej teoreticko - praktické východiská*. Osveta, Martin.
- James, G. and Lowell, WG. (2003) A New model for Emergency care of geriatric Patients, *Acad Emerg Med*, 10(3), pp. 271-274. doi“10.1197/aemj.10.3.271.
- Kalfoss, M. (2010) Quality of life among Norwegian older adults, *Research in gerontological nursing*, 3(2), pp. 100-112. doi:10.3928/19404921-20091207-99.
- Kalvach, Z. and Holmerová, I. (2008) Geriatrická křehkost-významný klinický fenomen, *Medicína pro praxi*, 5(2), pp. 66-69.
- Kalvach, Z. *et al.* (2004) *Geriatry a gerontologie*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0548-6.
- Lee, SY. *et al.* (2020) Developing delirium best practice: a systematic review of education interventions for healthcare professionals working in inpatient settings, *Eur Geriatr Med*, 11(1), pp. 1-32.
- Malíková, E. (2011) *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3148-3.
- Mátl, O. Jabůrková, M. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Galén.
- Moher, D. *et al.* (2009) Preferred\_reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement, *PLoS Med*, 6(7), e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097.
- Moyle, W. *et al.* (2010) Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective, *J Clin Nurs.*, 20, pp.420-428.



- MPSV (2010) *Diskuzní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Available at: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/954827/dlouhodobaa\\_pece\\_cr.pdf](https://www.mpsv.cz/documents/20142/954827/dlouhodobaa_pece_cr.pdf) (Accessed: 10 November 2020).
- MPSV (2019) *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025*. Available at: [https://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-připravy-na-stárnutí-společnosti-2019-2025-ma\\_ALBSBADJYUA2.pdf](https://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-připravy-na-stárnutí-společnosti-2019-2025-ma_ALBSBADJYUA2.pdf) (Accessed: 1 November 2020).
- MPSV (2003) *Bílá kniha*. Available at: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/bila\\_kniha.pdf](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/bila_kniha.pdf) (Accessed: 5 May 2021).
- Mudge, AM., Hubbard, RE. and Lim, WK. (2019) Hospital-Associated Complications of Older People: A Proposed Multicomponent Outcome for Acute Care. *American geriatrics Society*, 67, pp. 352–356. doi:10.1111/jgs.15662.
- Nicholson, C. *et al.* (2017) Supportive care for older people with frailty in hospital: An integrative review, *International Journal of Nursing Studies*, 66, pp. 60–71. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.11.015.
- OECD (2005) *Ageing Populations: High Time for action*. Available at: <https://www.oecd.org/employment/emp/346019> (Accessed: 10 October 2020).
- OSN (2007) *World Population Ageing*. Available at: <https://www.un.org/site-search/?query=ageing> (Accessed: 12 May 2021).
- Parker, SG. (2006) Acute hospital care for frail older people. *Age and Ageing*, 35, pp. 551-552. doi: 10.1093/ageing/afl070.
- Patterson, M. *et al.* (2011) *From metrics to meaning: culture change and quality of acute hospital care for older people*. NIHR SDO programme project (08/1501/93), pp. 253.
- Powers, JS. (2019) The importance of geriatric Care Models. *Geriatrics*, 4(5), pp. 1-2. doi:10.3390/geriatrics4010005.
- Rada Evropské unie (2021) *Zelená kniha o stárnutí. Podpora mezigenerační solidarity a odpovědnosti*. Available at: [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/com\\_2021\\_50\\_fl\\_green\\_paper\\_cs.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/com_2021_50_fl_green_paper_cs.pdf) (Accessed: 12 March 2021).
- Rechel, B. *et al.* (2013) Ageing in the European Union. *The Lancet*, 381, pp. 1312–22. doi:10.1016/S0140-6736(12)62087-X.
- Shamseer, L. *et al.* (2015) *Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P)*, elaboration and explanation 2015:349:g7647. doi:10.1136/bmj.g7647.
- ÚZIS (2018) *Hospitalizovaní v nemocnicích v ČR 2018*. Available at: <https://uzis.cz/index.php?pg=vystupy--vznamna-temata--hospitalizace> (Accessed: 2 March 2021).
- WHO (2002) *Active Ageing A Policy Framework*. Available at: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf> (Accessed: 4 March 2021).
- WHO (2017) *Global strategy and action plan on ageing and health*. Available at: <https://www.who.int/egeing/WHO-GSAP-2017.pdg?ua=1> (Accessed: 20 September 2020).

WHO (2020) Decade of healthy ageing: baseline report. Available at: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-ageing-baseline-report> (Accessed: 16 December 2020).

WHO (2015) World report on ageing and health. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463> (Accessed: 20 December 2020).

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách Available at: <https://www.zakonyprolidi.ikzh.cz/cs/2006-108?text=zákon+o+sociálních+službách> (Accessed 21 September 2020).

## **DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ - jako (možný) nástroj rozhodování o zdravotní péči na konci života**

**H. Bláhová**

(Publikováno: Medicína pro praxi 2016:13(14):168-170)

Článek se zabývá problematikou dříve vyslovených přání jako možností uplatnění základních lidských práv, kterými jsou autonomie, lidská důstojnost a právo na sebeurčení. Cílem textu je poukázat na problematiku dříve vyslovených přání v kontextu možnosti rozhodování v situacích na konci života a na možná rizika jeho využití u seniorské populace. V rozhodování o strategii a směřování léčby u seniorů by mělo být apelováno především na udržení schopnosti autonomie a na kvalitu péče. Je zřejmé, že v procesu rozhodování seniorů se jedná o zvláště zranitelné osoby, přičemž může docházet k poškození autonomie a úcty.

Klíčová slova: autonomie, senioři, rozhodovací proces, situace na konci života

## **Advance directives – as a (possible) instrument for decision-making about health care at the end-of-life**

This article deals with previously expressed wishes as a potential application of fundamental human rights, which are autonomy, human dignity, and the right to self-determination. The text aims to highlight the issue of previously expressed wishes in the context of decision-making capabilities in end-of-life situations and the possible risks of its use with the elderly population. The decision about the strategy and direction of treatment for elderly patients should appeal primarily towards maintain their ability of autonomy and their quality of care. It is clear that in the process of deciding, the elderly are particularly vulnerable, and it may lead to a loss of autonomy and respect.

Key words: autonomy, seniors, decision-making process, end-of-life situation

## Úvod

Rozhodování na konci života představuje jedno z nejsložitějších aktuálních témat současné medicíny. V souvislosti s pokrokem ve zdravotnictví a vývojem techniky je možné v léčbě pacientů využít řadu diagnostických a léčebných postupů, které zásadním způsobem ovlivňují přirozený průběh některých onemocnění. Lze zachránit nebo život prodloužit i těm nemocným, na které před půl stoletím čekala smrt. To ovšem přináší různá úskalí (1).

Na jedné straně nové metody a techniky moderní medicíny a možnost prodloužit život nemocným a na straně druhé přirozená obava lidí z bolestivého a dlouhého umírání, léčení „do posledního dechu“ (2). Při ukončování život udržující nebo život prodlužující léčby musí být brán zřetel na etické principy a práva pacientů. Je třeba zohlednit též rámec medicínský, právní a ekonomický. V léčbě terminálně nemocného nebo umírajícího pacienta neznamená, že tito nemocní budou ponecháni zcela bez léčby a léčba jim tak bude odepřena. Je naopak nutností těmto nemocným zajistit či zlepšit kvalitu jejich života, nejlépe formou paliativní léčby a kvalitní ošetrovatelskou péčí (3).

Problematickou oblastí této situace navíc je, pokud pacient vyjádří svá přání formou institutu dříve vysloveného přání, neboť jak uvádí Helena Krejčíková, jde v otázkách o ukončování léčby o: *„kolizi základních hodnot – na jedné straně právo pacienta na život, ochranu zdraví a zdravotní péči, na straně druhé nedotknutelnost osoby a lidská důstojnost včetně práva na sebeurčení“* (3).

### **Dříve vyslovená přání a základní lidská práva**

V soudobém pojetí zdravotní péče je pacient chápán jako svébytná a samostatná osobnost, která je schopná podílet se na rozhodování o možnostech poskytované péče a ovlivňovat tak vlastní budoucnost. Více se dnes apeluje na zachování práv člověka, respekt autonomie, lidskou důstojnost a práv na sebeurčení. Možností, jak tato práva ve zdravotnictví uplatnit a respektovat (nejen u seniorů), je formou využití institutu **dříve vysloveného přání** (4).

Dříve vyslovená přání jsou právním konceptem, který od 1. 4. 2012 upravuje §36 Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jež definuje dříve vyslovené přání takto: *„Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo*

*nesouhlas předem vyslovit“ (5). Znamená to, že prostřednictvím dříve vysloveného přání (déle jen DVP) je možné vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb či způsobem jejich poskytnutí. Lze tedy odmítnout jakoukoli léčbu a to v situaci jak plného zdraví, tak i v nemoci. Jedná se o písemné vyjádření pacientovy vůle pro případ, že by se dostal do situace, kdy toho již schopen nebude. Důvody mohou být různé: urgentní stavy, psychické stavy, změny vědomí, selhávání životně důležitých orgánů, terminální stavy či nevléčitelně nemocní (4).*

Brát ohled na DVP pacientů je dáno i evropskou Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, kterou ratifikoval Parlament České republiky v roce 2001. Zde je v článku číslo 9 k institutu dříve vysloveného přání uvedeno, že: *„Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání“ (6).*

Dosavadní právní úprava stanoví formální kritéria a požadavky k sepsání DVP, a to na základě předchozího písemného poučení pacienta. Zákon též určuje mantinely, kdy není třeba anebo nelze DVP respektovat i to, že pacient může DVP učinit při přijetí do zdravotnického zařízení nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace. Na stránkách Ministerstva zdravotnictví lze navíc dohledat návrh formy DVP. Nicméně zatímco jsou v některých státech DVP zaběhlou praxí, v České republice se tento institut teprve pomalu dostává do povědomí zdravotníků a pacientů. Problematika institutu DVP je v praxi českého zdravotnictví v podstatě neznámá (7).

Základní lidská práva a hodnoty lidí jsou též deklarovány v mezinárodních dokumentech (Všeobecná deklarace lidských práv, Úmluva Rady Evropy o ochraně lidských práv a základních svobod, Listina základních práv a svobod České národní rady), mezi nimiž je uznáno právo na život, zdraví, osobní nedotknutelnost a právo na zachování lidské důstojnosti. V České republice je ochrana těchto práv v souladu s ústavními předpisy ukotvena v normách občanského, správního a trestního práva, konkrétně v trestním zákoníku, zákoně o zdravotních službách, zákoně o specifických službách, zákoně o zdravotnické záchranné službě a v občanském zákoníku. Z pohledu právní problematiky je rozhodování o ukončování léčby pacienta, která zahrnuje nejen nepokračování v další léčbě, ale i její nezačínání či nerozšíření, obzvláště složité. Podle názoru Heleny Krejčíkové však nelze právo na život absolutizovat nad právy ostatními a je třeba rozhodovat z významu závažnosti dotčených práv (3).

Autonomie člověka a jeho právo na sebeurčení je dnes základní zásadou zdravotnického práva. Podle Heleny Haškovcové (2) je důležité se z hlediska autonomie člověka řídit základními principy lékařské etiky, kterými jsou: beneficence (směřování k dobru, dobročinnost), nonmaleficence (nepoškodit) a justice (spravedlnost). Využití institutu dříve vysloveného přání představuje jeden z projevů práva na sebeurčení pacienta, jež zahrnuje i právo na soukromí člověka, osobní čest, svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání (7). Radka Bužgová ve svém článku uvádí názor Pichauda, že autonomie znamená možnost žít život podle vlastních pravidel a možnost určovat tak své chování a způsob života, neboť autonomie není jen svoboda, ale i základní životní potřeba (8). Je třeba zmínit ten fakt, že všechna uvedená práva člověka jsou významná zejména v situacích pojících se s koncem života.

### **Problematika dříve vyslovených přání ve stáří**

Stáří je poslední a přirozenou fází našeho života, které se nelze vyhnout. Toto období má své charakteristické znaky, přičemž dochází k postupným a nezvratným orgánovým změnám vedoucím ke zpomalování a úbytku funkcí fyzické a mentální oblasti. Stáří je spojováno s projevy sešlosti, nemocí a závislosti na druhých. Tím se však stáří nestává důvodem ztráty možnosti o sobě svobodně rozhodovat, uspokojovat své potřeby či uplatňovat základní lidská práva, a to ani v situacích nesoběstačnosti a závislosti na druhých. Nicméně je zřejmé, že důsledkem stárnutí bývá ohrožena nejen autonomie seniorů, ale i lidská důstojnost a možnost o sobě rozhodovat (8).

Udržení schopnosti autonomie ve stáří je pro seniory velmi důležité, neboť jedině tak mohou uspokojovat své základní potřeby a přání. Zachovat si autonomii znamená být plně kompetentní v procesu rozhodování o sobě a svém životě. Neméně důležité je také hmotné zabezpečení seniora, tedy finanční nezávislost na druhých. Nesmíme však zapomínat, že autonomie bývá redukována možností voleb a jejich dostupností. Mezi faktory, které tyto možnosti ovlivňují, patří individuální hodnoty a normy, aktuální potřeby, omezení ze strany prostředí, institucí a především aspekty stárnutí (9). Významným hlediskem ovlivňujícím autonomii starého člověka je omezení nebo úplná ztráta soběstačnosti. Závislost na pomoci druhých a ztráta vlastní nezávislosti může být nejhrošším aspektem v životě seniora. Je však si třeba uvědomit, že nesoběstačnost a autonomie se nevylučují. Důležitý je zde citlivý přístup pomáhajících osob, pečlivé plánování péče se zvážením její míry, vyhodnocení stupně závislosti v jednotlivých oblastech, důraz na respekt úcty, důstojnosti a autonomie

člověka. V posuzování míry péče je třeba zvážit nadbytečnost některých výkonů, kterými pak pacienti nejen poškozujeme, ale i omezujeme a zatlačujeme je do role pasivity. A naopak i nedostatečná péče či její zanedbávání je vážným pochybením (8).

Právě výše uvedená fakta bývají předmětem diskuze o možnosti využití institutu dříve vyslovených přání u seniorů. Podle Marie Mackové (1) nelze zatím odhadnout, jaký dopad budou mít dříve vyslovená přání na seniorskou populaci, neboť je u nás tento institut ukotven v legislativě teprve od roku 2012. Nicméně Marie Macková ve svém článku upozorňuje na zahraniční zkušenosti (10) či komplikace dříve vyslovených přání u seniorů. Tyto výzkumy poukazují například na to, že řada seniorů o možnosti sepsání tohoto dokumentu vůbec neví, či neporozumí významu jeho použití. Další zkušeností je, že ti, kteří dokument znají a chtějí jej sepsat, využijí konzultace s lékařem a narážejí zde na to, že řada lékařů se s dokumentem neztotožňuje. Zahraniční zkušenosti též upozorňují z praxe také na ten fakt, že někteří pacienti o sepsání dokumentu neinformují svoji rodinu a ta se pak cítí zaskočena a podvedena (1).

### **Proces rozhodování v situacích na konci života**

V roce 2014 vydala Rada Evropy dokument s názvem „Guide on the decision making process regarding medical treatment in end-of-life situations“, který vymezuje etický a právní rámec otázek a situací na konci života. Cílem dokumentu je usnadnit uplatňování práv a zásad zakotvených v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně. Uvedená příručka představuje informace a zásady, jak v těchto situacích v péči o umírajícího člověka postupovat, a je určena pro všechny, kteří o nemocné pečují. V příručce je apelováno na zachování kvality péče, spojení norem chování s etikou a zachování práv člověka, především autonomie a důstojnosti, nastavení adekvátní lékařské péče a pomoc pochopit situaci pacientům i jejich rodinám. Je třeba prosazovat respektování názorů a přání pacienta s ohledem na možnosti léčby a individuálně posuzovat jednotlivé případy. U pacientů, kteří již rozhodování schopni nejsou, je nutno vyvolat kolektivní diskuzi všech v péči zainteresovaných osob. Je nutné si uvědomit, že v procesu rozhodování se jedná o zvláště zranitelné osoby, kdy může docházet k poškození autonomie a úcty těchto nemocných. Důležitým požadavkem je zamezit jakémukoliv poškození člověka (11).

V procesu rozhodování je důležité stanovit všechny zúčastněné strany s pečlivým vymezením jejich rolí a pravomocí. Avšak dominantní osobou v tomto

procesu by měl být i tak především sám pacient nebo jím určený zástupce. Je třeba rozlišit: pacienty, kteří jsou schopni se samostatně rozhodovat, pacienty, jež jsou schopni samostatného rozhodování, ale jejich rozhodnutí z důvodu průběhu onemocnění a změn jejich kognitivních funkcí vyvolává pochybnosti, a pacienty, kteří již rozhodovat nemohou. Nicméně platí, že i v situaci, kdy je pacient schopen rozhodnutí a je plně autonomní, je pozitivním faktem využití konzultace či spolupráce s lékařem, přičemž komunikace s rodinou se nevylučuje. V případě zpochybnění rozhodnutí je nutné situaci nestranně zhodnotit a posoudit, a to v nejlepším zájmu pacienta. V momentě, kdy pacient rozhodnutí již není schopen, lze využít sepsání právního dokumentu formou dříve vysloveného přání (advance directives) nebo určit zákonného zástupce, který bude za pacienta rozhodovat. Je pochopitelné, že právní status tohoto dokumentu se liší v závislosti na příslušném zákonném ustanovení a kultuře konkrétní země. Existuje také řada sporných otázek tohoto dokumentu, jako například, zda se má dokument týkat jen určitých situací nebo konkrétního typu léčby, zda rozhodovat o pacientovi je odpovědností lékaře a zda je lékař oprávněn následovat přání pacienta. Navíc zkušenosti ukazují na ten fakt, že obvyklá je i odlišnost názorů jednotlivých členů rodiny a nezhodnotí dochází k rodinným střetům. V dokumentu Rady Evropy je v procesu rozhodování kladen důraz na snahu o kolektivní rozhodování, kterého se mají účastnit všichni členové ošetrovatelského týmu, rodinní příslušníci či blízcí, právní zástupci, advokáti či osoby pověřené rozhodováním za pacienta a ostatní poskytovatelé podpory nemocného, jako např. dobrovolníci a duchovní. Do tohoto procesu mohou být na žádost přizvány ale i jiné subjekty. Tím může být například etická komise, v případě názorového střetu soud. K doporučením Rady Evropy v procesu rozhodování v situacích na konci života patří pečlivé posouzení indikace léčby jako celku a reakce člověka na léčbu, zvážení benefitů a rizik pro pacienta, zhodnocení očekávání nemocného a jeho potřeby, posouzení stupně soběstačnosti a míry omezení v rozhodování člověka. Pozor je třeba dávat na zbytečnou či neúměrnou léčbu, která nevede ke zlepšení kvality péče. Nepochybně důležité je v tomto procesu shromáždit potřebné informace a argumentaci všech zainteresovaných stran, vyvolat kolektivní diskuzi s doplněním perspektivy léčby pacienta a následně učinit závěrečné rozhodnutí, které by mělo podporovat přání pacienta (11).



## **Závěr**

Závěrem je třeba zdůraznit, že otázky týkající se rozhodování na konci života jsou jedním z nejsložitějších aktuálních témat vyvolávajících určitou vlnu diskuze a kritiky zároveň. Autonomie člověka, jeho právo na sebeurčení a zachování lidské důstojnosti jsou základním lidským právem a potřebou. Tato práva lze uplatnit prostřednictvím dokumentu „dříve vyslovená přání“. Důsledkem stárnutí však dochází k postupným fyzickým a psychickým změnám, které vedou ke ztrátě soběstačnosti a závislosti na druhých. Je tedy jednoznačné, že autonomie seniorů bývá vlivem procesu stárnutí ohrožena. Navíc uplatňování dříve vyslovených přání u seniorské populace přináší specifická rizika. Úkolem pracovníků ve zdravotnictví je respektovat určitá pravidla vedoucí k podpoře a udržení schopnosti autonomie u seniorů a cíleně se zaměřit na kvalitu péče. Je zřejmé, že proces rozhodování na konci života vyžaduje zvláštní pozornost.

## **Literatura:**

1. Macková M. Dříve vyslovená přání a možná rizika u seniorské populace. *Ošetrovatelská péče* 2013; 4: 6–7.
2. Haškovcová H. *Lékařská etika*. Praha: Galén 2002.
3. Krejčíková H. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén 2014.
4. Heřmanová J, Šimek J. Dříve vyslovená přání aneb o lidské svobodě a důstojnosti. *Praktický lékař* 86 2009; 9, 480–482.
5. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [online]. Dostupný na www: [http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby\\_6102\\_1786\\_11.html](http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html).
6. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně. In *Sbírka mezinárodních smluv č. 96/2001 Sb. 2001* [online]. Dostupné z www: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3563>.
7. Žďárek R. Dříve vyslovená přání a nutnost jejich respektování. *Urgentní medicína* 2012; 1: 25–29.
8. Bužgová R. Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory. *Kontakt IX* 2007, 1, 65–69.
9. Sýkorová D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Slon 2007.
10. Messinger, Raport, 2009.
11. Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations [online]. Council of Europe: 2014. Dostupné z www: [http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/conferences\\_and\\_symposia/Guide%20FDV%20E.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/conferences_and_symposia/Guide%20FDV%20E.pdf).

## **Potřeby starších lidí v nemocniční péči – analýza výsledků review české literatury**

H. Bláhová, I. Holmerová

(Publikováno: Geriatrie a gerontologie 2018:7(3):113-116)

Souhrn:

Předkládáme výsledky analýzy review české literatury zabývající se potřebami hospitalizovaných seniorů. Zjišťujeme, že toto téma není dosud v naší literatuře dostatečně řešeno.

Klíčová slova: senior – potřeby – nemocniční péče – kvalita života

Summary:

We present results of a scoping review on needs of seniors during their hospitalization. There are very scarce resources on this topic in the Czech literature.

Keywords: senior – needs – hospital care – quality of life

### **Úvod**

Zvyšující se podíl starších osob v populaci významně zasáhne do různých sfér naší společnosti. Zejména do oblasti zdravotnictví, ale i sociální a ekonomické. V řešení budou otázky financování zdravotní péče a důchodového systému, náklady na sociální péči a nedostatek pracovních sil. Je jednoznačné, že informace o demografickém stárnutí obyvatelstva by měly apelovat jak na vědomí toho, že je třeba reflektovat dopady stárnutí, tak i aktivizovat snahu co nejefektivněji tyto znalosti v péči o seniory využít (1).

Jedním ze stěžejních problémů péče o starého člověka v prostředí nemocniční péče je kromě řešení zdravotní problematiky také otázka kvality uspokojování potřeb seniorů v kontextu možnosti seberealizace člověka, zachování jeho autonomie a důstojnosti. Podoba a prioritita potřeb starších nemocných se mění v souvislosti se zvyšujícím se věkem, charakterem nemoci a z toho vyplývající mírou nesoběstačnosti. Významnou roli v tomto ohledu má i změna prostředí a odloučení od svých nejbližších. Nedostatečnou saturací potřeb dochází ke zhoršení kvality života ve všech oblastech (2). Tato situace je navíc umocněna postojem dnešní společnosti, která je zaměřena především na zdraví, sílu, krásu a dokonalost. Postoj ke stáří je spíše negativní a senioři

jsou v mnohém kontextu chápáni jako přítěž společnosti, neboť péče o ně je náročná a finančně nákladná. Ačkoliv prošel segment péče o seniory v posledních desetiletích významnými změnami, péče o seniory a jejich uspokojování potřeb v nemocniční péči stále pokulhává (3).

V souvislosti s péčí o nemocné a zajištění jejich potřeb existují různé definice a vymezení pojmu „potřeba“. Navíc nemáme dostatek informací, respektive vědeckých poznatků a výsledků výzkumů zabývajících se hodnocením reálné situace v oblasti uspokojování potřeb starších osob v nemocniční péči. Chybí informace o tom, jaké jsou potřeby starších lidí v nemocnici, a také zpětná vazba, zda a které potřeby jsou u starších lidí během pobytu v nemocnici saturovány, jaké jsou preference nemocných a jak se cítí. Zdůrazňována je přitom autonomie a důstojnost člověka ve stáří a na sklonku jeho života (4).

### **Cíle a metodika**

Cílem tohoto příspěvku je zjistit a kriticky zhodnotit stav současné české literatury včetně původních výzkumů a vědeckých poznatků v této oblasti. K základním otázkám, na které se snažíme odpovědět, patří: Jakým způsobem a do jaké míry je daná problematika prezentována v naší literatuře? Jsou odbornou veřejností předložena data vycházející z výzkumu či reálné praxe? Popisují tato data skutečný stav péče a kvality uspokojení či neuspokojení potřeb nemocných v seniorském věku? Existují informace a vědecká data o tom, jakým způsobem se zdravotnický personál zajímá o potřeby nemocných a zda na ně reaguje adekvátním plánem péče? Mají případné cílené intervence vliv na kvalitu života pacientů, jejich autonomii a důstojnost?

Dalším cílem práce je srovnání, zda aktuální vědecké poznatky korespondují s reálným stavem péče o seniory v nemocniční péči. V rámci analýzy review bylo čerpáno z provedené rešerše odborné literatury k danému tématu, příspěvků z webových stránek společností monitorujících oblast péče o seniory, z aktuální legislativy a důležitých strategických dokumentů. Byla provedena bibliografická rešerše české literatury od roku 2010, přičemž bylo vygenerováno 82 titulů, z nichž jsme vybrali 41 příspěvků. Doplnující rešerše vycházela z klíčových slov detekovaných ve zkoumaných příspěvcích, zaměřených především na výzkum potřeb seniorů během hospitalizace s retrospektivou 5 let. Ze 17 příspěvků bylo vybráno 10 článků. Další publikace byly zařazeny podle relevance k danému tématu.

## Péče o seniora pohledem odborné veřejnosti

Z přehledu odborných příspěvků je zřejmé, že mezi cíle soudobé péče o seniory patří snaha o to, aby tito jedinci zůstali co nejdéle soběstační a autonomní v domácím prostředí, ať s pomocí rodiny či dalších služeb. Dostupné údaje hovoří o tom, že zhruba 80% osob nad 65 let je soběstačných a potřebují jen občasnou dopomoc. Další skupinu tvoří senioři vyžadující pomoc s chodem domácnosti různě velkého rozsahu a pouze 3% z nich potřebují ústavní péči. Ačkoli se podle Příbyla tato data v odborné literatuře rozcházejí, vzájemně se shodují v tom, že institucionální péče různých typů je poskytována více seniorům, než je nezbytně nutné. Jako příčinu uvádí prameny několik faktů: nefunkční rodina, nemožnost nebo neochota se o starého člověka postarat, nedostatečná provázanost sociálních a zdravotních služeb, prioritní zájem o jiné hodnoty, než je péče o seniory (5).

Autoři se též shodují v definicích základních pojmů o stárnutí, stáří a souvisejících změnách v organismu i v názoru na to, že je tento proces individuální, s různou mírou poškození funkcí a schopností starého člověka. Jak uvádějí, do tohoto procesu vstupují různé vlivy z prostředí i schopnost člověka proces stárnutí zvládnout a adaptovat se na něj. Většina příspěvků se zabývá pojmy, jako jsou syndrom křehkosti, ageismus či kvalita života. Méně článků se zabývá průzkumem vycházejícím z teoretických poznatků v konfrontaci s reálnou praxí. Článek „Etika péče o seniory v teorii a praxi (2012)“ například poukazuje na zajímavý fakt, že: „*Klinická zkušenost ukazuje, že z hospitalizovaných pacientů interních oddělení starších 75 let cca jedna třetina toleruje standardní režim, další třetina vyžaduje speciální geriatrickou péči a zbylá třetina tzv. ošetrovatelsko-sociální, následnou péči*“ (6). Autorky se v textu zabývají konfrontací teoretických poznatků etiky v geriatrické ošetrovatelské péči s každodenní ošetrovatelskou praxí na základě prezentovaných kazuistik. Ukazují, že péče o seniory v jakémkoliv ústavním zařízení není v souladu s ideálem „aktivního stáří“ a že podmínky péče jsou mnohem hůře splnitelné než péče v domácím prostředí. Upozorňují dále na etické problémy, zejména na společenskou degradaci a snížení lidské důstojnosti.

Některé z příspěvků se zabývají sledováním statistických ukazatelů péče o seniory. „Prodlužování hospitalizace seniorů“ řeší ve svém výzkumu vliv sedmi rizikových faktorů (imobilita, malnutrice, osamělost, polyfarmakoterapie, inkontinence, nespoupráce, časná rehospitalizace) na délku hospitalizace metodou studia

zdravotnické dokumentace. Není překvapující, že vyšší počet rizikových faktorů významně prodlužuje průměrnou délku hospitalizace. Zajímavé však je, že délku hospitalizace nejvíce ovlivňuje inkontinence a imobilita (7). Mnohé studie prezentují výsledky metodiky šetření statistických dat, porovnávajících vliv průměrné doby hospitalizace na jednoho pacienta a náklady na péči o geriatrického pacienta na standardních odděleních a odděleních s intenzivní péčí. Ze závěrů je zřejmé, že akutní geriatrická či geriatricky poučená péče a aktivní přístup k pacientovi je méně nákladný ve srovnání s péčí jiného specialisty či na oddělení bez geriatrické ingerence (8).

Další skupinu odborných článků tvoří příspěvky zabývající se hodnocením míry soběstačnosti, posuzováním stupně závislosti nebo testováním fyzické zdatnosti seniorů. Patří sem například „Stárnutí, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a závislost seniorů“ (9), dále „Krátká baterie pro testování fyzické zdatnosti seniorů a jejich využití pro diagnózu geriatrické křehkosti v klinické praxi“ (10), případně pojednání „Možnosti identifikace poruch sebezpěče u seniorů a jejich kompenzace“ (11).

Péče o seniora úzce souvisí s otázkou etiky, autonomie, důstojnosti, životních hodnot a lidských práv u seniorské populace. V tomto ohledu je mnoho autorů a odborníků z řad lékařů, právníků, filozofů, teologů či sociologů, kteří na tuto problematiku kladou důraz a prezentují ji ve svých publikacích. Příkladem může být Bužgová, Doležal, Drábková, Haškovcová, Holmerová, Kalvach, Matějek, Munzarová, Sýkorová, Ševčík a Těšínová. Zajímavý je výzkumný projekt zaměřený na autonomii ve stáří realizovaný pod názvem „Senioři ve společnosti. Strategie zachování osobní autonomie“ z roku 2002–2003, realizovaný v Moravskoslezském kraji. Projekt byl zaměřen na otázky, jak senioři vnímají osobní autonomii, jaké hodnoty jsou pro ně důležité a v čem spatřují ohrožení či podporu (12). Výsledky šetření byly publikovány pod názvem „Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontopsychologie“ (13). Z šetření je zřejmé, že senioři jsou a chtějí být aktivní a autonomní osobnosti. Evidentní je snaha přesvědčit veřejnost, že ačkoliv stárnou, jsou stále týmiž osobnostmi, jež mají snahu udržet si vlastní soběstačnost. Hodnotu zdraví považují za nejdůležitější spolu s bezpečím a lidskou důstojností.

Publikovaná data vypovídají o tom, že systém péče o seniory v ČR není dostatečně funkční ani provázaný a je nutné prosazovat zlepšení péče. Podobné závěry prezentuje i závěrečná zpráva kurzu „Problémy české společnosti a veřejné politiky“ Fakulty sociálních věd UK z roku 2009, která předkládá sdělení o tom, že téma péče

o seniory je veřejně politickým problémem. Autorky zprávy poukazují na to, že systém péče o seniory je neefektivní, neprovázaný, plýtvá financemi a neodpovídá individuálním potřebám jedince. Předložená zpráva identifikuje několik největších problémů: nedostatečná implementace legislativních norem, podfinancování systému péče, neprovázanost zdravotní a sociální péče a sociodemografické změny. Do procesu péče o seniory navíc vstupují otázky týkající se kvality, kvantity a volby adekvátní formy péče, potřeba věnovat větší pozornost méně soběstačným seniorům s cílem zachovat jejich autonomii a důstojnost (14). Z výsledků šetření kvality života a hodnocení služeb dlouhodobé péče Evropské nadace Eurofound vyplynulo, že ČR se v rámci zemí Evropské unie nachází zhruba v průměru, vykazuje tedy průměrnou úroveň kvality služeb (15). Navíc je z dat Českého statistického úřadu jednoznačné, že Česká republika vydává na zdravotní péči menší podíl hrubého domácího produktu (dále jen HDP) než vyspělé evropské země. V posledních letech dokonce tento podíl klesá, neboť zatímco v roce 2010 dosahoval 8,6 procenta HDP, v roce 2015 to bylo 7,8 procenta. ČR se tak pohybuje pod průměrem EU, který je 9,9% (16). Také výsledky dotazníkového šetření z výzkumného projektu oblasti řízení kvality sociálních a zdravotních služeb pro seniory (Fakulty humanitních studií UK, 2007) ukazují, že mezi faktory podporující řízení kvality péče o seniory patří zejména: vzdělávání personálu, výměna zkušeností s jinými poskytovateli a společná týmová spolupráce, opora v legislativě a odborných metodikách (17).

### **Péče o potřeby seniorů v nemocniční péči**

Z našeho šetření vyplývá, že publikované práce směřují spíše k obecnému hodnocení péče o seniory, necílí však na uspokojení potřeb v reálné nemocniční praxi. Existuje ovšem mnoho příspěvků, které se zabývají péčí a potřebami starších lidí s konkrétní problematikou, například nemocných hospitalizovaných na lůžkách s intenzivní péčí či pacientů s daným onemocněním. Valná část publikovaných článků je teoretického charakteru a zahrnuje doporučující metodiky, jak k seniorům přistupovat. Některé popisují reflexi současného stavu péče o seniory, politiku kvality sociálních a zdravotních služeb, výstupy z diskuse expertů a zkušenosti odborníků z této oblasti. Mnohé publikační výstupy jsou nepochybně zajímavé, avšak je třeba konstatovat, že se většinou jedná o názory, přehledové práce, eventuálně kazuistiky.

Zajímavá data nalezneme v monografii „Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních“ (4). Autorka zde prezentuje výsledky výzkumného šetření zaměřeného na

hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči, které jsou výstupem výzkumného projektu IGA MZ ČR reg. Č. NT 13417–4/2012 s názvem „ Identifikace potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života“. Publikace přináší data a výpovědi respondentů o tom, jaké potřeby preferují, jak se cítí, co prožívají a jak hodnotí kvalitu svého života. Zmiňovaná autorka se problematikou potřeb starších osob intenzivně zabývá. Jedna z jejích dalších publikací se týkala spirituálních potřeb seniorů v institucionální péči. Vyplývá z ní, že potřeba spirituality se nezakládá jen na tom, zda je člověk věřící, či ne. Tuto oporu hledáme převážně v situacích těžkého období našeho života, tedy v nemoci. Věk v tomto nehraje žádnou roli (18).

Také kniha „Geriatrická problematika v pastorální péči“ (19) reflektuje problematiku geriatrické péče. Důraz je zde kladen na kvalitu života v jeho závěru, význam pastorační péče a specifické potřeby starého člověka s důrazem na lásku, respekt a důstojnost. Ačkoli tato práce vychází z pilotní studie zaměřené na otázky postojů veřejnosti k oblasti stárnutí a potřebám seniorů, publikace začíná slovy: „... dotazník ani jeho vyhodnocení nejsou jejím ústředním smyslem“. Oním smyslem je zde pastorační pomoc a podpora, zájem o druhého člověka v řešení konkrétních problémů. Základem péče o seniora je zachování kvality života v nejvyšší možné míře, péče o duši a etická podpora nemocného.

Jiné výzkumné projekty se zaměřují na hodnocení soběstačnosti jak z pohledu seniorů, tak z pohledu jejich pečovatelů (20) na soběstačnost jako významný aspekt kvality života (21), vliv zdravotní gramotnosti seniorů v kontextu vlivu na zdraví a čerpání zdravotních služeb (22), postoje a porozumění významu autonomie ve stáří – jak vnímají sami sebe z pohledu nezávislosti, jakou hodnotu pro ně nezávislost má a co považují za její ohrožení (23), na citovou solidaritu v péči o seniory (24) nebo problematikou týrání a zneužívání starších osob (25). Tyto projekty mapují reálnou situaci v prostředí různých domovů pro seniory, geriatrických oddělení nemocnic a domácích hospiců. Zajímavý je také projekt nazvaný „Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru“ (1), který se věnuje otázkám potřeb seniorů jako sociologickému a sociálněpsychologickému problému. Kvalitativní výzkum je zaměřen na poskytovatele různých typů sociálních služeb. Zpráva projektu propojuje demografická statistická data a teoretické poznatky potřeb ve vyšším věku s výsledky výzkumu potřeb seniorů města Brna v návaznosti na komunitní plánování. Jsou zde



prezentována data z nestátních neziskových organizací, které mapují aktuální praxi poskytovaných služeb pro seniory. Kvalitativní výzkum vycházel především z nestandardizovaných rozhovorů s vedoucími pracovníky, mapoval oblast zaměření a fungování dané organizace a vnímání potřeb seniorů. Cílem výzkumu bylo poodhalit zkušenosti z praxe. Z šetření je patrné, že přijetí nového zákona o sociálních službách přineslo pozitivní ohlas a že v oblasti potřeb je v popředí potřeba sociálních kontaktů. Monografie Holmerové a kol. přináší komplexní pohled na problematiku dlouhodobé péče o pacienty vyššího věku v České republice. Jedná se o data vycházející z projektu mapujícího situaci a podmínky dlouhodobé péče v různých typech institucí s cílem definovat a navrhnout standardy kvality pro MZČR. Ty by měly být využitelné nejen v zařízeních sociální péče, ale i v resortu zdravotnictví. Text se zabývá vývojem a historií dlouhodobé péče, základní terminologií, plánováním a potřebou zdravotní péče pacientů vyššího věku, funkčním hodnocením pacienta, plánováním péče vycházející z potřeb pacienta a problematikou kvality dlouhodobé péče včetně indikátorů kvality, které jsou výsledky provedené studie (26).

### **Péče o seniory v legislativě**

Ačkoliv došlo v řízení oblasti péče o seniory v posledních desetiletích k rozvoji nových služeb s využitím moderních metod, které byly iniciovány ze zdola, nebyl tento posun koordinován na národní úrovni a dostatečným způsobem reflektován v legislativě. Také realizace různých podpůrných aktivit, programů a metodik se nepromítla ve změně příslušné politiky. Změnu sice přineslo přijetí novely zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ze dne 25. 4. 2018, ani ta však nevytváří dostatečně flexibilní předpoklady pro zavádění moderních služeb (17).

Důležitým dokumentem jsou také Standardy kvality sociálních služeb, které se dnem 1. 1. 2017 staly závazným právním předpisem. Kritéria standardů jsou obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Cílem těchto standardů je definovat obecná kritéria, která by měla garantovat zajištění kvalitních sociálních služeb. Tato kritéria by měla umožnit porovnání kvality služeb, nikoli určovat pravidla a povinnosti poskytovatelům či uživatelům. Bohužel, přes velké naděje, které byly vkládány do těchto legislativních změn, došlo jen k dalšímu zvýšení administrativní zátěže (27).

Důležitým dokumentem je dále zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. V souvislosti s problematikou potřeb a péče o seniory je v tomto zákoně, v části druhé, hlavy I v §5 bodě g) zmínka týkající se ošetrovatelské péče. Zde jsou popsány potřeby jednotlivců i skupin týkající se soběstačnosti a zajištění klidného umírání včetně důstojné přirozené smrti. Dále je v §9 v této souvislosti v bodě e) a d) popisován pojem následná a dlouhodobá péče a v části čtvrté jsou uvedena práva a povinnosti pacienta (28).

V souvislosti s péčí o starší osoby a otázkami zdravého stárnutí vznikly strategické dokumenty, tzv. Národní programy na stárnutí na období let 2003–2007, 2008–2012 a 2013–2017. Tyto dokumenty na sebe navazují a cíleně se zaměřují na opatření, která je zapotřebí nastavit s ohledem na demografické stárnutí obyvatelstva. Zaměřují se na podporu aktivit ve stáří, mezigenerační podporu, kvalitu života seniorů a péči o seniory se zachováním základních lidských práv.

Další dostupné informace, výzkumy a výsledky projektů uveřejňují průběžně na svých stránkách Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV), Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy či Státní zdravotní ústav. Zde jsou dostupná nejen data na národní úrovni, ale také výsledky projektů s mezinárodní spoluprací a příklady sledovaných indikátorů. MPSV má pro oblast týkající se uvedené problematiky poradní orgán tzv. Radu vlády pro seniory a stárnutí populace, která byla zřízena v roce 2006.

## **Závěr**

Na základě zjednodušené analýzy přehledu dostupných českých pramenů je třeba říci, že poznatky týkající se oblasti péče o seniory jsou v teoretické rovině a výzkumu relativně dobře zprostředkované, a to zejména prostřednictvím přehledových studií a článků. Z dostupných pramenů vyplývá, že oblast sociální péče a problematika zajištění sociálních služeb seniorů jsou s ohledem na potřeby lidí lépe zpracované než oblast zdravotní péče o seniory, a to jak v teoretických poznacích, tak ve výzkumech. Tato sféra se poměrně dobře věnuje nejen potřebám starších osob, ale i dalším úskalím života křehkých seniorů. K dispozici jsou informace z reálné praxe týkající se kvality péče v různých pobytových zařízeních. Dohledané publikace na téma potřeb seniorů v prostředí nemocniční péče obsahují víceméně opakující se teoretické poznatky, mnohdy dobře známé s elementárními informacemi. Dostupné jsou výsledky některých

výzkumů mapujících potřeby nemocných, jejich postoje a kvalitu života. Ty jsou však cílené na určité skupiny nemocných. Také oblast důstojnosti a autonomie je podchycena spíše po teoretické stránce a v oblasti sociální či sociologické, nikoli v oblasti hospitalizace.

Závěrem lze konstatovat, že u nás dosud chybí literatura, která by objektivně poskytla informace o kvalitě péče o seniory ve zdravotnických zařízeních a o způsobu zajištění potřeb seniorů s ohledem na individualitu člověka, jeho práva a možnost seberealizace. Jak uvádějí Mátl a Jabůrková (17) ve své publikaci o kvalitě péče o seniory (výrok se týká sociálních služeb, ale jeho platnost lze v současné době přenést do zdravotní péče): „*Chybí literatura, která by reprezentativním způsobem na základě objektivně verifikovatelných datových zdrojů poskytla reflexi probíhajících změn v oblasti řízení kvality*“ (zde doplňme o respektování potřeb hospitalizovaných seniorů). Řada materiálů zejména v profesních periodikách a časopisech končí na úrovni osobních zkušeností, které je obtížné zobecnit. Proto se jeví jako žádoucí zabývat se do budoucna tématem zajištění potřeb a úrovní kvality péče o seniory v nemocniční péči. Zohledněny by přitom měly být též názory, postoje, pocity a přání starších osob.

## Literatura

1. Nešporová O, Svobodová K, Vidovičová L. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2008.
2. Chloubová H. Změny potřeb ve stáří. Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení 2005. 1(2): 22–23.
3. Parusniková Z. Biomoc a kult zdraví. Sociologický časopis 2000; 36(2): 131–141.
4. Bužgová R. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních, potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada Publishing 2015.
5. Příbyl H. Lidské potřeby ve stáří. Praha: Maxdorf 2015.
6. Cichá M, Dorková Z. Etika péče o seniory v teorii a praxi. Inovativní přístupy ve výuce ošetrovatelství: recenzovaný sborník příspěvků z mezinárodního odborného sympozia: Praha, FN Motol, 27. 09. 2012.
7. Koňářík M. Prodlužování hospitalizace seniorů. Sestra 2014; 24(5): 28–29.
8. Jurašková B, Zajíc J, Žamborský P, Fischer J. Intenzivní geriatrická péče – efektivní řešení budoucího nárůstu stárnoucí populace. Geriatrie a gerontologie 2013 3; 2(2).
9. Wernerová J, Zvoníková A. Stárnutí, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a závislost seniorů. Revizní posudkové lékařství 2016; 19(2): 68–73.
10. Topinková E, Berková M, Mádlová P, Běláček J. Krátká baterie pro testování fyzické zdatnosti seniorů a jejich využití pro diagnózu geriatrické křehkosti v klinické praxi. Geriatrie a gerontologie 2013; 2(1): 43–49.
11. Smičková E. Možnosti identifikace poruch sebez péče u seniorů a jejich kompenzace. Medicína pro praxi. 2011; 8(9): 391–393.
12. Výzkumný projekt s podporou grantu GA ČR 403/02/1182. Senioři ve společnosti. Strategie zachování osobní autonomie.
13. Sýkorová D. Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontopsychologie. Praha: Slon 2007.
14. Burešová A, Řezáčová L, Stehlíková Z. Sociálně zdravotní péče o seniory. Závěrečná zpráva ke kurzu Problémy české společnosti a veřejná politika. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd 2009.
15. EUROFOUND. Third European Quality of Life Survey – Quality of society and public services [online]. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2013 [cit. 2017-12-05]. Dostupné z: [www: eurofound.europa.eu](http://www.eurofound.europa.eu).
16. ČSÚ. Senioři absolutně a jejich podíl v celé populaci do roku 2050. [online]. [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: [www.czso.cz](http://www.czso.cz).

17. Mátl O, Jabůrková M. Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR. Praha: Galén 2007.
18. Cieslarová A, Bužgová R. Spirituální potřeby seniorů v institucionální péči. Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelavanie 2014; 4(2): 50–57.
19. Beksová K. Geriatrická problematika v pastorální péči. Praha: Karolinum 2013.
20. Macháčová K, Holmerová I. Zkušenosti s hodnocením soběstačnosti: jak ji vidí křehcí senioři v pokročilém věku a jejich pečovatelé. Geriatrie a gerontologie 2016; 5(3): 117–121.
21. Hudáková A, Derňáková L. Soběstačnost jako významný aspekt kvality života seniorov. Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta 2011; s. 100–111.
22. Hajduchová a kol. Zdravotní gramotnost seniorů a její vliv na zdraví a čerpání zdravotních služeb. Praktický lékař 2017; 97(5): 223–227.
23. Sýkorová D. Senioři v České republice. Mýty a jejich dekonstrukce. Sociológia 2006; 38 (2):151–156.
24. Pacáková H, Trusínová R. Citová solidarita při péči o seniory. Kontakt 2012; 14(4): 464–474.
25. Vidovičová L, Lorman J. Život v domovech pro seniory 2007: zpráva z výzkumu: problémy týrání, zneužívání a zanedbávání péče v domovech pro seniory. Praha: Úřad vlády ČR 2008.
26. Holmerová I a kol. Dlouhodobá péče, geriatrické aspekty a kvalita péče. Praha: Grada Publishing 2014.
27. MPSV. Standardy kvality sociálních služeb. [online]. 2017 [cit. 2017-11- 10]. Dostupné z: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz).
28. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

## **Potřeby starších křehkých lidí v nemocniční péči v kontextu modelu podpůrné péče – recenze publikované integrativní přehledové studie**

**H. Bláhová**

(Publikováno: Geri a Gero 2019; 8 (2): 138–140)

Autoři studie a článku „Supportive care for older people with frailty in hospital“(1) identifikovali relevantní teorie a důkazy formou integrativní přehledové studie. Jejich projekt byl podpořen post-doktorandským výzkumným studiem Národního ústavu pro výzkum v oblasti zdraví v Anglii (Ref:PDF-2012-05-152). Výsledná zjištění a modely podpůrné péče by mohly sloužit i jako východisko pro zlepšení kvality péče o starší křehké pacienty v našich nemocnicích.

### **Úvod**

Stárnutí populace a rostoucí počty starších křehkých osob v nemocnicích, by měly být výzvou ke zlepšení péče o tyto nemocné. Zdravotnická zařízení s akutní lůžkovou péčí by se proto měla cíleně zaměřit na zajištění specifických potřeb chronicky nemocných osob s cílem zajistit co možná nejlepší péči. Syndrom frailty významně ovlivňuje život člověka, jeho fyzické a psychické potřeby a potřebu sociální podpory. Péči o tuto skupinu nemocných zatím nelze považovat za optimální. Ve snaze se postarat o tyto nemocné lépe je kladen důraz na tzv. „podpůrnou péči“. Ta by měla překlenout mezeru mezi kurativní léčbou a paliativní péčí. Podpůrná péče je přístupem, který zahrnuje multidisciplinární a holistickou péči, je zaměřena na intervence starších lidí, zejména těch, kteří vykazují syndrom frailty. Podpůrná péče směřuje k individuálním potřebám, možnostem a sociálním vazbám jednotlivce. Autoři studie popisují základní informace a skutečnosti problematiky péče o starší křehké pacienty. Uvedená data vycházejí z relevantní literatury a článků autorů zabývajících se touto problematikou. Zároveň tímto ve svém příspěvku identifikují země, jež podpůrnou péči aplikují. Zdůrazňují, že poskytovat péči starším křehkým osobám je v systémech zdravotní péče i na mezinárodní úrovni velkou výzvou. Uvádí hlavní důvody toho, proč je dobré podpůrnou péči poskytovat. Mezi tyto výhody patří zohlednění křehkosti osob v podmínkách nemocniční péče, koordinované hodnocení a plánování péče zaměřené na individualitu člověka. Dalším důležitým krokem je zajistit dostatek kvalifikovaného personálu. Významnou roli hraje strategie řešení obav a nejistot pacientů a jejich rodin. Ty se týkají plánování budoucí péče a starosti z náhlých změn zdravotního stavu

nemocného. Upozorňují na to, že je třeba také zajistit bezpečnost pacientů a minimalizovat jejich rizika. To se týká zejména pádů, vzniku dekubitů a dalších problémů vycházejících ze snížené fyzické kapacity pacienta. Někteří z citovaných autorů uvádějí, že je důležité zlepšit kontinuitu změn péče a to zejména v situacích, kdy je pacient vystavován častým změnám pobytem v různých zdravotnických zařízeních, překlady a předáváním do péče.

### **Cíle a metody studie**

Cílem studie bylo identifikovat a integrovat takové poznatky, které by byly použitelné pro vytvoření základního rámce opatření podporujících péči o starší křehké osoby v nemocniční péči. Výzkum byl zároveň začleněn do rozsáhlejší studie zkoumání podpůrné péče v anglických nemocnicích. Hlavní výzkumnou otázkou bylo: Jaké jsou základní složky podpůrné péče a jak mohou být aplikovány na starší křehké osoby? Autoři studie chtěli získaných teoretických poznatků využít v reálné praxi se snahou zlepšit péči o tuto skupinu pacientů. Studie byla zpracována metodou popsanou autory Whittemore a Knafl (2005). Hlavním kritériem vyhledávání byl pojem „podpůrné péče“ („supportive care“), zařazeny byly práce v anglickém jazyce publikované v období od ledna 1990 do prosince roku 2015. Důvodem volby počátečního roku byl ten fakt, že od tohoto data se v literatuře objevuje pojem podpůrné péče. Kritériem pro zařazení byly články zaměřené na koncepci podpůrné péče definovanou jako multidisciplinární a holistickou péči s dosažením nejlepší možné kvality života. Dále články informující o neuspokojených potřebách a názory zaměstnanců na péči o starší křehké osoby. Výzkum byl zaměřen na pacienty starší 65 let. Byly zahrnuty též články různých výzkumných metod a studií. Byly použity databáze Cochrane Medline, EMBASE a CINAHL se zaměřením také na identifikaci šedé literatury pomocí Google Scholar. Bylo identifikováno celkem 2733 článků a po zohlednění stanovených kritérií založených na relevanci výzkumné otázky byl finální počet článků 52. Konečný vzorek zahrnoval empirická i teoretická data.

Tab. 1 – Model podpůrné péče

<b>Oblasti a principy péče</b>	<b>Zahrnuté typy péče</b>
Zajištění základních aspektů péče	Kontrola symptomů Kontrola účinků léčby a vedlejších příznaků, řešení komplikací léčby Zvládání bolesti Kontrola fyzických funkcí Pohodlí a komfort pacienta

	Výživa, hydratace Péče o dutinu ústní
Komunikace s pacientem, jeho rodinou, pečovateli a zaměstnanci	Poskytování informací o nemoci, léčbě a péči – jasnost, citlivost a četnost Psychologická podpora – vyrovnat se a pochopit novou situaci, cítit se bezpečně Emocionální podpora – zmírnit pocit smutku, deprese, nejistoty a obavy z budoucnosti Kulturní podpora Duchovní a náboženské potřeby
Angažovanost rodiny a pečovatelů	Komunikace, podpora a vzdělávání Komunikace a podpora ze strany zaměstnanců Zapojení se do procesu rozhodování Podpora potřeb rodiny a pečovatelů
Vybudování obrazu osobnosti pacienta a znalost jeho životní situace	Hodnocení úrovně funkcí a možností pacienta Hodnocení kvality života pacienta Možnost vyjádřit své potřeby Komplexní hodnocení potřeb pomocí screeningových nástrojů Rozpoznat změny zdravotního stavu a reagovat na ně
Způsob jak pomoci poradit a rozhodnout o nejlepší možné péči	Sdílené rozhodování Plánování péče Sociální a praktické poradenství Individualizovaná koordinace péče
Samostatnost, péče o vlastní zdraví	Sebeřízení – zlepšení zdravotních schopností pacienta, znalosti o nemoci, schopnost zvládat stres a bolest Rehabilitace Prevence nemocí Propojení pacientů do různých sítí a skupin nad rámec nemocničních služeb
Podpora pacientů prostřednictvím změny péče	Zvládnout přijetí/propuštění do/z nemocniční či jiné specializované péče Příprava na konečnou fázi života nebo paliativní péči Pomoci koordinovat propojení nemocniční péče a jiným typem zdravotnického zařízení či službou nebo doplňkovou terapií

Zdroj: C. Nicholson, E. M. Morrow, A. Hicks, J. Fitzpatrick

## Výsledky studie

Z 52 finálních článků bylo zcela nejvíce článků o rakovině (42%) a o paliativní péči či péči na konci života (29%). Podle země publikujících autorů lze usuzovat, že je podpůrná péče chápána jako odlišný způsob péče o starší křehké pacienty ve Velké Británii, USA, Kanadě, Austrálii a některých dalších zemích. Bylo identifikováno celkem sedm témat. Ta tvoří základní rámec modelů a zásad péče o starší křehké osoby. Jednotlivé oblasti zahrnující konkrétní typy péče, tak jak je prezentují autoři článku, jsou uvedeny v tabulce níže. Autoři dále upozorňují na některé oblasti, kterým je



věnována v kontextu nemocniční péče poměrně malá pozornost. Tou je například kulturní podpora, která by umožňovala pacientům vyjádřit svá přesvědčení o nemoci a poskytované péči, jejich náboženské či duchovní přesvědčení a možnost vyjádřit názory na smrt a umírání. Relativně málo informací a výzkumů bylo také dohledáno v oblasti péče a vzdělávání pečovatелů, možnosti podílet se na klinických rozhodnutích, možnostech a plánování péče.

### **Závěry studie**

Autoři uzavírají, že model podpůrné péče je natolik flexibilní, že vyhovuje individuálním potřebám starších lidí s různými schopnostmi a možnostmi. Tento typ péče přináší spíše komplexní posouzení potřeb pacienta než zaměření se na léčbu specifického zdravotního problému. Nicméně tento koordinovaný přístup by pomohl podpořit i léčbu pacienta. Podpůrná péče pomáhá pacientům a jejich rodinám lépe zvládat a pochopit novou životní situaci. Dále přispívá k řešení či zmírnění nejistot a obav pacientů a iniciuje pozitivní vztahy mezi všemi zainteresovanými stranami. Na základě získaných poznatků autoři poukazují na to, že model podpůrné péče zahrnující sedm základních oblastí a principů, také koresponduje s existujícími definicemi jiných autorů, kteří se touto problematikou zabývají. Uvedený model je důležitý nejenom z hlediska získaných informací, ale také pro jeho praktické využití a výchozí strategií pro manažery nemocnic.

### **Literatura:**

1. **Nicholson C, Morrow EM, Hicks A, Fitzpatrick J.** Supportive care for older people with frailty in hospital: An integrative review. *Int J Nurs Stud* 2017; 66: 60–71.
2. **Whittemore R, Knafl K.** The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing* 2005; 52(5): 546–553.

### **Potřeby seniorů v nemocniční péči: Scoping review**

**H. Bláhová, A. Bártová, V. Dostálová, I. Holmerová**

(Publikováno: ACER, online 10/2020, DOI 10.1007/s40520-020-01734-6)

### **Abstrakt**

**Úvod:** Výzkum oblasti péče o starší pacienty v nemocničním prostředí je stále cennějším zdrojem informací, protože poskytuje zpětnou vazbu o kvalitě poskytované péče. Cílem této studie je poskytnout kompletní přehled o potřebách starších lidí v nemocniční péči pohledem pacientů.

**Metody:** Bylo provedeno review zahraniční literatury pomocí těchto databází: Medline, Web of Science, ProQuest Central, Scopus, Cinahl, PsycINFO and Summon.

**Výsledky:** Byly nalezeny články zabývající se problematikou starších osob v nemocniční péči. Většina publikovaných článků se zabývala systémem a kvalitou péče o seniory spíše na obecné či teoretické úrovni. Oblast uspokojených a neuspokojených potřeb byla hodnocena formou různých testovacích metod (např. Mini-Nutritional test, ADLs – activities of daily living, Abbey Pain Scale), a to zejména pohledem personálu a pečovatелů či rodinných příslušníků. Pouze 15 článků bylo hodnoceno na základě informací a názorů získaných pohledem seniorů (self-reported needs). Tématická analýza odhalila sedm základních témat: přístup a péče na odděleních s akutní péčí, důstojnost, nutriční péče, uspokojování potřeb pacientů, bolest, respekt a rozhodování a duchovní potřeby.

**Závěr:** Výsledky scoping review poukazují na to, že je třeba se více zaměřit na informace získané od samotných pacientů. Důvodem je ten fakt, že jedině pacient, a to i starší a křehký, může být dobrým informátorem oblasti uspokojených či neuspokojených potřeb a kvality poskytované péče v nemocnici.

**Klíčová slova:** potřeby, nemocnice, akutní péče, senior

## Úvod

### Nemocniční péče a starší pacienti

Statistické údaje potvrzují, že přibývá počet starších křehkých pacientů, kteří potřebují akutní nemocniční péči [1]. Existují důkazy o tom, že tito lidé čelí velké fyzické i psychické zátěži a riziku vzniku komplikací. V péči o starší nemocné osoby, je nutnost brát zřetel na diferencovaný a individuální přístup. Z těchto důvodů je nezbytně nutné, aby poskytovatelé akutní zdravotní péče byly schopni včas rozpoznat a reagovat na aktuální potřeby seniorů [1].

Přestože procento starších a křehkých nemocných roste, je zřejmé, že nemocniční péče v mnoha aspektech nerespektuje jejich potřeby. Nedostatečná péče je navíc patrná i z dat a klinických výsledků, jako jsou ukazatele mortality a morbidit. Ty jsou podstatně horší než u jiných skupin nemocných, což nemusí nutně souviset s kalendářním věkem pacientů. Také odborná i laická veřejnost poukazuje na ten fakt, že současný systém zdravotní péče o seniory není optimální. Výše uvedené argumenty poukazují na nutnost zlepšit kvalitu poskytované péče. Cílem není jen dobře organizovaná a provázaná péče, ale péče, která je zaměřena na uspokojování potřeb nemocného [1].

### Hospitalizace a starší pacienti: výzkumy

Výzkumy oblasti péče o seniory v nemocničním prostředí jsou stále více cenějším zdrojem informací a zpětnou vazbou úrovně poskytované péče. Autoři publikující na toto téma se ztotožňují s názorem, že je třeba urychleně přizpůsobit akutní nemocniční péči tak, aby lépe vyhovovala nárokům starších křehkých osob [2]. To souvisí s vyšší mírou komorbidit starších osob a přibývajícím počtem nevyhnutelných hospitalizací. Důsledkem toho dochází k přetížení systému zdravotní péče, a to zejména oblasti akutní péče. V péči o tyto nemocné je zdůrazňována naléhavá potřeba geriatrické péče [3]. Některé z výsledků studií vyplývajících z informací hospitalizovaných seniorů poukazují na výrazně omezenou možnost se rozhodovat. Pacienti hodnotí současný systém péče jako instituci moci, bez možnosti vyjádřit svoje preference. To je znepokojující fakt, neboť účast na rozhodování je spojována s vyšší spokojeností pacienta a lepšími výsledky péče [4].

Na základě dostupných publikací je zřejmé, že oblast péče o starší osoby je poměrně frekventovaným tématem. Převážná část článků se však věnuje problematice

křehkosti v kontextu vybraných chorob. K nejčastěji zmiňovaným onemocněním patří nemoci kardiovaskulárního systému, problematika chirurgických a ortopedických výkonů, nádorová onemocnění, nemoci krve, respirační choroby, poruchy metabolismu a infekční onemocnění. Na ty je pohlíženo z hlediska potencionálních rizik a komplikací (riziko chirurgického zákroku a anestezie, vedlejší účinky léků, pády, dekubity, inkontinence, poruchy spánku apod.). K dalším výzkumným tématům patří také etické otázky, jako je důstojnost a rozhodování a prevence rizik očkování. Některé ze studií zaměřují na komplexní geriatrickou péči a intervence, jako je oblast výživy, hydratace a rehabilitace.

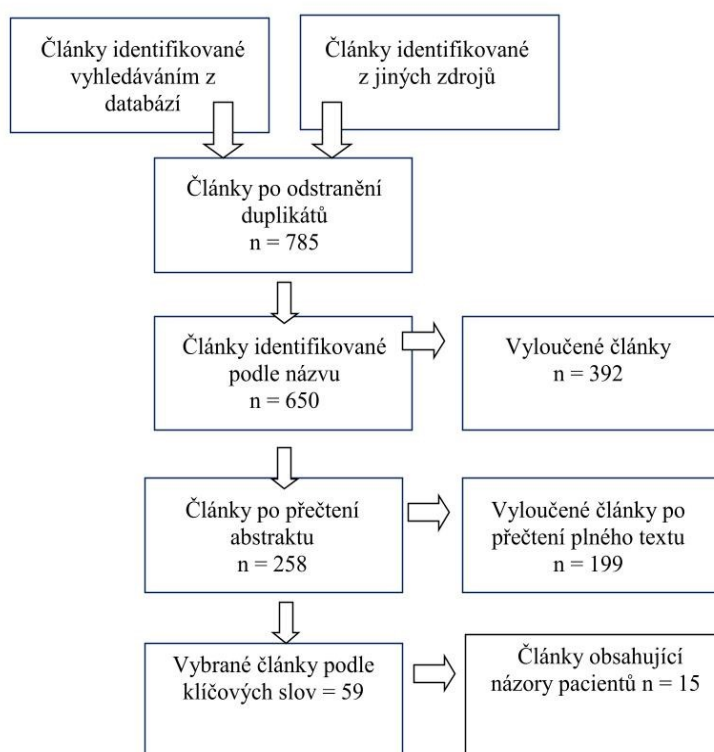
Z výše uvedeného vyplývá, že ačkoliv byly provedeny četné studie i jejich reviews zabývající se problematikou starších osob v nemocniční péči, byly hodnoceny spíše pohledem zdravotnických profesionálů či analýzou dat získaných z nemocničních databází a dokumentace pacientů. V kontextu toho, byla stanovena tato výzkumná otázka: *„Jaké jsou uspokojené a neuspokojené potřeby seniorů v nemocniční péči?“*. Bylo zjištěno, že i když existuje mnoho článků zabývajících se potřebami seniorů v nemocniční péči, byly hodnoceny více pohledem zdravotníků a členů rodiny, než pohledem starších osob. Je však třeba zdůraznit, že názory pacientů a jejich zkušenosti s pobytem v nemocniční péči jsou nejlepším zdrojem informací odrážející skutečnou praxi. Cílem tohoto hodnocení je proto prozkoumat potřeby a zkušenosti starších osob v nemocniční péči (self-reported), tedy tak jak je hodnotí oni sami.

## **Metody**

Vzhledem ke stanovené výzkumné otázce a překvapivému nedostatku takto zaměřených studií byl přehled literatury připraven v souladu s nástrojem PRISMA-P (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols) [5]. Výzkumná otázka byla definována pomocí PICO metody [6], tzn., že byly vyhledány studie týkající se otázky potřeb seniorů v nemocniční péči, kde bylo ověřováno hodnocení uspokojených a neuspokojených potřeb pohledem seniora. Pro vyhledávání literatury byly použity tyto databáze: Medline, Web of Science, ProQuest Central, Scopus, Cinahl, PsycINFO and Summon. S ohledem na to, že Summon umožňuje vyhledávání ze všech dostupných informačních zdrojů Národní lékařské knihovny, byla závěrem provedena komparace výsledků vyhledaných článků uvedených databází i z tohoto zdroje. Zde bylo navíc získáno dalších pět článků týkající se uvedené problematiky. Vyhledávání vylo uskutečněno v průběhu období květen až srpen roku

2019. Obrázek č. 1 ukazuje výsledky vyhledávání s celkem 837 vyhledaných článků a ypočty vybraných článků.

Obrázek č. 1 - Flow-chart-diagram



## Kritéria pro zařazení a vyloučení, omezení

Byly vyhledávány studie publikované za období posledních 10 let a za použití a kombinace těchto klíčových výrazů: „needs“, „unmet needs“, „older people“, „senior“, „elderly people“ (ve věku 65 nebo 65+), „acute health care“, „hospital care“, „quality of life“, „geriatric“ a jejich vzájemné kombinace za použití Booleovských operátorů. Tabulka č. 1 uvádí přesný řetězec vyhledávání. Zahrnuty byly pouze recenzované články v odborných časopisech v anglickém jazyce vztahující se k výzkumné otázce. Nejdříve byly vyřazeny duplicity a studie na základě posouzení názvu a abstraktu. Následně byla provedena analýza plného textu. Výběr článků byl zúžen na publikace týkající se potřeb seniorů, nejčastějších rizik, kvality a bezpečnosti poskytované péče v kontextu souvisejících etických dilemat (proces rozhodování a důstojnost). Ve finálním výběru článků byl zohledněn ten fakt, že nejlepším informátorem toho, co starší křehký pacient v nemocnici potřebuje a odráží aktuální praxi je právě on sám. Tabulka č. 2 uvádí kritéria vyhledávání. Vyřazeny byly studie týkající se pacientů s poskytováním paliativní péče, která je úzce specifická. Zároveň byly vyřazeny články, kde bylo již po přečtení názvu a abstraktu patrné, že s řešenou problematikou přímo nesouvisí.

Ačkoliv bylo k vyhledávání článků využito sedm databází, je zřejmé, že některé z publikací mohly být vynechány, včetně šedé literatury. Omezení výběru článků pouze v anglickém jazyce může znamenat, že výsledky vyhledávání reprezentují pouze některé státy.

**Tabulka č. 1 Vyhledávací řetězec**

Databáze	Kombinace klíčových slov	Identifikované záznamy
ProQuest Central	ab((needs)OR (unmet needs) AND ab((older people) OR (senior citizens) OR (elderly people)) AND ti((hospital care) OR (senior in hospital))	83
Medline	(needs of seniors[Title/Abstract]) OR aged[Title/Abstract]) AND hospital care[Title/Abstract]) OR in hospital [Title/Abstract]) AND disability[Title]) OR illness[Title]) NOT palliative care[Title/Abstract]	231
Web of Science	TS=(needs OR unmet needs) AND TS=(older people OR senior OR elderly people) AND TS=(hospital care OR acute health) AND TI=(quality of life)	186

CINAHL	AB ( (wishes or needs) AND AB ( (older adults or elderly or geriatric or geriatrics or aging or senior or seniors or older people or aged 65+) AND AB (hospital care or acute care)	32
Scopus	( TITLE ("senior") AND TITLE ( "needs" OR "unmet needs" OR "wish" ) AND TITLE ( in hospital OR hospital care))	124
Summon	((TitleCombined:(needs)) OR (TitleCombined:(unmet needs))) AND ((TitleCombined:(senior)) OR (TitleCombined:(older people))) AND (TitleCombined:(hospital care)	50
PsycInfo	TI (needs or support or requirement or care) AND TI(older adults or elderly or geriatric or geriatrics or aging or senior or seniors or older people or aged 65 or 65+ AND TI (hospital care or acute care or inpatient care)	131
Celkový počet záznamů		837

## Tabulka č. 2 – Kritéria vyhledávání

<i>Kritéria pro zařazení a vyloučení</i>	
<i>Kritéria pro zařazení</i>	<i>Kritéria pro vyloučení</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publikace v období 2009-2019</li> <li>- Anglický jazyk</li> <li>- Recenzované články</li> <li>- Klíčová slova: „needs“, „unmed needs“, „older people“, „senior“, „elderly people“ (aged 65 or 65+), „acute health care“, „hospital care“, „quality of life“, „geriatric“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duplikované články</li> <li>- Teoretické analýzy a hodnocení: integrative review, systematic review, scoping review</li> <li>- Paliativní péče</li> <li>- Pohledem osob zastupujících pacienta</li> <li>- Konference, zprávy, úvodníky, knihy a disertační práce</li> </ul>

## Analýza dat

Na základě výzkumné otázky, stanovených klíčových slov a definovaných kritérií výběru, bylo nalezeno po odstranění duplikátů celkem 785 studií. Následně byla zhodnocena relevance vyhledaných studií. V první fázi byl hodnocen název a abstrakt dokumentu s ohledem na relevanci textů z hlediska výzkumné otázky. Uplatňována při tom byla vyřazovací kritéria. Ve druhé fázi pak byl hodnocen plný text článků formou tématické analýzy. Obsahy článku byly následně rozděleny dle metody přístupu na

výzkumy kvantitativní a kvalitativní a dle respondentů. Ve finální výběru zůstaly články, kde je oblast potřeb hodnocena samotným pacientem. Vybrané publikace jsou uvedeny v přehledu tabulky č. 3, kde jsou členěny na tyto položky: autor, rok a země vydání publikace, cíl výzkumu, typ, studovaná populace, použitá metoda, hodnotící nástroj a výsledek výzkumu.

**Tabulka 3 - Vybrané publikace**

Autor/ rok/ země	Cíl	Typ výzkumu	Výzkumná skupiny	Metoda výzkumu	Téma
Bonetti et al. (2017) Itálie	Posoudit kvalitu nutriční péče a kvalitu stravy.	Kvalitativní	12 nemocnic na severu Itálie, pacienti ve věku nad 85 let	Polostrukturované rozhovory s pacienty	1. Kvalita nutriční péče 2. Kultura výživy a pomoc pacientům
Calnan et al. (2012) Velká Británie	Studie zkoumala zkušenosti starších lidí v akutní péči v kontextu zachování důstojnosti, organizačním, pracovním a kulturním faktorům, které důstojnost ovlivňují.	Kvalitativní	4 nemocnice s akutní péčí, pacienti ve věku nad 65 let	Rozhovory se strašícími lidmi nedávno propuštěných z nemocnice, pozorování	1. Kvalita péče o pacienty, hodnocení prostředí, komunikace, dostupnost informací a process rozhodování
Ekdahl et al. (2010) Švédsko	Prohloubit znalosti preferencí starších pacientů v účasti na lékařském rozhodování se během hospitalizace.	Kvalitativní	5 kvalitativních rozhovorů s křehkými staršími pacienty ve věku nad 75 let	Polostrukturované rozhovory s pacienty	1. Možnost pacientů se podílet na rozhodování a možnost vyjadřovat své potřeby a přání 2. Spolupráce mezi pacienty a personálem



Green et al. (2012) Velká Británie	Prezentovat výsledky výzkumného projektu zaměřeného na zkušenosti pacientů s režimem návštěv a osob navštěvujících pacienta.	Kvalitativní	Pacienti ve věku nad 50 let, 65% pacientů ve věku nad 70 let	Focus groups	1. Kvalita organizace návštěv-návštěvní hodiny, pravidla návštěv, komunikace se zaměstnanci
Hodge et al. (2012) Spojené státy americké	Prozkoumat úroveň poskytování duchovních potřeb a vnímání pacientů a jejich spokojenost v této oblasti.	Kvantitativní	4,112 pacientů ve věku nad 65 let propuštěných z nemocnice během období 12 měsíců	K testování hypotézy studie byla provedena sekunární analýza dat údajů o spokojenosti pacientů. Data byla získána od soukromé společnosti Press Ganey specializující se na měření spokojenosti pacientů	1. Duchovní potřeby pacientů 2. Spokojenost 3. Vstup do nemocnice-prostředí, návštěvy, soukromí
Kalfoss (2010) Norsko	Prozkoumat podmínky usnadňující dobrou kvalitu života starších hospitalizovaných osob.	Kvalitativní	Ve věku 60+	Focus group rozhovory	1. Kvalita života-zdraví, potřeby, mobilita, péče, psychická pohody, osobní kompetence
Kelley et al. (2011) Kanada	Posoudit prostředí pohotovostního oddělení a jeho dopad na péči o osoby ve věku 75+, pomocí koncepčního rámce vstřícného k seniorům, který zahrnoval fyzické prostředí, sociální klima, nemocniční politiky a postupy systému zdravotní péče.	Kvalitativní a kvantitativní	1 oddělení urgentního příjmu, pacienti ve věku 75+, zaměstnanci	Rozhovory se seniory a jejich zástupců oprávněných v procesu rozhodování, zaměstnanci mající kompetenci poskytovat informace, pozorování, průzkum zaměstnanců, administrativní údaje nemocnice	1. Organizace a kvalita poskytované péče o pacienty v rámci oddělení urgentního příjmu 2. Rozhodování 3. komunikace 4. Prostředí

Kluit et al. (2018) Holandsko	Získat vhléd o tom, jak bylo z pohledu pacienta rozhodováno v souvislosti s neplánovanou hospitalizací.	Kvalitativní	Pacienti ve věku 70+, jejich nejbližší příbuzní a praktičtí lékaři	Rozhovory - rozhodování o tom, zda pacienta přijmout k hospitalizaci	1. Rozhodování a plánování péče o pacienta
Koskenniemi et al. (2012) Finsko	Popsat zkušenosti starších pacientů a jejich blízkých s ohledem na úctu v péči o pacienta na akutních odděleních.	Kvalitativní	Pacienti ve věku 75+ v zařízeních akutní péče, se zlomeninami kyčle fractures	Otevřené rozhovory	1. Respekt v péči o pacienta – zdvořilost, trpělivost, podpora, poskytování informací 2. Pomoc se základními potřebami 3. Uznání starších osob ve společnosti 4. Ošetřovatelská kultura 5. Tok informací
Lambert et al. (2009) Velká Británie	Studie se zaměřuje na silné a slabé stránky ošetřovatelské péče pomocí dvou mezinárodně používaných nástrojů hodnocení.	Kvantitativní	Účastníci ve věku 65+ žijících v pečovatelských domovech nebo čekajících na propuštění z nemocnice, 5 nemocnic jihozápadního Wales	Nástroje EASY-Care a MDS-RAI, strukturované dotazníky	1. Kvalita ošetřovatelské péče 2. Uspokojování potřeb
Macmillan (2016) Velká Británie	Prozkoumat dopad propuštění pacienta z nemocnice a její možné důsledky (zdravotní, duševní).	Kvalitativní	1,300 lidí ve věku nad 65	Indukční kvalitativní výzkum, rozhovory s cílovými skupinami	1. Proces přípravy pacientů na propuštění 2. Plánování péče 3. Poskytování informací

McLiesh et al. (2009) Velká Británie	Tento projekt se zaměřuje na zvládnutí bolesti, zejména pohledem starších osob majících komunikační obtíže.	Kvantitativní	Starší lidé ve věku 68–96	Abbey Pain Scale – škála k hodnocení bolesti, porovnání praxe se standardy péče, audit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zaměření se na starší pacienty s omezenou schopností komunikace a možnost vyjádřit své potřeby oblasti bolesti a její léčby</li> <li>2. Hodnocení bolesti a přijatá opatření</li> <li>3. reakce na hodnocení bolesti</li> <li>4. Komunikace</li> <li>5. Dokumentace, analgetická léčba</li> </ol>
Meide et al. (2014) Holandsko	Zhodnotit etický aspekt péče v souvislosti se zkušenostmi hospitalizovaných starších pacientů.	Kvalitativní	Pacienti ve věku aged 75+ v čase od přijetí do propuštění	Pozorování	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rozhodování</li> <li>2. Bezpečí</li> <li>3. Komunikace</li> <li>4. Účast na péči</li> </ol>
Munch et al. (2016) Dánsko	Prozkoumat, jak starší pacienti vnímají obtíže se zácpou a strategie léčby a její porovnání před a během hospitalizace.	Kvalitativní	Pacienti ve věku 61–91 v průběhu hospitalizace	Polostrukturované rozhovory; data byla analyzována pomocí obsahové analýzy, průměrná doba rozhovoru činila 17 minut (v rozmezí 6–45 minut); rozhovory byly zaznamenány a přepsány doslovně	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obtíže s vyprazdňováním střev – rovnováha mezi zácpou a průjmem</li> </ol>
Tauber-Gilmore et al. (2017) Velká Británie	Podat zprávu o zjištěních provedených formou rozhovorů v rámci studie na podporu důstojné péče o starší lidi v nemocniční péči. Důstojnost a priority pacientů a zaměstnanců.	Kvalitativní	13 pacientů ve věku 65+ a 38 zdravotnických pracovníků	Údaje získané z rozhovorů, jejich podrobný přepis a provedená obsahová tématická analýza	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Důstojnost a její dopad na péči o pacienta</li> <li>2. Chování zaměstnanců</li> <li>3. Zásady důstojnosti</li> </ol>

## Výsledky

Bylo analyzováno celkem 15 článků. Z finálního počtu článků hodnocených ze zkušenosti pacienta (n = 15) byly použity jak kvalitativní (n = 12), tak kvantitativní výzkumy (n = 2) nebo jejich kombinace (n = 1). K nejvíce používaným metodám patřil

rozhovor (n = 9), v jednom případě v kombinaci se sledováním. Další metodou byly focus groups (n = 3) a dotazníkové šetření (n = 3). Jedna studie, která posuzovala pacienty s nemožností komunikace, využila kombinaci metod testování a porovnání kvality poskytované péče srovnáním praxe a stanovených standardů péče a jejich kritickým porovnáním. Nejčastěji uváděnými cíli (oblastmi) bylo prozkoumat potřeby nemocného (n = 7), důstojnost (n = 4), výživu (n = 1), bolest (n = 1), respekt – jednání, naslouchání, trpělivost, potřeba pomoci (n = 1), spokojenost – jistota, osamělost, omezení (n = 1), přístup na akutním příjmu Emergency (n = 1). Z tématické analýzy vyplynulo sedm hlavních témat: přístup a péče na akutních odděleních, důstojnost, nutriční péče, uspokojování potřeb pacientů, bolest, respekt a rozhodování, duchovní potřeby (tabulka č. 4).

**Tabulka č. 4 – Analyzovaná témata**

<i>Analyzovaná témata</i>	<i>Tématické oblasti</i>	<i>Podtémata</i>
Přístup a péče na akutních odděleních	Posouzení potřeb a nemocničního prostředí	Přístup k pacientům Očekávání Komunikace Jídlo a pití
Důstojnost	Vnímání potřeb a prostředí z pohledu pacientů, rodiny a zdravotnických pracovníků	Chápání důstojnosti Porozumění Zkušenosti Jednání a komunikace Organizační kultura
Nutriční péče	Kvalita stravování a nutriční péče	Kvalita jídla Servis a podávání stravy Chutnost a kvalita stravy
Uspokojování potřeb pacientů	Uspokojování potřeb v jednotlivých oblastech	Proces přijetí Rozhodování Kvalita péče a spokojenost s léčbou Psychická podpora Bolest Komunikace Výživa a hydratace Spánek Péče o kůži Sebepéče a sebepojetí Problematika zácpy Vnímání rizik Kvalita života
Bolest	Léčba bolesti u pacientů se sníženou schopností komunikace	Hodnocení bolesti Zvládání bolesti – opatření Aktivity zdravotníků

		Dokumentace Komunikace
Respekt a rozhodování	Komunikace a možnost se zapojit do procesu rozhodování	Jednání Rozhodování Naslouchání Trpělivost Potřeba pomoci
Duchovní potřeby	Respekt k víře a identifikace duchovních potřeb	Celková spokojenost v jednotlivých oblastech péče – osamělost, nejistota

## **Témata**

### Péče na akutních odděleních

Prostředí akutní ambulance bylo hodnoceno ze strany seniorů jako chaotické, hlučné a přeplněné s nemožností se zde dobře pohybovat a orientovat se. Nebyl zde odpovídající nábytek a vybavení uzpůsobené věku starších osob, což způsobovalo bariéru v pohybu, diskomfort a nedostatek soukromí. Celkově senioři vyjadřovali nespokojenost jak v oblasti fyzických, tak emocionálních a sociálních potřeb. Narušena byla zejména potřeba spánku, jídla a hydratace, oblast hygieny a mobilita pacienta. Dle názoru dotazovaných byl personál velmi zaneprázdněný a nemohl se pacientům dostatečně věnovat. Nemocným se nedostávalo dostatek potřebných informací. Výsledkem toho, byl strach a obava z nejistoty. Pacienti zdůrazňovali potřebu porozumění, trpělivosti a srozumitelnější komunikaci. Z jejich pohledu bylo těžké rozpoznat jednotlivé pracovní pozice a kompetence zdravotníků. Ve stejné studii vyjádřili toto stanovisko také zdravotníci, kde navíc zdůrazňovali potřebu vzdělávání a odborné přípravy v poskytování péče o tyto nemocné. Pozitivně byla hodnocena péče o bolest a její zajištění [7].

### Důstojnost

Zdravotníci i pacienti se shodují na tom, že pojem důstojnosti je obtížně definovatelný, ale ve významu – důležitosti pojmu se ztotožňují. Senioři se domnívají, že v nemocnici je těžké udržovat soukromí a důstojnost. Za negativní označili ztrátu kontroly nad sebou, bezmocnost, ponížení, izolaci a pocit ignorace. Postrádají citlivý a empatický přístup. Zároveň však vyjadřují, že většinou byla důstojnost v péči o ně respektována. Zdravotníci vnímají oblast důstojné péče za důležitou, nemají však potřebné vzdělání a praktický výcvik. Závěry výzkumu potvrzují, že péče o starší osoby je rutinně zaměřena na aspekty péče s orientací spíše na práci a splnění úkolu, než na člověka samotného [8, 9].

### Nutriční péče

Pacienti byli celkově s jídlem spokojeni. Za negativními aspekty označili problémy s chutí, špatnou prezentaci jídla a vynechání jídla z důvodu vyšetření. Tito pacienti však zpravidla uvedli, že jídlo dostali později. Je třeba dále poznamenat, že pacienti zaznamenali nedostatek personálu během stravování, což jim zkomplikovalo možnost osobní pomoci při jídle. Komplexně převažovala špatná stravovací kultura a organizace práce. Zdůrazněn byl požadavek osobní pomoci při jídle a zlepšení oblasti stravování jako prevence podvýživy starších osob [10].

### Základní potřeby nemocného

Pacienti za nejdůležitější považují zdraví, pocit pohody a uspokojení základních potřeb [11]. V této oblasti negativně vnímají minimální snahu personálu rozpoznat problém, špatnou komunikaci a nedostatek informací. Nemocní zdůrazňovali potřebu větší trpělivosti a více času ze strany personálu, která se jim nedostávala. Poměrně dobře byla hodnocena oblast výživy. U nemocných byl častý pocit omezení, osamělosti, neúcta a nedostatek psychologické podpory. Deficit péče byl zaznamenán v oblasti rozhodování, spánku, každodenních aktivitách a sociální podpoře [12].

Další negativně vnímanou oblastí bylo vyprazdňování nemocného. Ačkoliv jsou tyto poruchy ve vyšším věku běžné, je však třeba zdůraznit že významně zasahují do celkové pohody nemocného. Výzkumy zdůrazňují, že je nutné tuto oblast průběžně hodnotit a optimálně řešit [13].

Jedna ze studií poukazovala na to, že návštěvy (a lepší návštěvní podmínky) jsou pro nemocné důležité a přinášejí jim pocit pohody [14].

### Bolest

Management bolesti byl v mnoha případech nedostatečný, zejména u pacientů se sníženou schopností komunikace. U pacientů s možností se dobře vyjadřovat a komunikovat je bolest zvládnuta poměrně dobře. Výsledky ukázaly, že je třeba zvýšit povědomí o obtížích při posuzování bolesti a léčbě starších osob, kteří nedokážou verbálně sdělit své potřeby. Bolest byla dokumentována a hodnocena, avšak ve většině případů (93%) záznam obsahoval pouze obecný popis a hodnocení nebylo prováděno systematicky. Negativním aspektem bylo, že 62% dotazovaných nemělo analgezií aplikovanou před bolestivými zákroky nebo mobilizací. Pouze v 33% byla bolest přehodnocena po aplikaci analgetik [15].

### Respekt a rozhodování

Potřeba pomoci, a to i bez toho, aby o ni pacient musel požádat, byla považována za důležitou prioritu nemocných. Ze studie je zřejmé, že je úcta v péči o nemocné spojena s pozitivní emocionální interakcí mezi personálem a pacientem. Pacienti vyjadřovali obavu, strach až paniku z budoucnosti. Upozorňovali, že by si personál měl těchto reakcí všimnout a negativní pocity pomoci rozptýlit. Pacienti zdůrazňovali potřebu informací a citlivý a individuální přístup. Ve výzkumech této oblasti byl pacient mnohdy považován za pasivnějšího příjemce péče, který se buď neumí, nebo nemůže sám rozhodovat. Lze uvést některé důvody. Kombinace nečekané hospitalizace, vážné operace, bolesti a některé léky samozřejmě tyto schopnosti nefacilitují. Celkově starší osoby hodnotily prostředí nemocnice za chaotické a nepružné s nezaujatým postojem zdravotníků při udržování respektu. Byla zdůrazňována ta skutečnost, že kromě profesních znalostí a dovedností, jsou důležité zejména osobnostní vlastnosti profesionálů, jejich hodnoty a vztah k pacientům, které jsou předpokladem schopnosti pochopit a reagovat na potřeby starších pacientů [16-18].

Podle Macmillan [19] měli starší lidé pocit, že nejsou připraveni na propuštění z nemocnice, neboť se na tomto procesu nijak nepodíleli a neměli dostatek potřebných informací. Dále jim chyběli základní služby a podpora v následné péči.

#### Péče o duchovní potřeby

Saturace duchovních potřeb je ze strany nemocných vnímána jako důležitý aspekt péče, který přispívá k celkové spokojenosti pacienta i v dalších oblastech a kvality poskytovaných služeb. Duchovní potřeby klientů jsou však často přehlíženy. Zdravotníci sice respektují víru a duchovní potřeby člověka, ale postrádají potřebné dovednosti jak tyto potřeby adekvátně uspokojit [11,20].

#### **Diskuse**

Tato scoping review se zaměřila na potřeby starších pacientů v nemocniční péči. Výsledky a závěry vyhledaných studií odhalily nutnost změny poskytované péče a zlepšení odborné přípravy a vzdělávání zdravotníků. Některé ze studií navrhovaly vhodné strategie a doporučení jak přizpůsobit nemocniční prostředí, tak aby lépe vyhovovalo potřebám starších osob.

Závěry některých autorů jsou stejné jako v této studii. Například Heckman, Molnar and Lee [3] se domnívají, že systém zdravotní péče o seniory vyžaduje okamžitou transformaci a navrhuje, aby v této souvislosti měla důležitou roli geriatrická medicína. Autoři zdůrazňují, že musí být okamžitě zahájena diskuze se všemi

zúčastněnými stranami, zejména se zástupci ministerstva zdravotnictví, geriatry a asociacemi seniorů. Rovněž požadují změny ve vzdělávání zdravotnických pracovníků a zdůrazňují potřebu v dostatečném počtu geriatrů [3].

Edvardsson a Nay [2] rovněž poukazují na to, že prostředí akutní nemocniční péče nesplňuje požadavky v péči o starší osoby a významě zvyšuje riziko komplikací. Záměrem autorů není kritizovat zdravotníky, ale pokusit se tuto péči zlepšit a změnit prostředí nemocnic [2].

Výsledky tohoto výzkumu prokázaly, že starší hospitalizovaní pacienti jsou ochotni a schopni vyjadřovat své potřeby a přání. Jak však uvádějí Ekdal, Andersson a Friedrichsen [4] nejsou jejich názory dostatečně zohledňovány. Závěry jejich studie naznačují, že názory pacientů nejsou nejenom vyslyšeny, ale navíc se pacientům nedostává dostatek informací v podobě, které porozumí [4].

Na základě dostupných informací je zřejmé, že existuje řada studií zabývajících se potřebami pacientů v nemocniční péči. Nicméně naprostá většina těchto prací vychází zejména z obecných poznatků a teoretických východisek a jen ojediněle prezentují názor a pocity pacientů. Možnost pacientů jakéhokoli věku či vulnerability vyjádřit své potřeby a očekávání je v péči o tyto nemocné zcel zásadní. V literatuře je tedy v tomto ohledu zjevná mezera a jedno ze zanedbávaných témat.

### **Aplikace**

Zjištění této studie mohou přispět ke zlepšení péče o starší pacienty. Z výsledků je zřejmé, že názory a zkušenosti pacientů jsou cenným informačním zdrojem a měly by být motivací a podnětem v úsilí o optimalizaci péče. To by mělo být impulzem ve snaze o realizaci dalších výzkumů.

### **Závěr**

Předložený výzkum poukázal na sedm témat, které poskytují podklady o škále potřeb nemocných, ale také o oblastech, kterým není věnována dostatečná pozornost. Podle uvedených informací mezi často opomíjené potřeby patří i základní fyziologické požadavky péče, jako je potřeba hygieny či vyprazdňování. Málo pozornosti je věnováno smysluplné náplni dne a participaci nemocných, možnosti zapojení se do péče, seberealizaci či duchovním potřebám.

Je třeba dalších výzkumů, které by nejen doplnily chybějící informace, ale především předložily aktuální důkazy o kvalitě poskytované péče těchto osob v oblasti akutní péče. Budoucí výzkum by zároveň mohl přispět ke zlepšení národních strategií a



zlepšení zdravotní péče starších křehkých osob. Zajímavé by bylo porovnat názory a zkušenosti mezi pacienty, jejich pečovateli a příbuznými.

#### **Financování**

Tuto studii podpořila Grantová agentura Univerzity Karlovy, projekt číslo 760219. Nedochozí zde ke střetu zájmů u žádného z uvedených autorů.

#### **Etický aspekt**

Uvedená studie respektuje a dodržuje etické standardy a normy. Souhlas etické komise a informovaný souhlas nebyl s ohledem na publikované téma proveden.

#### **Informovaný souhlas**

S ohledem na to, že se jedná o scoping review nebyl použit.

## **Použitá literatura:**

1. Nicholson C, Morrow EM, Hicks A, Fitzpatrick J (2017) Supportive care for older people with frailty in hospital: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 66:60–71. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.015>
2. Edvardsson D, Nay R (2010) Acute care and older people: challenges and ways forward. *Australian Journal of Advanced Nursing* 27:63–69.
3. Heckman GA, Molnar FJ, Lee L (2013) Geriatric Medicine Leadership of Healthcare Transformation: To Be or Not To Be? *Canadian Geriatrics Journal* 16:192–195. <https://doi.org/10.5770/cgj.16.89>
4. Ekdahl A, Anderson L, Friedrichsen M (2010) They do what they think is the best for me: Frail elderly patients' preference for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counselling* 80:233–240. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.026>
5. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med* 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
6. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart L, PRISMA-P Group (2015) Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation 2015:349:g7647. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
7. Kelley ML, Parke B, Jokinen N, Stones M, Renaud D (2011) Senior-friendly emergency department care: an environmental assessment. *Journal of Health Services Research and Policy* 16:6–12. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.009132>
8. Tauber-Gilmore M, Addis G, Zahran Z, Black S, Baillie L, Procter S, Norton C (2017) The views of older people and health professionals about dignity in acute hospital care. *Journal of Clinical Nursing* 27:223–234. <https://doi.org/10.1111/jocn.13877>
9. Calnan M, Tadd W, Calnan S, Hillman A, Read S, Bayer A (2013) “I often worry about the older person being in that system”: exploring the key influences on the provision of dignified care for older people in acute hospitals. *Ageing and Society* 33:465–485. <https://doi.org/10.1017/s0144686x12000025>
10. Bonetti L, Terzoni S, Lusignani M, Negri M, Frolidi M, Destrebecq A (2017) Prevalence of malnutrition among older people in medical and surgical wards in hospital and quality of nutritional care: A multicenter, cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing* 26:5082–5092. <https://doi.org/10.1111/jocn.14051>
11. Kalfoss M. (2010) Quality of life among Norwegian older adults: focus group results. *Gerontological Nursing* 3:100–112. <https://doi.org/10.3928/19404921-20091207-99>

12. Lambert S, Cheung WY, Davies S, Gardner L, Thomas V (2009) Comparison of two tools developed to assess the needs of older people with complex care needs. *Journal of Research in Nursing* 14:421–436. <https://doi.org/10.1177/1744987108096972>
13. Munch L, Tvistholm N, Trosborg I, Konradsen H (2016). Living with constipation – older people’s experiences and strategies with constipation before and during hospitalization. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 11:1–8. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30732>
14. Green B, Raymond G, Peardon J, Fox D, Hawkes B, Cornes M (2012) “Not just grapes and flowers”: older people’s perspectives on the role and importance of hospital visiting. *Quality in Ageing and Older Adults* 13:82–88. <https://doi.org/10.1108/14717791211231166>
15. McLiesh P, Mungall D, Wiechula R (2009) Are we providing the best possible pain management for our elderly patients in the acute-care setting? *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 7:173–180. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2009.00138.x>
16. Koskenniemi J, Leino-Kilpi H, Suhonen R (2012) Respect in the care of older patients in acute hospitals. *Nursing Ethics* 20:5–17. <https://doi.org/10.1177/0969733012454449>
17. Kluit MJ, Dijkstra GJ, Rooij SE (2018) The decision-making process for unplanned admission to hospital unveiled in hospitalised older adults: A qualitative study. *BMC Geriatrics* 18:318. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-1013-y>
18. Meide H, Olthuis G, Leget C (2014) Feeling an outsider left in uncertainty – a phenomenological study on the experiences of older hospital patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29(3), 528–536. <https://doi.org/10.1111/scs.12187>
19. Macmillan TH (2016) Hospital discharge: lost opportunities to promote or maintain older people’s mental health. *Quality in Ageing and Older Adults* 17:189–197. <https://doi.org/10.1108/qaoa-06-2015-0029>
20. Hodge DR, Wolosin RJ (2012) Addressing Older Adults’ Spiritual Needs in Health Care Settings: An Analysis of Inpatient Hospital Satisfaction Data. *Journal of Social Service Research* 38:187–198. <https://doi.org/10.1080/01488376.2011.640242>

## **Péče o seniory v nemocniční péči pohledem zdravotníků: scoping review**

**H. Bláhová, A. Bártová, V. Dostálová, I. Holmerová**

(Bude publikováno)

### **Abstrakt**

**Úvod a cíl:** Interpersonální vztahy, týmová spolupráce, komunikace a organizace práce hrají v uspokojování potřeb pacientů hlavní roli. Cílem tohoto přehledu bylo poskytnout základní informace a poznatky, týkajících se oblasti kvality poskytované péče seniorů v nemocniční péči z pohledu a zkušeností zdravotníků.

**Metody:** Pro vyhledávání literatury byly použity tyto databáze: Medline, Web of Science, ProQuest Central, Scopus, Cinahl, PsycINFO and Summon. Byly použity články publikované v letech 2009-2019.

**Výsledky:** Bylo vyhledáno celkem 7 článků. Z výsledků je zřejmé, že ve snaze vyhovět všem požadavkům akutní péče jsou opomíjeny některé ze základních potřeb a přání pacienta. Ohrožena je důstojnost a autonomie člověka.

**Závěr:** Z provedené scoping review vyplývá, že péče o seniory v nemocnicích nezohledňuje jejich specifické potřeby a nevychází jim dostatečně vstříc.

**Klíčová slova:** starší člověk, kvalita péče, potřeby akutní nemocniční péče

## 1. Úvod do problematiky

Na problematiku kvality péče a uspokojování potřeb nemocných ve vyšším věku poukazuje řada autorů. Cílem jednotlivých prací je zpravidla upozornit na úskalí a případné nedostatky v péči o tyto nemocné [1, 2, 3]. Posuzovány jsou především dva faktory, věk a křehkost pacienta. Výsledná zjištění a modely péče získané z literatury a výzkumů, tak mohou přispět k vytvoření vhodné strategie a alokaci zdrojů vedoucích ke zlepšení zdravotní péče o starší osoby [1, 2, 3]. Jak upozorňují někteří autoři, kvalita péče o seniory, je daleko širším pojmem než mohou ukázat kvantitativní výstupy jako například morbidita a mortalita [4, 5, 6]

V péči o seniory je zdůrazňována nejen kvalita zdravotní péče a její dostupnost, ale i další aspekty života, jako jsou hodnoty, víra, důstojnost a autonomie člověka. Důležitý je celostní a laskavý přístup pečujících osob, dále také podpora rodiny a jiných blízkých [7, 8].

S ohledem na heterogenní strukturu této populace, je nezbytně nutné péči o seniory přizpůsobit jejich funkčním schopnostem a potřebám také podle míry jejich závislosti, tedy zda se jedná o seniory soběstačné, nesoběstačné a zcela závislé. Dále je třeba zdůraznit, že současní senioři nejsou jen pasivními příjemci péče, ale chtějí se sami rozhodovat a prosazovat své vlastní zájmy. Je tedy třeba respektovat přání a vůli pacienta [9, 10, 11].

Z provedených rešerší literatury a z klinických zkušeností je navíc zřejmé, že hospitalizace starších osob vede k řadě komplikací. Ty významně ovlivňují kvalitu péče a bezpečí pacientů včetně negativních důsledků léčby či úmrtí pacientů. Komplexnost stavu geriatrických pacientů (tedy pacientů se zpravidla vysokým rizikem nedobré prognózy a komplikací) charakterizují tzv. „*geriatrické syndromy*“ [12]. Mezi nejčastější patří poruchy kognitivních funkcí a vědomí, funkční pokles, získaná inkontinence, pády a poranění. Riziko jednotlivých stavů a jejich komplikací je mnohdy vzájemně provázáno. Například na zhoršení kognitivních funkcí se podílejí pády, funkční pokles, bolest a inkontinence. Poruchy mobility bývají rizikovým faktorem pro delirium, pády, funkční pokles, poranění a inkontinenci [13]. Zhoršení funkčního stavu v průběhu hospitalizace je spojováno s deliriem, kognitivní poruchou, inkontinencí a poraněním [13].

### 1.1 Výzkumy problematiky potřeb starších pacientů

Z výše uvedeného a z dostupných dat literatury je zřejmé, že v současnosti se problematice péče o seniory věnuje stále více pozornosti [1]. Důvodů je několik. Jedním

z nich je ten fakt, že s rostoucím počtem starších osob v populaci se zároveň zvyšuje i počet těchto chronicky nemocných ve zdravotnických zařízeních s potřebami akutní pomoci [6]. Systém zdravotní péče v těchto typech zařízení není však pro nemocné vyššího věku optimální a není schopen reagovat na specifické potřeby seniorů [3]. Například Patteson et al. [14] ve své studii uvádí, že křehké starší osoby v nemocnici mají ve srovnání s ostatními skupinami pacientů suboptimální péči. Také zde upozorňuje na to, že jsou v péči o starší lidi podhodnocovány jejich schopnosti a dovednosti [14].

Předložená scoping review vycházela z této výzkumné otázky: **„Jaké jsou aspekty péče o seniory v nemocničním prostředí z pohledu zdravotníků?** Cílem této studie je poskytnout a identifikovat základní přehled péče a uspokojování potřeb seniorů v nemocniční péči.

## **2. Použité metody**

Tato studie navazuje na studii, ve které jsme se zabývali problematikou uspokojování potřeb starších osob v nemocniční péči pohledem pacientů [15].

Pro potřebu této scoping review a v kontextu řešené výzkumné otázky a nedostatku takto zaměřených studií byl přehled literatury připraven v souladu s nástrojem PRISMA-P (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols) [16]. Výzkumná otázka byla definována pomocí PICO [17] (participants, interventions, comparators, and outcomes) metody, tzn., že byly vyhledány studie zaměřené na potřeby seniorů v nemocniční péči, kde bylo ověřováno hodnocení problematiky a uspokojování potřeb pohledem zdravotníků. Pro vyhledávání literatury byly použity tyto databáze: Medline, Web of Science, ProQuest Central, Scopus, Cinahl, PsycINFO and Summon. S ohledem na to, že vyhledávač Summon umožňuje vyhledávání ze všech dostupných informačních zdrojů Národní lékařské knihovny, byla závěrem provedena komparace výsledků vyhledaných článků uvedených databází i z této databáze. Zde byly navíc získány další dva články týkající se uvedené problematiky. Vyhledávání vylo uskutečněno v průběhu období květen až srpen roku 2019.

### **2.1 Kritéria pro zařazení a vyloučení článků, omezení**

Byly vyhledávány studie publikované za období posledních 10 let a za použití a kombinace uvedených klíčových výrazů a jejich vzájemné kombinace za použití Booleovských operátorů. Zahrnuty byly pouze recenzované články v odborných časopisech v anglickém jazyce vztahující se k výzkumné otázce. Byly vyřazeny

duplicity a studie, ze kterých bylo již z názvu a abstraktu patrné, že se nezabývají péčí o seniory v nemocniční péči. Následně byla provedena analýza plného textu. Výběr článků byl zúžen na publikace týkající se kvality péče a uspokojování potřeb seniorů pohledem zdravotníků. Kritéria vyhledávání jsou podrobně uvedena v tabulce č. 1. Ačkoliv bylo k vyhledávání článků využito 7 databází, je zřejmé, že některé z publikací mohly být vynechány, včetně šedé literatury. Omezení výběru článků pouze v anglickém jazyce může znamenat, že výsledky vyhledávání reprezentují jen některé státy.

## **2. 2 Analyzovaná data**

Na základě výzkumné otázky a cíle studie, stanovených klíčových slov a specifikace kritérií výběru (pro zařazení a vyloučení publikací), bylo nalezeno po odstranění duplikátů celkem 785 studií. K analýze dat ze získaných článků, byla použita induktivní tematická analýza. Získaná data byla podle významu a obsahu postupně kódována a následně opět seskupena a členěna do jednotlivých tematických kategorií. Rozhodnutí a interpretace výsledků byla všemi autory průběžně diskutována. Použitá syntéza cíleně směřovala k získání informací mapujících nezbytně nutné intervence zlepšujících péči o tyto pacienty. Obsahy článku byly následně rozděleny dle metody přístupu na výzkumy kvantitativní a kvalitativní. Ve finální výběru zůstaly články, kde je oblast potřeb hodnocena zdravotníky.

## **3. Výsledky**

Do závěrečné syntézy bylo zahrnuto celkem 59 článků, které se zabývaly péčí o seniory v nemocniční péči, avšak většina publikací se věnovala uvedené problematice pouze na teoretické úrovni ( $n = 37$ ). Z celkového počtu zahrnutých článků, bylo nalezeno poměrně méně článků ( $n = 7$ ), kde byla oblast potřeb a péče o seniory hodnocena zdravotníky (dva v kombinaci s pacienty). Obrázek č. 1 ukazuje výsledky vyhledávání z celkem 837 dohledaných článků. V tabulce č. 2 jsou uvedeny vybrané publikace a jejich základní charakteristika.

Pro účely této scoping review bylo vycházeno z článků publikujících zkušenosti a dovednosti zdravotníků. Důvodem je fakt, že pohled zdravotníků je v péči o seniory hned vedle názoru pacientů neméně důležitým informačním zdrojem. Ten může mít vliv na kvalitu poskytované péče. Navíc některé z faktorů mohou péči o seniory ovlivnit negativním způsobem, jako jsou například nevyhovující pracovní podmínky, malá podpora managementu nemocnic, nevhodné vybavení, chybějící vzdělání zdravotníků a nedostatek času v péči o tyto nemocné.

Z finálního počtu vybraných publikací byly použity jak kvalitativní (n = 4), tak kvantitativní výzkumy (n = 2) nebo jejich kombinace (n = 1). Nejčastěji používanou výzkumnou metodou bylo dotazníkové šetření (n = 4), dále rozhovory (n = 3), přičemž jeden z rozhovorů byl doplněn také pozorováním. Použita byla také případová studie (n = 1). Prezentované výzkumy byly prováděny na odděleních akutní péče (n = 5) nebo na odděleních urgentního příjmu (n = 2). Nejčastěji uváděnými cíli bylo ověřit či zjistit úroveň kvality poskytovaných služeb, řízení a systém organizace péče o starší lidi. Následně také zmapovat postoje, hodnoty a předsudky zdravotníků včetně jejich chování a zkušeností. Některé studie se zabývaly vyhodnocením managementu bolesti a znalostí pracovníků o této problematice. Dále bylo zjišťováno sociální a kulturní klima či to, zda je vybavení pracovišť vhodné pro pobyt seniorů. Jednou z hodnocených oblastí byla důstojnost. Z výzkumných šetření bylo identifikováno několik různých témat týkajících se úrovně kvality poskytované péče. Přehled je uveden níže v tabulce č. 3.

#### **4. Diskuse**

Bylo nalezeno celkem 7 článků, prezentujících data, kde se zdravotníci se vyjadřují ke specifikům péče o tuto skupinu nemocných a uvádějí případné obtíže, postoje a názory, ale také například vlastní potřeby a pracovní podmínky. Z tematické syntézy dostupných studií vyplynulo celkem 8 celků.

Z analýzy získaných dat vyplynulo, že ačkoliv existuje mnoho studií zabývajících se problematikou seniorů, jsou zpracovávány více z pohledu teorie a jen ojediněle vycházejí z praktických znalostí v péči o tyto vulnerabilní pacienty. Většina studií je zaměřena zcela obecně, některé se zabývají kvalitou péče o nemocné v nemocničních zařízeních. Právě zkušenosti a praktické dovednosti pečujících, mohou být důležitým informačním zdrojem a podnětem tuto péči zlepšit a přizpůsobit potřebám seniorů. V tomto ohledu mohou být podstatné i případné překážky na straně pečujících.

#### **Kvalita péče, řízení rizik a bezpečí**

Zdravotníci se shodují na tom, že jednou z hlavních priorit péče o seniory by měl být požadavek zajištění bezpečné péče. Uvědomují si, že pacienti vyššího věku jsou jednou z nejzranitelnější skupin pacientů. Jsou si vědomi také toho, že na vyšší četnosti rizik u seniorů se podílí věk a křehkost pacienta. To se projevuje zejména ve fyzické a psychické kondici seniorů. Zkušenost zdravotníků je taková, že syndrom frailty je spojen s vyšší mírou vzniku pádů a jiných poranění, dalších nemocí a stresových podnětů (osamělost, změna situace). Zhoršuje se také soběstačnost pacientů [3].



Všichni zaměstnanci zaznamenali vysoké nároky akutní ošetrovatelské péče o starší osoby (složitost potřeb akutní péče v kombinaci v požadavky na osobní a psychologickou péči). Je zřejmé, že starší lidé jsou stále více závislí na pomoci ošetrovatelského personálu. Většina sester vyjádřila pocity viny a frustraci nad tím, že nejsou schopni poskytnout dobrou péči [18].

Zaměstnanci pociťují, že pro práci se staršími lidmi nejsou dostatečně kvalifikovaní. Navíc charakter práce na odděleních akutní péče mnohdy vede k tomu, že musí v péči o seniory dělat kompromisy v tom, jakou péči upřednostní (např. zda jídlo nebo hygienu) [18]. K dalším komplikacím v péči o tyto nemocné patří změny psychického a kognitivního stavu a vědomí pacienta, či změněné chování, jako je dezorientace, eventuálně i agresivita a sebepoškozování. Taktéž komunikace je v tomto ohledu velmi náročná, neboť pacienti pokynům často nerozumí, zapomínají a navíc mají zhoršené funkce smyslového vnímání. Zaměstnanci všech úrovní označili bezpečnost pacienta jako prvořadý úkol v péči o tyto nemocné [3].

### **Bolest**

Z výzkumu této oblasti je zřejmé, že zdravotníci jsou si vědomi toho, že staří lidé vnímají bolest jako přirozenou součást stáří a často na přítomnou bolest nepoukazují. Zároveň zdůrazňují, že je tedy potřeba zvýšené pozornosti a projevy bolesti průběžně sledovat [19]. Šetření prokázalo dobré výsledky týkající se dovedností zdravotníků v oblasti hodnocení bolesti, kdy většina respondentů (96%) odpověděla správně. Nedostatek znalostí se však projevilo především v oblasti aplikace opioidů (užívání, závislost) a to ve znalostech vedlejších účinků, způsobů aplikace a doby působení. Potvrdilo se, že pouze 25% respondentů absolvovalo za poslední dva roky vzdělávání či školení na problematiku bolesti. Personál také uvedl, že jej u pacientů znepokojují vedlejší účinky léků [19].

### **Problematika etiky**

Důstojnost, úcta ke stáří, trpělivost a zachování intimity pacienta bylo často zkoumanou a hodnocenou oblastí. Zdravotníci jsou si vědomi toho, že existují předsudky ke starším lidem, což má vliv na kvalitu poskytované péče. Byly prokázány negativní postoje a upřednostňování mladších pacientů [20]. Zdravotníci vyjadřovali obavy z nedůstojné péče a rozdíly v chápání pojmu důstojnosti mezi zdravotníky a pacienty. Většina dotazovaných byla toho názoru, že je nutné k seniorům přistupovat citlivě a ohleduplně [18]. Převažoval názor, že oblast důstojné péče a její zachování by měla být prioritou. K tomuto je však potřeba cílené vzdělávání a praktický výcvik,

protože právě sestry jsou ty, které mají nejdůležitější roli při uplatňování důstojné péče starším lidem v nemocnicích [21]. Diskutována byla také soucitná péče, porozumění, zdvořilost a respekt člověka. Důležitá je pozitivní komunikace, partnerství, spolupráce a možnost seberozhodování. Bylo prokázáno, že vzdělávání a kvalifikace zaměstnanců posiluje důvěru starších osob v péči o ně [22].

### **Komunikace**

Zdravotníci se shodují na tom, že komunikace se staršími lidmi je náročnější na čas a dovednosti. Někteří zdravotníci zároveň avizovali obavu s těmito nemocnými komunikovat. Největší obtíže a negativa v komunikaci shledávají v zaneprázdněnosti a v nedostatečných znalostech o tom, jak přistupovat ke starším křehkým lidem s demencí. Zdůrazňují nutnost volby jednoduššího jazyka, časté opakování informací a potřeby citlivého a trpělivého přístupu. Je patrné, že v tomto ohledu jsou na zdravotníky kladeny vysoké nároky a zvláštní komunikační požadavky [3, 18, 20, 22].

### **Prostředí a klima**

Oddělení akutní péče a urgentní příjmy nemocnic nejsou pro péči o starších osoby zpravidla vhodně vybaveny ani prostorově uspořádány [22]. Nemocní a jejich rodiny se zde špatně orientují a pohybují, hrozí zde riziko pádu a poranění. Zdravotníci se shodují na tom, že s ohledem na specifika a požadavky péče, je nutné prostředí vybavit a zohlednit tak, aby bylo přátelštější a uživatelsky vhodnější. Prostředí akutní péče bylo považováno za překážku poskytovat optimální péči [3]. Z těchto důvodů jsou tvůrci politik a politikové vyzíváni, aby byly implementovány takové strategie, které podporují nutnost úpravy prostředí vyhovujícím specifikům péče o tyto nemocné [23]. Manažeři a vedoucí pracovníci musí investovat do pracovního prostředí zaměstnanců tak, aby byli schopni zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči [18].

### **Chování zdravotníků**

Většina dotazovaných vypověděla, že práce se staršími pacienty je fyzicky i psychicky náročná a také stresující. To může vést k přetížení zdravotníků. V péči o tyto nemocné se předpokládají vysoké pracovní nároky. Důležité jsou specifické znalosti a dovednosti pečujících o osoby s demencí a kognitivní poruchou (včetně deliria), dostatek času a citlivý přístup. Někteří zdravotníci uvedli, že péče o tyto nemocné je ovlivněna pocitem všeobecně negativního postoje k těmto nemocným [3, 18]. Ve výzkumech bylo prokázáno, že chování zdravotníků také ovlivňují faktory jako je věk, pohlaví a vzdělání. Pozitivní přístup zdravotníků byl zaznamenán více u žen, dále u osob bydlících ve společné domácnosti se seniorem a u těch, kdo má již přechodí

zkušenost v péči o starší osoby. Výzkum prokázal, že všeobecně je přístup sester a lékařů ke starším pacientům více ohleduplný a trpělivější [20]. Některé ze sester uvedly, že jsou si vědomy toho, že těmto pacientům se dostává průměrná nebo i horší kvalita péče. Vyjadřována byla úzkost a znepokojení zdravotníků v momentech, když nemohou uspokojit potřeby nemocného [22].

### **Spolupráce**

Na kvalitu poskytované péče má vliv organizace práce, interpersonální vztahy a komunikace uvnitř týmu. Důraz je kladen též na mezioborovou spolupráci a její provázanost. Rodinu nemocného a jeho blízké personál vnímá jako důležitý článek pro optimalizaci péče a upřednostňuje spolupráci s ní [18]. Co se týká hodnocení sester ke konkrétní podpoře geriatrické praxe a pracovního prostředí personálu, je tato oblast zdravotníky vnímána jako mírně podprůměrná [23].

### **Vzdělávání a pracovní podmínky**

Zdravotníci deklarují nedostatek teoretických znalostí a praktických dovedností. Poukazují na to, že průběžné vzdělávání či školení jim může pomoci péči o tyto pacienty nejenom zlepšit, ale také usnadnit [22]. Zejména v péči o pacienty s demencí je nutné umět tyto symptomy včas diagnostikovat a na základě toho zvolit individuální přístup. Personál dále postrádá také podporu vedení nemocnic. Práci jim též ztěžuje nevhodné prostředí, nedostatek času i personálu [3, 18, 22]. Jedna ze studií však poukazuje na to, že vnímání sester v péči o starší lidi a prostředí geriatrické ošetrovatelské praxe se liší podle profesního postavení, nikoliv podle statutu nemocniční výuky [23].

### **Silné a slabé stránky**

Zjištění uvedená v této studii poskytují rámec založený na důkazech, který může sloužit jako vodítko pro plánování nemocniční péče o člověka. Omezení výběru článků na anglický jazyk, může však znamenat výsledky vyhledávání a jejich limitaci se zastoupením pouze na některé země. To může znamenat jisté holistické omezení a zobecnění výsledků do různých kulturních prostředí. Je také možné, že ve strategii vyhledávání chybí některé relevantní studie, které se nepodařilo systematickým vyhledáváním z databází dohledat.

### **Závěr**

Z výše popisovaného vyplývá, že péče o seniory pohledem zdravotníků v prostředí akutních nemocnic a urgentních příjmů není dostatečná a nezohledňuje specifický kontext péče a potřeby těchto pacientů. Na základě induktivní tematické

analýzy bylo identifikováno 8 klíčových témat poskytujících souhrnný přehled informací získaných formou scoping review. Z výsledků je zřejmé, že ve snaze vyhovět požadavkům akutní péče jsou opomíjeny některé ze základních potřeb a přání pacienta. Ohrožena je důstojnost a autonomie člověka. Uvedená zjištění mohou pomoci vytvořit vhodnou strategii, školení zaměstnanců a modely zlepšení kvality péče o starší křehké osoby. Další výzkum by mohl přispět k rozvoji a hodnocení dalších intervencí potřebných v péči o tyto nemocné. Vzhledem k tomu, že jsou starší lidé významnou a stále početnější skupinou pacientů i v akutní péči, je zapotřebí této problematice věnovat daleko větší pozornost, a to jak ve výzkumu, tak v praxi.

### **Doplnění**

Tuto studii finančně podpořila Grantová agentura Univerzity Karlovy, projekt č. 760219.

### **Prohlášení o střetu zájmů**

Za všechny autory prohlašuji, že nedochází ke středu zájmů.

### **Etické hledisko**

Dodržování etických standardů – respektováno. Etický a informovaný souhlas – nebyl proveden s ohledem na článek formou review.

## Použitá literatura:

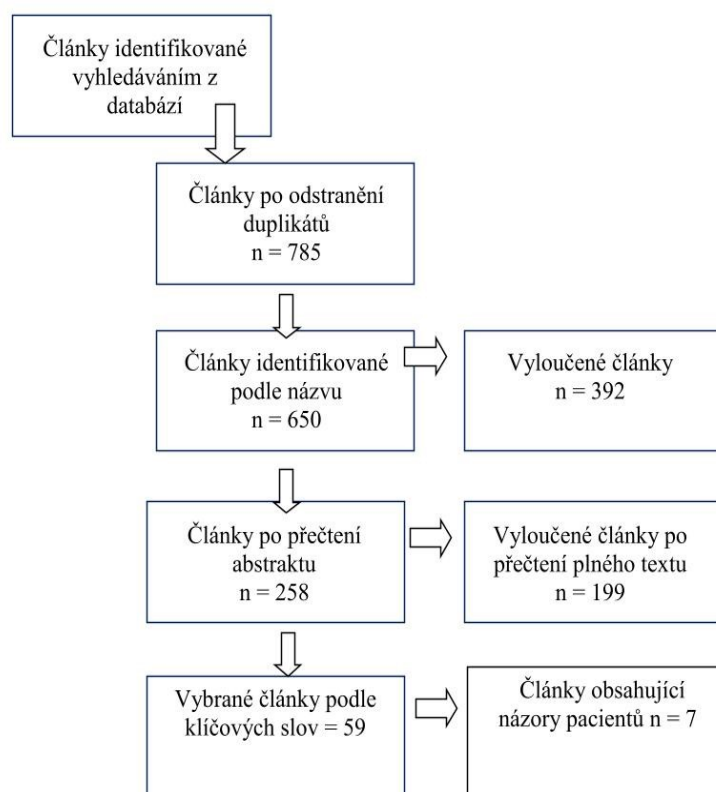
1. Nicholson C, Morrow EM, Hicks A, Fitzpatrick J (2017) Supportive care for older people with frailty in hospital: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 66:60–71.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.015>
2. Edvardsson D, Nay R (2010) Acute care and older people: challenges and ways forward. *Australian Journal of Advanced Nursing* 27:63–69.
3. Moyle W, Borbasi S, Wallis M, Olorenshaw R, Gracia N (2010) Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. *J Clin Nurs*. 20:420-428.  
<https://doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03521.x>
4. Antořová V, Bédiová M, Birčiaková N, Kubíčková L, Rařticová M (2016) Analýza kvality seniorů v České republice. MPSV.
5. Ruiz M, Bottle A, Long S, Aylin P (2015) Multi-Morbidity in Hospitalised Older Patients: Who Are the Complex Elderly? *PLoS ONE* 10(12): e0145372.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145372>
6. García-Peña C, Pérez-Zepeda MU, Robles-Jiménez LV et al. (2018) Mortality and associated risk factors for older adults admitted to the emergency department: a hospital cohort. *BMC Geriatrics* 18:144.  
<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0833-0>
7. Holmerová I. et al (2014) Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče. Grada, Prague.
8. Foss Ch (2010) Elders and patient participation revisited – a discourse analytic approach to older persons’ reflections on patient participation. *Journal of Clinical Nursing* 20: 2014–2022.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03505.x>
9. Holmerová I, Baumanová M, Staňková K, Štefl M, Vaňková H (2014) Specifické aspekty péče o starší pacienty. *Urgentní medicína* 17:20–21.
10. Ekelund Ch, Mårtensson L, Eklund K (2014) Self-determination among frail older persons – a desirable goal older persons’ conceptions of self-determination. *Quality in Ageing and Older Adults* 15(2):90–101.  
[doi:10.1108/QAOA-06-2013-0015](https://doi.org/10.1108/QAOA-06-2013-0015)
11. Ekdahl AW, Andersson L, Wirehn AB, Friedrichsen M (2011) Are elderly people with co-morbidities involved adequately in medical decision making when hospitalised? A cross-sectional survey. *BMC Geriatrics* 11:46.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-46>
12. Gupta D, Kaur G, Gupta A (2016) Geriatric syndromes. In *Progress in Medicine* 355:1754-1758 <https://www.researchgate.net/publication/328772991>.
13. Mudge A, Hubbard R (2019) Management of frail older people with acute illness. *Internal Medicine Journal* 49:28-33.  
<https://doi:10.1111/imj.14182>
14. Patterson M, Nolan M, Rick J, Brown J, Adams R, Musson G (2010) From metrics to meaning: culture change and quality of acute hospital care for older people. NIHR SDO Project (08/1501/93).
15. Blahova H, Bartova A, Dostalova V, Holmerova I (2020) the needs of older patients in hospital care: a scoping review. *Aging Clin Exp Res*: Online 2020-10-21.  
<https://doi.org/10.1007/s40520-020-01734-6>

16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med* 6(7), e1000097.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
17. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart L, PRISMA-P Group (2015) Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation 2015:349:g7647.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
18. Maben J, Adams M, Peccei R, Murrells T, Robert G (2012) Poppets and parcels: the links between staff experience of work and acutely ill older peoples' experience of hospital care. *International Journal of Older People Nursing* 7:83–94.  
<https://doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00326.x>
19. Furjanic M, Cooney A, McCarthy B (2016) Nurses' knowledge of pain and its management in older people. *Nurs. Older People* 28:32-37.  
<https://doi:10.7748/nop.2016.e814>
20. Polat U, Karadağ A, Ulger Z, Demir N (2014) Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: Ageism in a hospital in Turkey. *Contemp Nurse* 48:88-97.  
<https://doi:10.5172/conu.2014.48.1.88>
21. Tauber-Gilmore M, Addis G, Zahran Z, Black S, Baillie L, Procter S, Norton C (2017) The views of older people and health professionals about dignity in acute hospital care. *Journal of Clinical Nursing* 27:223–234.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13877>
22. Kelley ML, Parke B, Jokinen N, Stones M, Renaud D (2011) Senior-friendly emergency department care: an environmental assessment. *Journal of Health Services Research and Policy* 16:6–12.  
<https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.009132>
23. Fox T, Sidani S, Butler JI, Tregunno D (2017) Nurses' Perspectives on the Geriatric Nursing Practice Environment and the Quality of Older People's Care in Ontario Acute Care Hospitals. *Can J Nurs Res.* 49:94-100.  
<https://doi:10.1177/0844562117707140>

**Tabulka č. 1 – Kritéria vyhledávání**

<i>Kritéria vyhledávání</i>	
<i>Kritéria pro zařazení</i>	<i>Kritéria pro vyloučení</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Publikace od roku 2009-2019</li><li>- Anglicky psané publikace</li><li>- Recenzované články</li><li>- <u>Kombinace klíčových slov:</u><ul style="list-style-type: none"><li>potřeby, uspokojené a neuspokojené</li><li>potřeby, starší lidé, senior, křehký</li><li>člověk, osoby ve věku více jak 65 let,</li><li>akutní zdravotní péče, nemocniční</li><li>péče, kvalita života, geriatric</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Duplikované články</li><li>- Teoretické analýzy: integrative review, systematic review, scoping review</li><li>- Články týkající se paliativní péče</li><li>- Hodnocení potřeb a péče pohledem pacienta či jeho rodiny</li><li>- Zprávy z konferencí, knihy a disertační práce</li></ul>

Obrázek č. 1 - Flow-chart-diagram





**Tabulka č. 2 – Přehled vybraných publikací**

<i>Autor / rok vydání /země</i>	<i>Cíl</i>	<i>Typ výzkumu</i>	<i>Účastníci výzkumu</i>	<i>Metoda výzkumu</i>	<i>Řešená témata</i>
Fox a kol. 2017 Kanada	Ověřit kvalitu poskytované péče a její vnímání pohledem sester v kontextu geriatrického ošetřovatelství	KVANTITATIVNÍ	Emergency a oddělení akutní péče v nemocnici	Dotazník pro sestry	- kvalita péče - pracovní podmínky - spolupráce - vzdělávání
Furjanc a kol. 2016 Irsko	Ověřit znalosti sester při řešení a zvládnutí bolesti u starších lidí v nemocnicích	KVANTITATIVNÍ	Oddělení akutní péče v nemocnici	Dotazník na bolest pro sestry	- hodnocení bolesti - péče o nemocného s bolestí - léčba bolesti
Kelley a kol. 2011 Kanada	Posoudit systém péče o seniory včetně vhodnosti prostředí, sociálního klima a organizaci řízení na urgentním oddělení nemocnice	KVANTITATIVNÍ KVALITATIVNÍ	Emergency	Rozhovory s pacientí (případně jejich zástupci) a zaměstnanci Pozorování Administrativní údaje	- organizace a kvalita péče - Rozhodování - komunikace  - prostředí
Mabena kol. 2012 Anglie	Zjistit zkušenosti zaměstnanců s péčí o starší lidi v nemocniční péči	KVALITATIVNÍ	Oddělení akutní péče v nemocnici	Případové studie, rozhovory s pacienty a zaměstnanci	- kvalita péče - důstojnost - rizika a bezpečí - bariéry péče
Moyle a kol. 2010 Austrálie	Posoudit management péče o starší lidi s demencí v akutním nemocničním prostředí	KVALITATIVNÍ	Oddělení akutní péče v nemocnici	Polostrukturované rozhovory se zaměstnanci	- péče o nemocné seniory s demencí - bariéry péče - prostředí - důstojnost - bezpečí - prevence rizik - vzdělávání
Polat a kol. 2014 Turecko	Zjistit postoje, hodnoty, chování a předsudky zdravotnických pracovníků v péči o seniory	KVALITATIVNÍ	Oddělení akutní péče v nemocnici	Dotazník pro sestry a lékaře	- postoje a jednání k seniorům - ageismus - kvalita péče - respekt a trpělivost
Tauber - Gilmore a kol. 2017 UK	Zjistit úroveň poskytované péče v kontextu důstojnosti člověka	KVALITATIVNÍ	Oddělení akutní péče v nemocnici	Polostrukturovaný dotazník pro pacienty a zaměstnance	- důstojnost - význam důstojnosti - vnímání důstojnosti - organizační kultura

**Tabulka č. 3 – Přehled témat**

<i><b>Téma</b></i>	<i><b>Řešená problematika</b></i>
Řízení rizik a bezpečí	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pády</li> <li>• Sebeпоškozování</li> <li>• Omezovací prostředky</li> <li>• Léky</li> </ul>
Bolest	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hodnocení bolesti</li> <li>• Zvládnání bolesti</li> <li>• Farmakologie opiodů (použití, vedlejší účinky..)</li> <li>• Znalosti personálu</li> </ul>
Problematika etiky	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Důstojnost</li> <li>• Rozhodování</li> <li>• Úcta</li> </ul>
Komunikace	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Srozumitelnost</li> <li>• Dostatek informací</li> <li>• Vlídlost</li> <li>• Taktní přístup</li> <li>• Trpělivost</li> </ul>
Prostředí a klima (sociální, kulturní...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Účelnost</li> <li>• Vhodnost</li> <li>• Přizpůsobení věku</li> <li>• Prevence rizik</li> </ul>
Chování zdravotníků	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hodnoty</li> <li>• Postoje</li> <li>• Očekávání</li> <li>• Předsudky</li> <li>• Ageismus</li> </ul>
Spolupráce	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacient a jeho rodina</li> <li>• Uvnitř zdravotnického týmu/zdravotnického zařízení</li> </ul>
Vzdělávání a pracovní podmínky	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dostupnost vzdělávání a jeho úroveň</li> <li>• Dostatek zaměstnanců</li> <li>• Dostatek času</li> <li>• Podpora vedoucích pracovníků</li> </ul>

## **Potřeby pacientů a problematika jejich uspokojování v nemocniční péči - pohledem a zkušenostmi nemocných v době pandemie COVID-19**

**H. Bláhová, A. Bártová, V. Dostálová, I. Holmerová**

(Publikováno v Romanian journal of Family Medicine, červen 2021, ISSN 2601 – 4874 ISSN-L 2601 – 4874)

### **Abstrakt**

**Úvod:** V kontextu stárnutí obyvatel je poukazováno na úskalí péče o starší křehké pacienty a jejich specifika. Péče o tyto nemocné a zajištění její kontinuity hraje ještě důležitější roli v době pandemie COVID-19. Proto je nezbytně nutné zajistit komplexní péči o starší pacienty se zajištěním saturace všech jejich potřeb. Cílem této studie je prozkoumat zkušenosti a názory seniorů na uspokojování potřeb v nemocniční péči v době pandemie COVID-19.

**Metoda:** Byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda. Data byla sbírána pomocí semistrukturovaných rozhovorů.

**Výsledky:** Bylo vyhodnoceno celkem 12 rozhovorů s pacienty nad 80 let. Na základě provedené analýzy byly identifikovány čtyři hlavní oblasti péče o seniory – kvalita poskytované péče, uspokojování potřeb nemocného, osobnost pečujících, autonomie a důstojnost.

**Klíčová slova:** starší lidé (older persons), hospitalizace, potřeby nemocného, nemocniční péče

### **Úvod**

Pandemie COVID-19 způsobila extrémní zátěž zdravotnickým zařízením poskytujících nemocniční péči. Vzhledem k technickým požadavkům, zejména na poskytování kyslíkové terapie, kterou nemocnice poskytují v celém spektru péče, od resuscitace, intenzivní, akutní až po následnou péči. Dále včetně péče rehabilitační a paliativní. V průběhu pandemie se v nemocnicích dostalo paliativní péči většího uznání. Byly zřízeny specializované týmy a oddělení paliativní péče.

### **Stárnutí populace a geriatrická péče**

Stárnutí populace je globální problém většiny zemí a jeden z charakteristických rysů dnešní společnosti. Je známo, že zásadní roli v tomto ohledu sehrává několik aspektů, jako například zvyšující se životní úroveň a pokrok medicíny. Celosvětově přibývá osob starších 80 let s průměrným ročním tempem nárůstu o 4,0% [1, 2].

Ze statistických dat vyplývá, že také v České republice roste podíl starších osob v populaci. Naděje na dožití byla v roce 2016 u mužů 76,1 roku a u žen 82, 1 roku a neustále se zvyšuje [3]. V kontextu těchto dat je stále více poukazováno na úskalí péče a léčby pacientů vyššího věku a jejich specifika. Těmi je častá polymorbidita, změny ve všech orgánových systémech, odlišnost projevů onemocnění, přítomnost geriatrických syndromů, multimorbidita a polypragmázie [4]. Jedním z významných geriatrických syndromů je frailty, kdy dochází k poklesu zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu s kumulací funkčních změn – mentálních, pohybových či nutričních [5, 6]. Tyto změny jsou zjevné zejména u osob ve věku nad 75-80 let, kdy je multimorbidita spíše pravidlem než výjimkou [7]. Lze také konstatovat, že v důsledku stárnutí populace dochází zároveň k nárůstu počtu seniorů vyžadujících zdravotní péči, ať už v ordinacích praktických lékařů nebo různých zdravotnických zařízeních [8]. Jako nezbytně nutné se zde jeví znalost geriatrické medicíny a interdisciplinárního přístupu k těmto nemocným. V péči o starší osoby, je důležitá snaha o optimalizaci funkčního stavu i přes mnohdy redukovanou intrinsic capacity s dosažením co možná nejvyšší kvality života [2, 9].

#### **Péče o seniory v nemocničním prostředí a kvalita poskytované péče**

Je zřejmé, že stále častěji jsou starší lidé přijímáni na akutní lůžková oddělení zdravotnických zařízení. Délka jejich hospitalizace je výrazně delší než délka hospitalizace osob mladšího věku. Zatímco je průměrná délka hospitalizace u osob mezi 50-54 lety v průměru 1,8 dne, u osob nad 85 let pak činí přibližně 7 dnů [10]. Tyto údaje se následně mění s pandemií COVID-19, protože se ukazuje, že hospitalizace starších osob s onemocněním COVID-19 je ještě delší. Navíc existuje dostatek důkazů o tom, že v souvislosti s pobytem seniorů v nemocniční péči, jsou tito nemocní více vystavováni různým rizikům a stresorům. K těm patří značná fyzická a psychická zátěž, vytržení seniora z jeho sociálního prostředí, vznik nežádoucích událostí jako jsou například pády, pooperační komplikace, negativní reakce na bolest a farmaka, ztráta mobility či funkční pokles. Typické jsou kognitivní a behaviorální poruchy, které mívají za následek vznik deliria - neklidu, úzkosti, zmatenosti, halucinací či agresivity [11, 12]. Zvyšují se také počty nemocných pacientů, kteří potřebují paliativní péči a také například pacienti s demencí, kteří kladou vysoké nároky na ošetřování a individuální přístup [13]. Tyto nároky však mnohdy nejsou v souladu s reálnými možnostmi nemocnic. Zdravotníkům v péči o tyto nemocné chybí vzdělání i praktické dovednosti a to navzdory mnoha zlepšením, zejména v poskytování paliativní péče v posledních letech [5]. Na to, že péče o starší lidi s demencí není uspokojivá, upozorňují další autoři

s tím, že tradiční vzdělávání zdravotníků nestačí a je třeba tuto skutečnost změnit a upravit dle specifik péče o tyto nemocné. Zároveň zdůrazňují, že i při veškeré snaze zdravotníků poskytovat péči kvalitní, bývají dalšími omezeními i jiné faktory, jako je organizace práce a faktory prostředí [14]. Z pohledu nemocného a jeho rodiny bývá vše navíc umocněno špatnými výsledky léčby a péče během hospitalizace, předchozí špatnou zkušeností, úmrtností či institucionalizací nemocného [5]. Z výše uvedeného a další dostupných publikací je patrné, že péče o seniory v nemocnicích není optimální a v mnohých aspektech nejsou respektovány potřeby a autonomie nemocného [15].

Vzhledem k uvedeným faktům a v kontextu zásad dobré praxe dlouhodobé a geriatrické péče o tyto nemocné je kladen důraz na zlepšení kvality péče. Ta by měla být provázaná, plánovaná a zaměřená na individuální potřeby nemocného. Důležitý je laskavý přístup, trvalá podpora rodiny a příbuzných, navození pozitivní spolupráce a komunikace. Dále je mnoha autory zdůrazňováno, že u nemocných s omezenou soběstačností je zřejmá větší zranitelnost a ohrožení autonomie člověka. Důležitý je celostní přístup a snaha o zlepšení či alespoň zachování kvality života [16].

Předkládaná studie navazuje na předchozí výzkumy a publikace – scoping review české [17] a zahraniční literatury [18], které poukazují na to, že oblast péče o seniory a znalost uspokojení potřeb seniorů v nemocnicích vycházejí spíše z teoretického pohledu nebo obecných důvodů hodnocení kvality péče. Pro hodnocení kvality péče je však názor a zkušenost nemocného tím nejlepším zdrojem informací a skutečným obrazem reálné praxe a východiskem pro její žádoucí zlepšení.

Cílem této studie je prozkoumat zkušenosti a názory seniorů na potřeby starších lidí v nemocniční péči a jejich uspokojování.

### **Metody výzkumu**

Byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda, která vychází z interpretativního paradigmatu, kdy je kladen důraz na porozumění významu lidského jednání a zkušenosti s cílem získat podrobnou zprávu – informace o pohledech zkoumaných jedinců [19]. Tento přístup se opírá o metodu sběru dat, analýzu získaných dat se zvažováním a zohledněním důležitých rysů, zkoumaných problémů a to v autentickém prostředí dotazovaných. Důležitý je vztah mezi výzkumníkem a zkoumaným jedincem s cílem informace analyzovat, rozkrýt a prezentovat výsledky toho, jak lidé situací vnímají a prožívají v reálném prostředí [20]. Data byla sbírána pomocí semistrukturovaných rozhovorů. Z důvodu přesnosti a důvěryhodnosti výsledků této studie bylo postupováno dle doporučení Strauss a Corbin [19].

Bylo provedeno celkem 12 semistrukturovaných rozhovorů s pacienty hospitalizovanými na odděleních následné péče spadajících do organizačního řízení tří nemocnic (Praha, Liberecký a Karlovarský kraj). Kritériem pro zařazení respondentů byl věk nad 80 let se zastoupením obou pohlaví, zachování schopnosti komunikace, a to bez ohledu na mobilitu pacienta. U zkoumaných osob nebyla prokázána demence. Podmínkou pro zařazení probandů do výzkumu, byla délka hospitalizace v minimální době trvání 2 týdny. Na výběru respondentů bylo spolupracováno se sociálními pracovníky, přičemž byla zohledněna ochota respondenta spolupracovat. Ve všech zdravotnických zařízeních bylo zajištěno soukromí v průběhu rozhovoru, a to i u imobilních pacientů. Všichni pacienti byli závislí na obslužnosti personálu, zajištění základní ošetrovatelské a lékařské péči a limitováni pohybem bez pomoci druhé osoby.

Rozhovory byly uskutečněny v termínu od února do července roku 2020 (během první vlny pandemie COVID-19). Délka jednotlivých rozhovorů trvala 15-30 minut s ohledem na zdravotní stav pacientů. Před započítím samotného rozhovoru bylo důležité navodit atmosféru vzájemné a pozitivní interakce a důvěry. Dotazy formou otevřených otázek byly připravovány a komunikovány ve spolupráci s výzkumným týmem. Úvodem byla všem dotazovaným položena základní otázka: *Můžete popsat vaše zkušenosti, názory a pocity na poskytovanou zdravotní nemocniční péči, které se Vám nyní dostává?* Aby účastníci lépe porozuměli kontextu rozhovoru (zkoumaného problému) byly kladeny další doplňující a povzbudivé otázky jako například: *Co si myslíte, že je v péči o vás důležité? Popište, jak vám personál v každodenní péči pomáhá? Jakým způsobem se personál zajímá o to, co potřebujete?* Všechny rozhovory byly anonymizovány s pořízením audiozáznamu. Rozhovory byly následně doslovně přepsány.

### **Analýza dat**

Analýza dat představuje systematické organizování získaných dat (textu) formou otevřeného kódování s cílem rozkrýt analyzovaný text, jeho témata, pravidelnosti i vztahy. Při otevřeném kódování je výzkumníkem text opakovaně pročitán (jednotlivá slova, věty a řádky) a rozebírán na jednotky s přiřazením kódu, které jsou následně nově poskládány do jednotlivých kategorií a později interpretovány [20]. Proces analýzy a jeho jednotlivé kroky byly průběžně ve výzkumném týmu diskutovány. Byla zvolena kvalitativní obsahová analýza dle metodiky Graneheim, Lindgren a Lundman [21]. Při analýze byl kladen důraz na tato otázky: *„Co je zjevné? Co se mi lidé snaží sdělit či co se děje? Jaký je význam těchto příběhů?“*

První fází analýzy byl tzv. induktivní přístup s hledáním podrobností a rozdílů v získaných datech a jejich následném porozumění, cestou od konkrétního a specifického po abstraktní a obecná témata (kategorie). Jednotlivé rozhovory byly postupně kódovány a seskupeny do významových jednotek – hlavních kategorií. Ty byly proměnou a základem pro další vytváření podkategorií. Celý proces byl opakovaně revidován a případně upraven. Následovala fáze deduktivního přístupu, respektive přecházením od teorie k datům nebo od obecné úrovně ke konkrétnějšímu. Byly stanoveny celkem 4 kategorie a několik podkategorií uvedených v tabulce č. 1.

### **Etické hledisko**

Tato studie byla schválena etickou komisí Gerontologického centra v Praze dne 2. 11. 2018. Všichni aktéři výzkumného šetření podepsali informovaný souhlas. Zvukově nahrané a přeepsané rozhovory byly anonymizované uloženy a jejich přístup je chráněn heslem.

### **Výsledky výzkumu**

Hospitalizaci starších křehkých pacientů se nelze vždy vyhnout. Jejím důvodem obvykle bývá akutní zhoršení zdravotního stavu, potřeba diagnostiky, léčby a zajištění péče, kterou už nelze v domácím prostředí zajistit. Takový člověk zůstává náhle osamocen a odkázán více či méně na péči druhých osob. Tato problematika je nyní v době pandemie COVID-19 ještě více akcentována. Ještě důležitější je potřeba vzájemné důvěry, spolupráce a respektu nemocného. Na základě výzkumné analýzy byly zkušenosti a potřeby těchto osob členěny do čtyř hlavních kategorií – vnímání kvality lékařské a ošetrovatelské péče, uspokojování potřeb nemocného, osobnost pečujících, autonomie a důstojnost.

### **Vnímání kvality lékařské a ošetrovatelské péče**

Výsledky šetření poukazují obecně na to, že zdravotní a ošetrovatelská péče o nemocné v lůžkových zařízeních je z pohledu těchto pacientů spíše uspokojivá. Účastníci výzkumu to vyjadřovali například takto: „*Péče je tady pro mě dobrá. Nemůžu říct, že by mi tady něco vadilo. Základní péči mám. Spokojenost je tak na půl, jde to...*“ Nebo dále: „*...jsem spokojená, péči mám, celkem si můžu říct, co chci...*“ Jeden ze seniorů to vyjádřil slovy: „*Je to tady lepší průměr a obecně lepší než jinde...*“ Další z účastníků řekl: „*Jsem tady v nejlepších rukou, mám dobré zkušenosti.*“

### ***Organizace péče a prostředí***

Ze šetření bylo též zřejmé, že velký vliv na vnímání péče jako kvalitní, mělo prostředí nemocnice, velikost či vybavení pokojů, celková organizace péče, opakovaná

hospitalizace či doprovodné aktivity. Pacienti, kteří byli ve stejném zdravotnickém zařízení opakovaně, vyjadřovali mnohem větší spokojenost s péčí než ostatní klienti. Tak jako například jedna z pacientek: *„Jsem tady opakovaně, většinu personálu znám jménem...všichni mě zase vítali a znám to tady. Všechno je tady na jedničku.“* K prostředí se vztahovala tato hodnocení: *„Je to tu dost přečpané, pokoje jsou malé..“* nebo *„ Když tu jsou návštěvy není tu k hnutí a člověk všechno slyší, nemám soukromí...“* K organizaci péče se vyjadřovala jedna z pacientek takto: *„Je to nárazové, vždycky přiběhne několik lidí, pak je honem vizita a dlouho je zas nikoho nevidíme. Když si zazvoníme, je nám vyhověno.“* Další z pacientů se vyjádřil takto: *„...přiběhnou, rychle nás odkryjou a zase pak přikrejou, na nic se nás neptají...“* Jedna z pacientek vyjádřila nespokojenost s tím, že na pokoji neustále svítí světlo, a to slovy: *„Proč pořád svítí to světlo, i v noci, když řeknu, některá ze sester světlo zhasne a pak je to zase nanovo, stojí to peníze a vadí mi to na oči, to mě pořád obtěžuje.“*

Ze strany několika respondentů byl vyjádřen ten fakt, že sestry jsou hodně zaneprázdněné a někdy v tomto důsledku zapomínají na to, co pacient požadoval. To bylo vyjadřováno tímto způsobem: *„...musíte si o to říci a ohlídat si to, mají toho hodně a zřejmě zapomínají, asi protože mají hodně práce, tak jim něco uniká...“*

Jedno ze zdravotnických zařízení bylo výjimečné v tom, že zde byl pro všechny pacienty průběžný doprovodný program a zapojování pacientů do různých aktivit a to bez ohledu na jejich mobilitu. Mezi tyto aktivity patřily například výtvarné aktivity, společná kultura (čtení a hraní na piano) či pečení. Všechny tyto aktivity organizovala sociální pracovnice ve spolupráci s dobrovolnickým centrem nemocnice. Bylo využito i aktivit některých aktivnějších pacientů, jako například jedna z klientek, která byla kdysi velkou cestovatelkou a vyprávěla o svých zážitcích z cest. Pacienti to hodnotili takto: *...pořád máme co dělat, máme zde program, je to tady takové rodinné, nejsem osamělá, setkáváme se...“*

### **Uspokojování potřeb nemocného**

#### ***Mobilita a soběstačnost***

Pacienti jsou si vědomi toho, že rozsah jejich potřeb je ovlivněn především stupněm mobility a možností soběstačnosti. Většina pacientů vyjadřovala, že nejhorší pocity a stavy bezradnosti, měli zejména ze začátku hospitalizace, kdy byl jejich stav mnohem horší. Obava a strach byl umocněn neznalostí prostředí a personálu. Respondenti se shodovali na tom, že nejhorší je bezmocnost a závislost na druhých. To bylo vyjadřováno tímto způsobem: *„Důležitá je obsluha personálu a jejich pomoc, budu*



*nejraději, až mě nebudou muset obskakovat, potřebuji pohyb a rehabilitaci, těším se, až půjdu na hole, budu se učit chodit, abych mohla jít domů, to se těším..“ Jeden z další pacientů reagoval tímto způsobem: „V péči o mě, je důležitá souhra všeho v závislosti na to, jak jste soběstačná, pro mě je teď důležitý pohyb a rehabilitace.“*

### **Hygiena a čistota**

Z průzkumu vyplynulo, že hygiena je důležitějším aspektem péče spíše pro ženy než pro muže. Navíc muži jsou v tomto ohledu méně náročnější a požadují spíše jen základní očistu. U žen hrají zásadní roli ještě navíc jejich zvyklosti a vzhled, jako například úprava vlasů a používání krémů. V průběhu rozhovoru a při diskuzi na téma různých potřeb byla hygiena nejčastěji zmiňována. Jedna z pacientek tuto potřebu popsala slovy: „Co by pro mě mělo být nejdůležitější a jsem za to ráda je, když mě krásně vykoupají.“ Nebo další z pacientek: „Trochu jsem si otlačila patu, jak jsem ležela, trpím na to a jedna sestra mi to krásně po koupání promazala, prostě některá si to už pamatuje, dělá to pořád a další to nebere vážně, ani když jí to řeknu.“

### **Jídlo a hydratace**

Z vyjádření respondentů obecně vyplynulo, že jídlo není úplně důležitou součástí hospitalizace a to především pro muže. Většina pacientů sice do popředí svých priorit staví především svůj zdravotní stav a brzký návrat domů, ale postoje ke stravování byly i tak velmi kritické. Jedna z pacientek vyhodnotila oblast stravování takto: „Jídlo je dobrý, jsem zvyklá na všechno, jen ty omáčky, ty mi vadí. Pití máme dost, to je pořád pijte a pijte. Ládiček nám pořád nalévá, je úžasně šikovnej..“ Další z pacientek k této oblasti sdělila: „Jsem z toho zmatená, dostávám nutridrink a pak ho někdy dostanu a někdy ne. Zeptala jsem se sester proč a pak mi ho beze slova přinesly, asi mají hodně práce, že zapomínají.“ Kritický postoj popsala i další seniorka: „Co si můžete říci, že si přejete, ale vlastně se to nesplní, je jídlo. Ptají se, co chcete, ale nabídnou jen samé diety, které jíst nechcete a jen pořád mleté a omáčky.“ Pacienti z řad mužů hodnotili situaci s jídlem vyjádřením: „Stravování mi nevadí, je to ve všech nemocnicích stejné, najíme se, až budeme doma. Rád jím, ale tady sním všechno a beru to tak, že jsem v nemocnici a jídlo není úplně důležité.“

### **Bolest**

Hodnocení bolesti bývá pravidelně sledovanou a monitorovanou oblastí, která nebývá opomíjena. To bylo vyjadřováno tímto způsobem: „Pokaždé se ptají na bolest, sestry a pak ještě na vizitě, vždycky když řeknu, že mě něco bolí, dostanu léky. Sem tam

*mě něco bolí, ale to už je v našem věku normální, trpět mě nenechávají. Můžu si říci, když mě něco bolí.“*

### ***Intimita nemocného***

Soukromí pacienta je zcela zásadní a v nemocniční péči je tato oblast velmi často opomíjena. Jeden z největších problémů je v oblasti vyprazdňování pacienta, zejména když nemohou z lůžka a jsou odkázáni na pomoci druhých. Porušování soukromí se netýká pouze zdravotnického personálu, ale například i chování a ohleduplnosti návštěv. Jedna z pacientek problém s narušením intimity vyjádřila slovy: *„A potom ty návštěvy na pokojích, jsou nevychované, jako včera sousedka měla potřebu a ti lidé tam pořád byli..“* Obecně z výzkumného šetření v kontextu návštěv vyplynulo, že z pohledu pacienta jsou sice vítanou součástí a těší se na ně, ale na straně druhé jsou vyčerpávající a nelze je mnohdy uskutečnit v soukromí.

### ***Osamělost***

Některé pacienty trápila samota a starost o členy rodiny. To bylo komentováno slovy: *„Jsem tady taková osamělá, cítím se sama, nikoho tady nemám. Chybí mi můj pesek, těším se na něj. Mám starost o manžela, beze mě je bezradný a nic sám neumí. Těším se domů, nemocnici nemám ráda.“*

### **Osobnost pečujících**

Z vyjádření pacientů vyplynulo, že v péči o ně je nejdůležitější sestra, protože s nimi tráví mnohem více času než s lékařem. Osobnost lékaře byla také hodnocena méně kriticky a pacienti viděli lékaře spíše jako odbornou autoritu, na kterou se mohou vždy obrátit a která rozhoduje. Z vyjádření pacientů vyplynula nejdůležitější charakteristika sestry slovy: *„... měla by být laskavá, vstřícná, vlídná, podporující, se zájmem o druhé a s dobrým slovem.“* Hodnocení dotazovaných bylo různorodé a v podstatě se dá říci, že záleželo na tom, která ze sester měla aktuálně službu: *„Sestry a jejich přístup je nejdůležitější, jsou s námi více, než lékař. Jsou ochotné, jde to, někdy mají zájem a někdy ne, můžu si říci, co chci, ale někdy to trvá. Raději souhlasím a nestěžuji si, aby na mě nebyly protivné. Některé sestry jsou moc hodné, některé ne, podle toho kdo slouží. Nikdo se mě neptá, co potřebuji, snažím se být samostatná.“* Přístup sester v péči o nemocné se různil: *„Některá mi ochotně pomůže, jiná zase ne, je tady jedna taková drobná, černo vlasá, živější, ta mi ve všem vyhoví, pak je tady jedna, která mě nebere vážně a diví se, když mám s něčím problém.“* Další z účastníků uvedl: *„Některá sestra se snaží, narovná mi polštář nebo deku.“* K sestrám dále zaznělo: *„Sestry se ptají, ale ne všechny, nejsou všechny andělé, ale většinou jsou příjemné. Je*

*tady taková jedna, ta by tu práci neměla vůbec dělat.“ Jedna z pacientek vyjádřila konflikt se sestrou a obavu z dalších nepříjemností: „Jednou jsem rozlila vodu na stolku a nemohla jsem za to, sestře se to nelíbilo a ať si to uklidím sama, tak jsem si to raději utřela kapesníkem, když jí to vadí a aby se nezlobila. To není dobrá sestra, ale říci jí to nemůžu..“*

Hodnocení lékařů byla vyjádřena slovy: *„Chodí každý den, nebo když se Vám něco zhorší, na všechno se zeptají a řeknou sestřím, co mají udělat. Lékaři jsou vzorní. Hlavně paní primárka je úžasná, sejde se i s rodinou a pohovoří s nimi o tom, kdy bych se mohla vrátit domů. Lékaři se sami ptají a všímají si.“*

Je zajímavé, že ani jeden z respondentů nevyjádřil potřebu nebo nedostatek toho, že by sestra měla být odborně zdatná, kompetentní a zkušená. Na dotaz jak hodnotí sestry jako profesionály, bylo respondenty odpovězeno: *„Sestry dobře vědí, co dělají, jsou šikovné a jen některým je ke škodě, že k nám nemají laskavý přístup.“*

### **Autonomie a důstojnost**

V tomto ohledu byla často vyjadřována potřeba důvěry, spolupráce, komunikace a respekt k nemocnému. Autonomie a důstojnost byla účastníky popisována především jako ochota ke spolupráci, komunikaci, respektu a možnost zapojit se rozhodování. Z vyjádření dotazovaných však vyplynulo, že konečné rozhodování má mít spíše lékař. Pacientům záleželo také na tom, jaký názor a postoj bude mít rodina, neboť o ně projevují obavu a pomáhají jim.

### ***Spolupráce a komunikace***

Spolupráce mezi pacientem a zdravotníkem byla hodnocena spíše pozitivně. To bylo vyjadřováno například takto: *„Můžu si říci co chci a nebo co potřebuji. Snažím se sama, ale pomůžou mi, když potřebuji a nevím si sama rady. Komunikuji se všemi a mají zájem, povídáme si o všem, můžu se zeptat na co chci a odpoví mi. Když je čas, tak si o všem povídáme.“* Ze šetření bylo zřejmé, že nikdo z dotazovaných nechce vyvolávat konflikt a pokud bude třeba, přizpůsobí se. Pouze jeden ze svébytnějších pacientů podotkl: *„Řeknu, co si myslím, ať už je zle nebo ne, jsem takový, budu se domáhat svého..“*

### ***Rozhodování***

K této oblasti se pacienti vesměs vyjadřovali tak, že zdravotník, lékař i sestra jsou těmi, co všemu rozumí mnohem lépe a je dobré dát na jejich názor a radu. To bylo prezentováno tímto způsobem: *„Dám na názor lékaře. Důležité je, co řekne lékař a vy*

*to můžete jen trochu usměrnit. Můžu si říkat, co chci, ale pravdu má přeci lékař, ten tomu lépe rozumí.“*

## **Diskuse**

Cílem této studie bylo ověřit zkušenosti, potřeby a názory seniorů na kvalitu poskytované péče v nemocničním prostředí. Z uskutečněných rozhovorů vyplynula obecná spokojenost a spíše pozitivní zkušenost pacientů s úrovní poskytované péče. Z šetření však vyplynulo několik oblastí, které pacienti považují za důležité a také skutečnosti, které považují za negativní a je třeba je zlepšit. Bylo zjevné, že kvalitu péče v mnohém ovlivňuje organizace práce a prostředí nemocnic či nedostatek času při práci sester, ale také zaběhnuté rutiny péče, které nedostatečně respektují jejich potřeby. Toto je zdůrazňováno taktéž některými autory, kteří zmiňují, že důležitá je schopnost zaměstnanců reagovat na složitost podmínek, zdravotní postižení a komorbidity nemocného. Důležité je přizpůsobit péči tak, aby byla koordinovaná, týmová a vycházela z potřeb nemocného. Je třeba skloubit dovednosti personálu, objem práce a čas potřebný k péči o tyto nemocné [15].

Existuje řada faktorů ovlivňujících uspokojování potřeb nemocného a požadavek jejich naplnění je zcela individuální. Důležité je posouzení soběstačnosti nemocného. Způsob a míra uspokojování potřeb ovlivňuje nejen samotná nemoc a celkový zdravotní stav, ale také osobnost nemocného, prostředí nemocnice, mezilidské vztahy či individualita a profesionální přístup zdravotníka [22]. V případě této výzkumné studie bylo uspokojování potřeb ovlivněno zejména věkem a schopnostmi nemocného, resp. stupněm soběstačnosti a jeho funkčním stavem. Za nejvíce limitující považovali respondenti nemožnost pohybu a sebek péče. Za nejdůležitější potřeby dále senioři označili – hygienu a čistotu, jídlo a hydrataci, zajištění bolesti a zachování intimity. Šetření prokázalo, že pro seniory je nejdůležitější uspokojení zejména základních potřeb. Je zřejmé, že při uspokojování potřeb je zcela zásadní schopnost člověka zvládat úkony zajišťující základní životní potřeby, respektive míra jeho soběstačnosti. Zástupci pracovníků nevládních organizací péče o seniory v ČR upozorňují na to, že v hierarchickém uspořádání potřeb seniorů jsou naplňovány nejprve potřeby základní, aby mohly být uspokojovány i potřeby ostatní [23]. Je také možné, že starší lidé pocházejí z generace, ve které se lidé stydí mluvit o svých potřebách a přáních. Nutnost uspokojovat primárně základní potřeby vychází z motivační teorie A. Maslova [24]. Důraz byl kladen především na hygienu a oblast vyprazdňování. Někteří respondenti

vyjádřili také pocit osamění. Tato zjištění zdůrazňují také někteří autoři s tím, že seniorští pacienti potřebují zvýšenou péči a asistenci při vykonávání každodenních aktivit. Znalost funkčního stavu nemocného a míry potřebné péče je klíčové [25].

V péči o seniory je zdůrazňována potřeba komplexní geriatrické péče se zaměřením se na frailty a další faktory péče o starší osoby, zejména oblasti fyzické a psychické. Důležité je vypracovat koordinovaný a integrovaný plán péče a průběžně jej aktualizovat. Autoři upozorňují na potřebu změny péče o seniory, ve které by měli právě geriatři hrát primární úlohu [26]. Podle autorek Ciché a Dorkové [27] by měla geriatrická péče vycházet z managementu geriatrických syndromů, které jsou u starších pacientů časté, patří sem frailty, demence, instabilita, imobilita, inkontinence, iatrogenizace a další.

Vnímání kvality nemocniční péče je výrazně ovlivněno osobností sestry. Na tento fakt pacienti opakovaně v této studii upozornili a zároveň konstatovali, že ne všechny sestry jsou laskavé a vstřícné. Několik dotazovaných osob popsalo nevhodné chování sester. Účastníci výzkumu potvrdili, že osobnost sestry a její jednání je nejdůležitějším aspektem v péči o ně. V souvislosti s péčí o starší a křehké osoby je sestra definována takto: „*Sestra zná stávající potřebu ošetrovatelské péče a její výsledky, umí kvalifikovaně odhadnout a určit i potřebu budoucí ošetrovatelské péče v určitém ošetrovatelském horizontu (zpravidla týdnů u následné péče, měsíce u péče dlouhodobé)*“ [16]. Na nutnost změny ve spektru a kvalifikaci zdravotnických pracovníků, upozorňuje například I. Holmerová a kol. [28] s tím, že výuka geriatrické péče je zatím jen okrajovou záležitostí. Mnozí autoři zdůrazňují potřebu znalosti z oboru geriatrické, dlouhodobé a sociální péče [26, 29, 30]. Z dostupných studií také vyplynulo, že úroveň geriatrických znalostí a vzdělání sester, má vliv na celkovou kvalitu poskytované péče [31]. Z výsledků tohoto šetření však vyplynulo, že potřeba úrovně vzdělávání sester nebyla ze strany pacientů zmiňována. To může být dáno kulturním kontextem péče, kdy jsou v ČR sestry vnímány nikoli jako samostatní odborní pracovníci, ale spíše pomocníci lékaře. Tyto stereotypy pravděpodobně vycházejí z historického kontextu toho, jak byl systém vzdělávání sester a jejich postavení v České republice nastaven.

Pozitivní spolupráce a komunikace s pacientem a jeho rodinou je základem úspěšné péče. Výzkumné studie obdobně poukazují na potřebu podpory důstojnosti a autonomie a na skutečnost, že tyto potřeby jsou nejvíce ohroženy u starších zranitelných osob. A to zejména v nemocnicích, kde je kladen více důraz na rychlou a efektivní

léčbu, než na přístup k pacientovi. Na pochybení v této oblasti upozorňují samotní pacienti [32]. Je zdůrazňováno, že vedle kvalitní ošetrovatelské péče je nutné respektovat základní etická zásady a to především respekt k důstojnosti, autonomii a právu na rozhodování. Seniors je třeba navíc chránit před věkovou diskriminací – ageizmem [27]. Zjištění této studie obecně poukazují na dobrou spolupráci a komunikaci mezi pacienty a zdravotníky. Ani jeden z dotazovaných nevyjádřil pocit diskriminace a nemožnost se podle svých potřeb vyjadřovat a sdělit svá přání a potřeby. Co se týkalo možnosti rozhodování se, je zřejmé, že pacientům spíše vyhovuje, když rozhoduje lékař. O jeho péči a znalostech nemají pochyb.

### **Silné a slabé stránky výzkumu**

Předložený kvalitativní výzkum byl zpracován v souladu s metodikou empirického výzkumu a jeho pravidel [20, 21]. Jednotlivé kroky byly v týmu diskutované a předem plánované s důrazem na věrohodnost a spolehlivost výsledků a zachování autentičnosti. Vzorek počtu respondentů byl ovlivněn epidemiologickou situací onemocnění covid-19. Ačkoliv tyto výsledky nelze zobecnit, mohou být důležitým zdrojem informací a východiskem pro snahu zlepšit reálnou situaci, a to nejen v nemocnicích, kde průzkum probíhal.

### **Závěr**

Stáří se vyznačuje mnohými zvláštnostmi a péče o seniory se aktuálně dostává do centra pozornosti nejen profesionálů pečujících o tyto nemocné. V důsledku komorbidit, geriatrických syndromů, úbytku funkčních kapacit a nárůstem problémů v sociální oblasti dochází k stále častějším hospitalizacím starších osob do nemocniční péče. Je však zřejmé, že úroveň poskytované péče není dostačující a nezohledňuje potřeby starších křehkých pacientů. Tato studie poukázala na potřeby a zkušenosti starších hospitalizovaných pacientů. Na základě provedené analýzy byly identifikovány čtyři hlavní oblasti péče o seniory – kvalita poskytované péče, uspokojování potřeb nemocného, osobnost pečujících, autonomie a důstojnost. Z výzkumu je zřejmé, že nejdůležitější je pro seniory soběstačnost a uspokojování základních potřeb. V kontextu péče o ně, byl kladen důraz na osobnost sestry, zejména na její vlídné slovo a podporu. V kvalitě péče o starší osoby je zdůrazňována potřeba geriatricky poučené medicíny a komplexní geriatrické hodnocení nemocného.

Ačkoliv se jedná o malý počet účastníků výzkumu je jednoznačné, že v rámci České republiky se jedná o jeden z mála uskutečněných výzkumů, které se zabývají

názorem osob staršího věku. To se však může stát podnětem péči o seniory zlepšit a zabývat se touto problematikou.

#### **Doplnění a financování:**

Tato studie byla provedena v rámci spolupráce řešitelů projektu GAUK pod číslem 760219. Výzkum finančně podpořila Grantová agentura Univerzity Karlovy a Agentury dlouhodobé péče o osoby s demencí s výzkumným číslem AZV MZ NV 18-09-00587.

#### **Dostupnost údajů a materiálů:**

Soubory dat generované a analyzované během studie jsou k dispozici u autora na základě příslušné žádosti.

#### **Poděkování**

Autoři děkují všem účastníkům výzkumu za cenné zkušenosti v oblasti péče o seniory v nemocničním prostředí. Dále také vedoucím zaměstnancům všech nemocničních zařízení, kteří se podíleli na organizaci výzkumného šetření a výběru respondentů.

#### **Souhlas se zveřejněním**

Všichni autoři souhlasí s uveřejněním tohoto příspěvku.

#### **Konflikt zájmů**

Autoři prohlašují, že nedohází ke střetu zájmů.

#### **Podrobnosti o autorovi**

Oddělení Studia Dlouhověkosti, Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, Pátkova 2137/5, 182 00, Prague, Czech Republic

## Použitá literatura

1. Šnejdrlová M, Topinková E (2014) Křehký senior. *Postgraduální medicína* 2014;16(2):16-22.
2. WHO (2015) World report on ageing and health. [Accessed 2020-11-27] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>.
3. MPSV (2019) Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025. [cit. 2020-12-01] Dostupné z: [https://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-připravy-na-stárnutí-společnosti-2019-2025-ma\\_ALBSBADJYUA2.pdf](https://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-připravy-na-stárnutí-společnosti-2019-2025-ma_ALBSBADJYUA2.pdf).
4. Apostolo J et al. (2017) Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of frailty screening tools. *JBIS Database System Rev Implement Rep.* 15(4): 1154-1208.  
<https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003018>
5. Edvardsson D, Nay R (2010) Acute care and older people: challenges and ways forward. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2010;27(2):63–69.
6. Cesari M et al. (2016) Frailty: An Emerging Public Health Priority. *J Am Med Dir Assoc* 17(3): 188-192.  
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.12.016>
7. Gibson JA, Crowe S (2018). Frailty in Critical Care: Examining Implications for Clinical Practices. *Crit Care Nurse* 38(3): 29-35.  
<https://doi.org/10.4037/ccn2018336>
8. Weber P (2016) Geriatrický pacient-realita každodenní klinické praxe současné medicíny. *Posgraduální gastroenterologie a hepatologie* 2016;2(4):222-227.
9. WHO (2017) The Global strategy and action plan on ageing and health. [Accessed 2020-12-3] <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf>.
10. UZIS (2018) Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2018. [cit. 2020-12-01] Accessed: Hospitalizovani v nemocnicich ČR 2018 ([uzis.cz](http://uzis.cz)).
11. Eeles EM et al. (2012). The impact of frailty and delirium on mortality in older inpatients. *Age Ageing* 41(3): 412-416.  
<https://doi.org/10.1093/ageing/afs021>
12. Lee SY et al. (2020). Developing delirium best practice: a systematic review of education interventions for healthcare professionals working in inpatient settings. *Eur Geriatr Med* 11(1): 1-32.
13. Dagan J et al. (2015) What is the course of behavioural symptoms and functional conditions in hospitalised older people with dementia? A multicentre cohort study in Italy. *European Geriatric Medicine* 6(6): 554-560.  
<https://doi.org/10.1016/j.eurger.2015.06.003>
14. Cowdell F (2010) Care of older people with dementia in an acute hospital setting. *Nursing Standard* 24(23):42-48.  
<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00208.x>
15. Nicholson C, Morrow EM, Hicks A, Fitzpatrick J (2016) Supportive care for older people with frailty in hospital: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 66:60–71.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.015>
16. Holmerová I et al. (2014) Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita. Praha: Grada.
17. Bláhová H, Holmerová I (2018) Potřeby starších lidí v nemocniční péči-analýzy výsledků review české literatury. *Geriatr a Gero* 2018;7(3):113-116.
18. Bláhová H, Bártová A, Dostálová V, Holmerová I (2020) The needs of older patients in hospital care: a scoping review. *ACER* 2020;10(21).  
<https://doi.org/10.1007/s40520-020-01734-6>



19. Corbin J, Strauss A (2015) *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for developing Grounded Theory*. Sage Publications, California
20. Švaříček R, Šedřová K (2014) *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2.vyd. Praha: Portál.
21. Graneheim U, Lindgren B, Lundman B (2017) Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today* 2017;56:29-34.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
22. Krátká A (2018) *Hodnoty a potřeby člověka*. Zlín: Ústav zdravotnických věd Fakulty humanitních studií.
23. Nešporová O, Svobodová K, Vidovičová L. (2008) Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
24. Maslow AH (1943) A theory of human motivation. *Psychological Review* 50:370-396.  
<https://doi.org/10.1037/h0054346>
25. Macháčová K, Holmerová I (2016) Zkušenosti s hodnocením soběstačnosti: jak ji vidí křehcí senioři v pokročilém věku a jejich pečovatelé. *Geriatric a gerontologie* 2016;5(3):117-121.
26. Heckman GA, Molnar FJ, Lee L (2013) Geriatric Medicine Leadership of Healthcare Transformation: To Be or Not To Be? *Canadian Geriatrics Journal* 16(4):192–195.  
<https://doi.org/10.5770/cgj.16.89>
27. Cichá M, Dorková Z (2012) *Etika péče o seniory v teorii a praxi*. Praha: Projekt č. CZ.2.7/3.1.00/33270: Inovace praktické výuky ošetrovatelství.
28. Holmerová I, Válková M, Vaňková H, Jurašková B (2011) Vybrané aspekty zdravotní a dlouhodobé péče o stárnoucí populace. *Demografie* 2011;53:140-151.
29. James GA, Lowell WG (2003) A New model for Emergency care of geriatric Patients. *Acad Emerg Med* 2003;10(3):271-274.  
<https://doi.org/10.1197/aemj.10.3.271>
30. Powers JS (2019) The importance of geriatric Care Models. *Geriatrics* 2019;4(5).  
<https://doi.10.3390/geriatrics4010005>
31. Fox T, Sidani S, Butler JI, Tregunno D (2017) Nurses' Perspectives on the Geriatric Nursing Practice Environment and the Quality of Older People's Care in Ontario Acute Care Hospitals. *Can J Nurs Res*. 49:94-100.  
<https://doi:10.1177/0844562117707140>
32. Calnan M, Tadd W, Calnan S, Hillman A, Read S, Bayer A (2013) "I often worry about the older person being in that system": exploring the key influences on the provision of dignified care for older people in acute hospitals. *Ageing and Society* 33:465–485.  
<https://doi.org/10.1017/s0144686x12000025>

**Tabulka č. 1** Kategorie a podkategorie

Kategorie	Podkategorie
Kvalita poskytované péče	Organizace péče Prostředí
Uspokojení potřeb nemocného	Mobilita a soběstačnost Hygiena a čistota Jídlo a hydratace Bolest Intimita Osamělost
Osobnost pečujících	Sestra Lékař
Autonomie	Spolupráce a komunikace Rozhodování

# **Potřeby seniorů a problematika jejich uspokojování v nemocniční péči pohledem a zkušenostmi zdravotníků: Výsledky focus groups**

**H. Bláhová, A. Bártová, V. Dostálová, I. Holmerová**

(bude publikováno)

## **Abstract**

### **Úvod**

Stárnutí populace a dlouhověkost se stává celosvětově klíčovou politickou otázkou. V péči o starší osoby je nezbytně nutné změnit strategický přístup v systému řízení zdravotnictví se snahou porozumět současným trendům a specifickým potřebám těchto osob. Dále je zdůrazňován požadavek kvalifikované geriatrické péče a holistický přístup se zajištěním celkové kvality života seniorů, a to ve všech oblastech - fyzické, psychické, sociální a spirituální. Ve srovnání s mladší populací je poukazováno na úskalí a rizika péče o starší nemocné, přičemž příčinou bývá zejména multimorbidita a křehkost těchto osob.

### **Metoda**

Byla použita kvalitativní výzkumná metoda formou focus groups. Šetření bylo uskutečněno ve třech zdravotnických zařízeních poskytujících akutní péči. Do výzkumného šetření byli zařazeni zaměstnanci ze skupiny nelékařských zdravotnických pracovníků oddělení následné péče. Výzkumu se účastnilo celkem 22 zaměstnanců, rozdělených do tří skupin.

### **Výsledky**

Pomocí obsahové analýzy byly identifikovány čtyři základní oblasti potřeb seniorů, tak jak je vnímají zdravotníci. Jedná se o tyto kategorie: uspokojování základních potřeb, sociální kontakt, psychika nemocného, zkušenosti v péči o seniory.

### **Závěr**

Z výsledků studie je patrné, že v kontextu uspokojení potřeb starších osob jsou nejdůležitější základní potřeby a nácvik soběstačnosti nemocného. Za jednu z nejdůležitějších dovedností považují sestry komunikaci s pacientem a jeho rodinou.

### **Klíčová slova**

Starší lidé, potřeby, sestry, nemocniční péče

## Úvod

Fenomén stárnutí populace a dlouhověkost se stává celosvětově klíčovou politickou otázkou. Důvodem je ten fakt, že počet starších osob v populaci celého světa významně roste [1].

Z aktuální statistické analýzy dat ČR je zřejmé, že v posledním desetiletí se nárůst absolutního i relativního počtu seniorů zrychlil. S tímto se také zvýšil počet obyvatel ve věku nad 85 a 90 let. Nejvyšší přírůstky jsou však patrné ve věkové kategorii 65+ (v roce 2000 – 446.626, 2010 – 544.522 a 2019 – 679.309 osob) [2]. Z predikce dokumentu MPSV Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025 se předpokládá, že v roce 2050 bude v kategorii 65+ každý třetí obyvatel a ve věkové kategorii 80+ to bude každý jedenáctý člověk [3].

Zásadní otázkou však bude, zda tito starší a déle žijící osoby žijí zdravý a relativně plnohodnotný život a mohou být pro společnost ještě v mnohém prospěšní, a dále zda tito lidé budou žít převážně v horším či špatném zdravotním stavu. Zabývat se tuto situací by mělo být prvořadým úkolem a prioritou každé země, a to s cílem stanovit efektivní strategii péče o starší populaci. Je zřejmé, že problematika stárnutí populace zcela jistě ovlivní nejen systém zdravotní péče, ale i další odvětví [1].

V České republice je péče o starší osoby řízena pomocí dvou resortů, a to Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí. Regionálně, je řízena kraji, místně obcemi a zdravotní péče je financována zdravotními pojišťovnami. Tato roztržitost způsobuje obtíže v řízení a financování péče, navíc s nejednoznačnou legislativou obou resortů, která není adekvátně sladěna. Dále je zřejmé, že počet lůžek v domovech pro seniory a na odděleních následné nemocniční péče se již několik let zásadně nezměnil. Také podíl HDP výdajů do této oblasti se v posledních letech snižuje. Je alarmující, že pokud v této oblasti nedojde k zásadním změnám zohledňujícím zvyšující se nároky péče o seniory a rostoucí podíl starších osob ve společnosti, hrozí kolaps celého systému [3].

Autoři publikující v této oblasti poukazují na to, že je třeba změnit jak strategický přístup v řízení systému zdravotnictví, tak i v porozumění současným trendům péče o starší osoby a jejich specifickým potřebám [3, 4, 5, 6]. V péči o starší osoby je zdůrazňován požadavek geriatrické péče a komplexního geriatrického posouzení a diagnostiky [3, 4, 5]. Důležitý je holistický přístup se zajištěním celkové kvality života seniorů, a to ve všech oblastech (fyzické, psychické, sociální a

spirituální). Dalším souvisejícím a neméně významným tématem je zvyšující se počet starších lidí s demencí a specifika péče o ně [3, 4,].

Ve srovnání s mladší populací je poukazováno na úskalí a rizika péče o starší nemocné. To je způsobeno zejména multimorbiditou a křehkostí těchto osob. K nejčastějším komplikacím patří pády, dekubity, podvýživa, pokles funkčních schopností či delirium. To má za následek prodloužení délky hospitalizace. Důraz je kladen na kvalitu poskytované péče a její dostupnost, ale i na další aspekty života jako jsou hodnoty, víra, důstojnost a autonomie člověka [9].

### **Cíl studie a uskutečněné výzkumy oblasti péče o seniory v nemocničním prostředí**

Cílem této studie je zjistit potřeby seniorů a problematiku jejich uspokojování v nemocniční péči pohledem nelékařského zdravotnického personálu. Předložená studie navazuje na projekt Grantové agentury Univerzity Karlovy (GAUK), který je zaměřen na potřeby zvláště vulnerabilních pacientů vyššího věku v domácí a nemocniční péči. Výzkumnému šetření této oblasti předcházela rešerše české a zahraniční literatury, jejichž výsledky byly publikovány. Z analýzy výsledků review české literatury vyplynulo, že ačkoliv existuje mnoho příspěvků zabývajících se problematikou potřeb starších osob, směřují spíše k obecnému a teoretickému hodnocení. Ze zjištění je patrné, že chybí literatura, která by prezentovala výsledky výzkumů z reálné praxe pohledem starších pacientů [10]. Formou scoping review zahraniční literatury bylo nalezeno 16 článků prezentujících výsledky výzkumných šetření mapujících názory a zkušenosti starších osob v nemocnicích. I zde jsou však patrné mezery v literatuře, neboť je zjevné, že některá témata jsou řešena pouze okrajově nebo vůbec. K těm patří například základní fyziologické potřeby, jako je potřeba hygieny, vyprazdňování či spánku [11].

Výše uvedené důvody a participace v projektu GAUK byly podnětem, aby se autoři kvalitativním výzkumným šetřením dále zabývali. První výzkum, kvalitativní šetření formou semistrukturovaných rozhovorů s pacienty byl proveden v roce 2020. Sběr dat byl uskutečněn ve třech zdravotnických zařízeních na odděleních následné péče (Praha, Liberecký a Karlovarský kraj). Z uskutečněných rozhovorů vyplynula pozitiva, ale i negativa poskytované péče. Bylo zřetelné, že v mnohém kvalitu péče negativně ovlivňuje organizace práce a zaběhlé rutiny a péče o seniory není dostačující (bude publikováno).

K ucelení informací, jsou níže prezentovány výsledky focus group získaných od zdravotníků pečujících o seniory v nemocniční péči.

### **Metody výzkumu**

Byla použita kvalitativní výzkumná metoda, kdy je kladen důraz na pochopení, interpretaci a získání nových informací o zkušenostech a jednání jednotlivců. Kvalitativní výzkum se cíleně zaměřuje na zachycení perspektiv zkoumaných jedinců s cílem autenticky zachytit jejich pocity a postoje [12, 13, 14]. Tyto metody jsou s výhodou uplatňovány v mnoha lékařských oborech, zejména při získávání zkušeností od zdravotníků [15, 16]. Data byla shromažďována pomocí focus group s následnou analýzou dat. Z důvodu spolehlivosti a minimalizace potencionálního zkreslení dat byla dodržována doporučení autorů publikujících v této oblasti [16, 17, 18]. Výzkum byl doplněn o informace vedoucích sester, a to formou jednoduchého dotazníku. Otázky jsou uvedeny v tabulce č. 1.

### **Sběr dat a účastníci výzkumu**

Sběr dat byl uskutečněn v termínu od února do července roku 2020 a to na odděleních následné péče. Všechny rozhovory byly zaznamenány pomocí diktafonu a následně doslovně přepsány. Délka jednotlivých skupinových rozhovorů trvala maximálně do jedné hodiny s tím, že účastníkům výzkumu byl před započítím sběru dat, představen záměr a cíl výzkumného šetření a projektu GAUK. Důležité bylo prvotní navození vzájemné a pozitivní spolupráce. Dotazy formou otevřených otázek byly připravovány, komunikovány a odsouhlaseny výzkumným týmem projektu GAUK. Všem účastníkům byly úvodem položeny základní otázky: „*Můžete popsat, co je v péči o nemocné důležité? Co od Vás pacienti očekávají? Co je v péči o nemocného Vaší prioritou?*“ Pro lepší pochopení respondentů bylo položeno několik doplňujících otázek: „*Jak vnímáte komunikaci a spolupráci s pacientem a jeho rodinou? Můžete popsat, jaká jsou v péči o nemocného pozitiva a co vás uspokojuje? Jsou v péči o nemocné nějaké obtíže, bariéry či negativa?*“

Do výzkumného šetření byli zařazeni zaměstnanci ze skupiny nelékařských zdravotnických pracovníků. Výzkumu se účastnilo celkem 22 zaměstnanců, rozdělených do šesti fokusních skupin. Jejich demografické údaje jsou uvedeny v tabulce č. 2. Respondenti byli osloveni formou pozvánek na pracovních schůzkách nebo odesláním pomocí pracovního e-mailu. Podmínkou účasti výzkumu byla minimální praxe do dvou let se zkušeností v péči o starší osoby ve věku 65 let a více. Před samotným započítím výzkumu byly osloveny vedoucí sestry příslušných nemocnic (náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a vrchní sestry oddělení) s domluvou o organizačních náležitostech. Účastníci výzkumu svůj souhlas potvrdili podpisem informovaného souhlasu s projektem, jehož součástí je i toto šetření.

## **Analýza dat**

Získaná data byla opakovaně kódována, následně kategorizována a redukována [19]. Byl dodržen koncept metodik focus group s tím, že analýza by měla být systematická, postupná, ověřitelná a kontinuální. Jak uvádí Rabiee [16], proces kvalitativní analýzy si klade za cíl přinést výzkumu smysl, než hledání pravdy. Základ analýzy tvořily hlavní kategorie, ve kterých byly hledány souvislosti mezi jednotlivými kódy s uskupením informací do dalších podkategorií. Celý proces byl opakován a postupně revidován s úpravou jednotlivých kategorií a podkategorií. Výsledek je uveden v tabulce č. 3. Z důvodu sběru velkého množství dat a v kontextu cíle výzkumu, se analýza zaměřila výhradně na oblast potřeb pacientů. Postup analýzy byl průběžně komunikován se členy výzkumného týmu. Při analýze byl kladen důraz na odpovědi několika otázek: „*Odpověděl účastník na otázku, která mu byla položena nebo odpovídá svým komentářem na dotaz jiný? Říká nám obsah odpovědi něco důležitého? Je v odpovědích něco, co již bylo dříve řečeno [16]?*“ Pomocí analýzy dat je důležité se soustředit na to, co je v odpovědích zjevné, co se nám účastník snaží říci, co se děje a jaký je význam příběhu, který nám sděluje [17].

## **Etické hledisko**

Předložená výzkumná studie byla realizována a financována v rámci výzkumného projektu GAUK pod registračním číslem 760219 ve spolupráci se členy výzkumného týmu. Tato studie byla schválena etickou komisí Gerontologického centra v Praze dne 2. 11. 2018. Všichni aktéři výzkumného šetření podepsali informovaný souhlas. Zvukově nahrané a přepsané rozhovory byly anonymizovány, uloženy a jejich přístup je chráněn heslem.

## **Výsledky výzkumu**

Pomocí focus group byly zjištěny, analyzovány a následně definovány čtyři základní oblasti (kategorie) potřeb seniorů a problematiky jejich uspokojování v nemocniční péči, tak jak je vnímají zdravotníci. Jedná se o tyto kategorie: uspokojování základních potřeb, sociální kontakt, psychika nemocného, zkušenosti v péči o seniory. Jednotlivé kategorie jsou řazeny podle priorit výpovědí sester. Některé z odpovědí personálu jsou popisovány doslovně, tak aby byla zachována autenticita jejich vyjádření.

## **Uspokojování základních potřeb**

Z výpovědí sester jednoznačně vyplynulo, že v péči o nemocné je jejich prioritou uspokojení základních potřeb nemocného a nácvik soběstačnosti. To považují

za důležité především pro to, že většina jejich pacientů je spíše nesoběstačných nebo soběstačných jen částečně. Uspokojení potřeb v tomto ohledu je saturováno především ošetrovatelským personálem. Většina sester se shoduje na tom, že na prvním místě je hygiena, potřeba jídla a vyprazdňování. „Čistota je asi nejdůležitější, na tom závisí všechno ostatní, pohodlí a spokojenost pacienta....“. „Musíme uspokojit hlavně základní potřeby, umýt pacienta, přebalit, převléci..“. „Je to nikdy nekončící proces, pořád do kola, na jedné straně oddělení začneme a můžeme začít znovu. To hlavně u těch zmatených a ležících pacientů... co už vůbec nevnímají“. „Závisí na tom, jak dalece je pacient soběstačný a co zvládne“.

Ošetrovatelský personál zároveň s tímto vyjadřuje náročnost práce se starými lidmi s tím, že se mnohdy cítí fyzicky i psychicky vyčerpan. Práci popisují jako rutinu, při které jim chybí dostatek času, tak aby se mohly mnohem pečlivěji věnovat jednotlivým lidem. Největší obtíže spatřují v nedostatku personálu, respektive času na nemocné. To zejména v době dovolených, kdy tento problém ještě více graduje. „Pomůcek máme dost, to si nemůžeme stěžovat, ta doba kdy si pacient a jeho rodina musela všechno do nemocnice donést, je dávno pryč, máme pleny, různé krémy a hygienické potřeby, sester je však zoufale málo“. Podmínky k ošetření pacienta máme, to ano, ale je nás pořád málo, to pak pacienta, který je celkem soběstačný šidíme na úkor druhých. Není čas pořádně s člověkem popovídat, vyslechnou ho a někdy taky ani není nálada....“. Zároveň doplňují: „Je to náročné, ale máme stejně staré rodiče, je to dobrá zkušenost“.

Personál se shoduje na tom, že s uspokojením základních potřeb nemocného souvisí jeho spokojenost: „Priorita je spokojenost pacienta, ale ne vždy se to podaří. Někdy se sebevíce snažíme a pacient není někdy i tak spokojen, děláme, co můžeme“.

Jedna ze sester zdůraznila, že v péči o nemocné je nejdůležitější ošetrovatelská péče: „Snažíme se lidem vyhovět a zaměřit se na to, co nemocní potřebují, nejsme akutní péče, nejde jen o to podávat léky, ale zajímat se o člověka. Někdy se pacient zhorší, pak se nevyhneme a podáváme léky a infuze“. „Je to naše práce, uspokojit základní potřeby pacienta a snažit se o jeho spokojenost“.

### **Sociální kontakt**

Sestry se domnívají, že mezi nejdůležitější aspekty péče patří spolupráce a pozitivní komunikace. To je zásadním krokem v navázání prvotního kontaktu s pacientem i jeho rodinou a v navození pocitu důvěry. Jak uvádějí sestry: „To, že nám pacient důvěřuje a spolupracuje, je hodně důležité“. Mnohdy na nás čekají, chtějí si



*popovídat a i když jsou pacienti, kteří jsou málomluvní, je dobré jim říkat, co právě budete dělat nebo s nimi děláte..“.* „Je to něco, co nás nic nestojí, být prostě milé a pozorné“.

Personál zároveň avizuje, že je komunikace se staršími lidmi náročná a někdy i vyčerpávající. V tomto ohledu je častou komplikací dezorientace a demence nemocného. „Je to náročné, musíte něco opakovaně vysvětlovat, stát u nich a přesvědčovat se, že rozumí, co po nich požadujeme“. „Někdy jsou vtipné okamžiky, na někoho mluvíte nahlas, protože si u všech automaticky myslíte, že špatně slyší, nerozumí a pacient nám řekne, proč jste sestřičko ošklivá a křičíte, vždyť já vám dobře rozumím“.

V komunikaci s pacientem není důležitý jen verbální kontakt a navázání spolupráce, ale také fyzické doteky a neverbální projevy. „Pacienti mají rádi, když je pohládíte nebo jen chytíte za ruku, jsou sami a nemají tady nikoho“. Jak uvedla jedna ošetřovatelka: „Nemocný si hned všimne, že se neusmíváte, moc nemluvíte a něco se stalo, prostě někdy člověk nemá náladu, ale musíme si na to dávat pozor, pacienti si hned myslí, že je to jeho vina“.

Personál hodnotí spolupráci s rodinou, jako mnohem komplikovanější než s pacientem. Zároveň uvádí, že to je dobrý ukazatel toho, jak rodina skutečně funguje. „Rodina má mnohdy jinou představu a vůbec netuší, jak moc je péče o jejich příbuzného náročná“. „S ničím nepomůžou, o svého příbuzného nemají ani zájem a jen kritizují.“ „Často jim jde jen o peníze a příbuzných, který mají opravdový zájem a ochotu pomoci je jen málo.“ Často vůbec netuší, co je demence, chybí jim informace, když je jim to vysvětleno, jen se udivují“. Jedna ze sester doplnila: „Ovšem nemůžeme všem křivdit, některé rodiny jdou až za mez svých možností, příbuzného si vezmou domů i ve špatném stavu, aby dožil doma“. To obdivuji, sama bych to asi nedokázala“.

### **Psychika nemocného**

Kvalita péče a uspokojení potřeb se projevuje úrovní psychického stavu nemocného, jeho celkovou pohodou a spokojeností. Do tohoto procesu vstupují různé komplikace, jako je zhoršení zdravotního stavu, bolest a poruchy spánku. „Každý pacient je jiný, někdo nedává smutek najevo a moc nekomunikuje, ale je potřeba si toho všimnout“. Pokud to pacient vzdal, hodně rychle se zhorší“. Často nám pacient říká, co se dá dělat, lepší to nebude a někdo už řekne, já už chci umřít...“.

V psychice nemocného je důležité jak se vyrovnal a adaptoval na novou situaci a zmů,ľenu prostředí. „Adaptaci při přijetí sledujeme tak 2-3 dny většinou“. Ted' je

*situace ještě mnohem horší, covid je od rodiny odřízl úplně, oni se nebojí covidu, ale samoty, stýská se jim..“*

Personál se průběžně setkává s případy naprostého nezájmu rodiny: *„To je pak hodně smutné, sociální pracovnice se sice snaží rodinu kontaktovat, ty mají ale různé výmluvy, proč prostě nepřijít, mnohdy ani nezavolají, aby se na zdravotní stav nemocného dotázali“. Jsou staříci, kteří si to nechtějí připustit a ještě své děti omlouvají, jsou přítom ale hodně smutní“.*

### **Zkušenosti v péči o seniory**

Personál všech zdravotnických zařízení také sdílel své zkušenosti a komplikace či bariéry, které v péči o starší osoby a ve spolupráci s rodinou mají. Výpovědi se téměř shodovaly. Za pozitivní vnímají: *„To když nás pacient pochválí a řekne, jste hodná sestřičko“.* *„Když je pacient spokojený, je to i naše spokojenost.., a o co víc, když je i rodina spokojená“.* Jedna z přítomných sester to vyjádřila slovy: *„Přijdou ve špatném stavu a najednou vzkvétají, zlepší se a postaví se, je vidět ten posun, radost a snaha nemocného“.* Nebo dále: *„Když se podaří a mohou se vrátit domů nebo ke své rodině“.*

Za negativní aspekty péče zdravotnický personál označil především nespolupracujícího pacienta a komplikace s rodinou: *„Nejhorší je to, když to pacient úplně vzdá a už nechce žít, nespolupracuje“.* *„Když je rodina špatná, moc za pacientem nechodí a jen nás obviňuje, to je trapné mnohdy i nemocnému...“.* Obtíže personál spatřuje v tom, když je pacient téměř nesoběstačný: *„Omezení v pohybu, je omezení ve všem, pacient musí o vše zažádat a vadí mu, když je závislý na nás, to pacienti nesou velmi těžce i když se hodně snaží“.* *„Nechtějí obtěžovat a často od nich slyšíme, sestřičko nezlobte se na mě“.* Jedna z účastnic diskuze doplnila vlastní pocity: *„To si často uvědomuji, že také stárnu a možná tady budu ležet a prosit o pomoc, to bych nechtěla, být úplně závislá, to nechci“.* *„To mě motivuje, být vstřícná a milá, i když jsem už v práci hodně unavená“.*

### **Výsledky dotazníkového šetření vedoucích sester**

K ucelení informací byly také osloveny vedoucí sestry dotčených oddělení. Těm byl předán stručný dotazník s žádostí o jejich vyplnění. Pouze jedno ze tří zdravotnických zařízení vyjádřilo spokojenost s financováním a realizováním požadavků na vybavení a stavební uspořádání prostor, tak aby vyhovovalo potřebám starších osob. Ostatní vedoucí sice pozitivně hodnotí jednání s managementem nemocnic, ale požadavky na reorganizaci oddělení nejsou často řešeny vůbec a stavební úpravy neodpovídají zdaleka pobytu staršího člověka v nemocnici. Všichni se však

shodují na tom, že základních i specifických pomůcek k ošetrovatelské péči nemocného mají dostatek.

Na dotaz, co vnímají v péči o starší osoby za největší úskalí a komplikace označili nedostatečný sociální kontakt, nezájem rodiny a málo rehabilitační péče. O pohybové aktivity se starají ve značné míře sestry v rámci rehabilitačního ošetrovatelství, ty rehabilitaci zajišťují i o víkendech, kdy není k dispozici fyzioterapeut. V komunikaci s rodinou převažovala spíše horší zkušenost. K nedostatkům prostor oddělení patří: příliš velké pokoje a nedostatek soukromí, chybějící sociální zázemí v blízkosti pokoje, absence společenské místnosti a prostor na doprovázení člověka při umírání. Pouze v jednom zařízení nebyla možnost pacienta doprovodit na terasu či balkon, vždy když je hezké počasí.

Na odděleních následné péče pravidelně hodnotí spokojenost pacientů a mají zájem o jejich názory. Jedno z oslovených zařízení nepoužívá hodnotící screeningovou škálu pro vyšetření úrovně demence s tím, že je toto zjišťováno psychologem pouze v případě ordinace lékaře. K běžně a pravidelně monitorovaným oblastem patří: pády, dekubity, bolest, péče o rády, výživa a hydratace, vyprazdňování a spánek. Je sledována a zaznamenávána psychika nemocného. Pouze v jedné nemocnici sledují i vedlejší účinky léků.

Mezi nejčastější doplňkové a volnočasové aktivity vedoucí sestry shodně uvedly psychoaktivizaci, nácvik soběstačnosti a ergoterapie, pohybové aktivity a sociální poradenství. Dvě zařízení podporují kulturní aktivity s předčítáním knih a organizováním koncertů za pomoci dobrovolníků a dále také nutriční intervenci a canisterapii. Jedno ze zařízení se také u pohyblivějších pacientů věnuje józe.

Vedoucí zaměstnanci podporují a umožňují vzdělávací aktivity zaměřených na tuto oblast péče, ne vždy se však shledávají se zájmem zaměstnanců. Z odpovědí je jednoznačné, že finanční prostředky na tyto aktivity mají.

## **Diskuse**

Cílem studie bylo zjistit potřeby seniorů a jejich uspokojování v nemocniční péči pohledem zdravotníků. Analýzou dat bylo jednoznačně prokázáno, že dominantní úlohou je uspokojení základních potřeb. Za zajímavé lze pokládat, že ani v jedné z výpovědí kvalifikovaného personálu nezaznělo, že pro pacienty jsou důležité i další tzv. vyšší potřeby, jako např. pocit bezpečí, úcty a seberealizace. Z výše uvedených výsledků je zřejmé, že v tomto procesu je nejdůležitější hygiena, potřeba jídla, vyprazdňování a soběstačnost nemocného. V porovnání s výzkumem zjišťující názory a

zkušenosti hospitalizovaných seniorů, byla na prvním místě avizována potřeba sebezpečí. Ze základních potřeb pacienti uváděli navíc řešení bolesti a zachování intimity. V kontextu péče o ně, byl kladen důraz na osobnost sestry. To deklaruje ten fakt, že potřeby jsou ovlivňovány především mírou funkční zdatnosti seniorů [20]. Uspokojení potřeb, je chápáno jako vzájemně propojený a interaktivní systém [21]. Podle Maslowa [22] je hierarchie potřeb dána tím, že vznik nové potřeby je závislé na neuspokojení potřeby předcházející. To znamená, že v identifikaci potřeb jsou důležité otázky nejenom toho, jaké má člověk potřeby, ale i jakým způsobem a do jaké míry jsou uspokojovány. Jak se shodují někteří autoři, míra saturace potřeb a jejich uspokojování je u starších osob ovlivňována zejména věkem, zdravotním stavem, ale i aktuální situací [20, 21, 22]. Výsledky výzkumu poukazují na to, že v celém procesu ošetrovatelské péče je důležitá míra soběstačnosti pacienta a její nácvik. V tomto ohledu je nezbytně nutné respektovat zásady jako je samostatnost, nezávislost a důstojnost člověka [23]. Na významu nabývají pojmy geriatrické péče a geriatrického ošetrovatelství, které v sobě zahrnují celkovou péči o seniory. Důležitým nástrojem v posouzení potřeb je komplexní geriatrické hodnocení stavu nemocného. Vzdělání sester by mělo vést k tomu, aby sestry uměly lépe vyhodnotit stav a komplexní potřeby geriatrických pacientů a společně s nimi byly schopny stanovit adekvátní cíle péče [4, 20, 24].

Pozitivním faktem je, že v péči o nemocné má personál dostatek základních a specifických pomůcek. Ze strany zdravotníků je vnímáno, že poskytovat kvalitní péči, je jejich prvořadým úkolem. Zároveň však poukazují na nedostatek personálu a nemožnost se pacientům řádně věnovat. Sestry dále avizují, že práce se staršími lidmi je mnohdy vyčerpávající. To je také prezentováno v odborné literatuře s tím, že poskytovat celodenní péči o seniory je nejenom náročné, ale navíc se zde předpokládá znalost v porozumění a respektu zvláštnostem seniorského věku [20]. Důraz je kladen na schopnost personálu umět posoudit biopsychosociální potřeby člověka [20]. Na možné bariéry a obtížnost práce se seniory poukazují také další autoři. Zároveň zdůrazňují, že personál by měl mít podporu vedoucích oddělení a manažerů nemocnic [25, 26].

Komunikace a znalost komunikačních dovedností je personálem hodnoceno za stěžejní schopnost, zejména v navázání pozitivní spolupráce. To je podstatné jak směrem k pacientovi, tak i k jeho rodině. Jan uvádí například Kelley [27], je prokázáno, že existují mezery v komunikaci jak mezi personálem, tak k pacientům a jeho rodině a je třeba je odstranit. Personál si je dále vědom toho, že komunikace a spolupráce znamená důvěru. V komunikaci se staršími lidmi je zdůrazňována trpělivost a dostatek

času, zejména s pacienty, kteří jsou dezorientovaní nebo trpí demencí. Důraz je kladen na potřebu dostatku informací. Zdravotníci však kriticky hodnotí spolupráci s rodinou nemocného. Jak prezentují, ze strany rodiny je patrný častý nezájem a neochota spolupracovat. V oblasti komunikace je zároveň apelováno na použití jednoduššího jazyka, tak aby pacient dobře porozuměl. V literatuře je zároveň zmiňováno, že předsudky vůči starším lidem vedou obvykle k chybám v komunikaci a celkově negativnímu přístupu. Tomu je třeba se vyvarovat [28, 29]. S komunikací je spojována také důstojnost a její respektování. Je prokázáno, že jednání a chování zaměstnanců má přímý vliv na zachování důstojnosti starších osob. V tomto ohledu ještě existuje velký prostor na to, aby se stávající situace zlepšila a to zejména cestou dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků, které bude více cíleno na specifické potřeby geriatrických pacientů [29].

V oblasti psychiky nemocného, upozorňují zdravotníci na dva negativní aspekty péče. Jedním je ten fakt, že celkový zdravotní stav má vliv na psychiku nemocného. Druhým negativem je, že naopak špatný psychický stav zhoršuje celkové zdraví a kvalitu života starších lidí. Sestry kladou důraz na význam adaptace pacienta při jeho přijetí do nemocnice. Dále zdůrazňují, že dalším podstatným atributem, který ovlivňuje psychiku nemocného, je nezájem rodiny a samota. Problematiku sociální izolace, samoty a vzájemného působení jednotlivých oblastí s ovlivněním psychiky a adaptací starších osob popisují i někteří autoři. Také dokument WHO upozorňuje na výsledky výzkumů, které uvádějí, že psychické týrání starších osob se pohybuje v rozmezí 28% až 62%. Ztráta funkčnosti vede k závislosti na péči a strádání nemocného [1]. Je zřejmé, že kvalita péče úzce souvisí s kvalitou života a prožíváním pacienta [23].

Všeobecně se názory na zkušenosti ošetrovatelského personálu v péči o starší pacienty mezi sebou nijak neliší. To, co je v práci motivuje a těší, je spokojenost či pochvala pacienta a jeho rodiny. Ošetrovatelé však považují za nejvíce pozitivní zlepšení celkového stavu nemocného a možnost jeho propuštění do domácí péče. Za negativa vnímají nespolupracujícího pacienta a jeho celkovou nesoběstačnost. Ačkoliv je však z výsledků výzkumu patrné, že práce se seniory přináší různé komplikace a bariéry, není toto nikterak pro personál stresující či demotivující. Důraz je kladen na dobré pracovní vztahy, pozitivní klima a vhodné pracovní podmínky [25, 31]. Je prokázáno, že pracovní zátěž, stres a vyčerpání má přímý vliv na spokojenost a motivaci sester. Existuje nerovnováha mezi tím, co ošetrovatelé musí a chtějí udělat a co je skutečně reálné a v jejich silách. Úkolem vedení nemocnic, by mělo být eliminovat

případné faktory zátěže, jako je nedostatek personálu a špatná organizace práce [31]. Také prostředí, které není uzpůsobeno věku a specifickým péči o starší osoby, může pro ošetrovatelský personál znamenat nadbytečnou zátěž či omezení a komplikace [26].

Z informací dotazníkového šetření je zjevné, že prostředí oddělení pečujících o starší osoby velmi často není vhodně stavebně ani funkčně uzpůsobeno a je zátěží v práci sester a komplikací pro nemohoucí pacienty. To vyplývá i z několika zahraničních studií, které apelují na nutnost úpravy prostředí oddělení, tak aby odpovídalo požadavkům péče o starší osoby [27, 32]. Je však potěšující, že oddělení poskytují bohatou škálu volnočasových služeb pro pacienty a jejich aktivizaci. Vedoucí pracovníci podporují vzdělávání sester. To je podpořeno i dostatkem finančních prostředků. Vzdělávání a školení zaměstnanců má zásadní význam pro zkvalitnění poskytované péče a to nejen v zajištění dostatku kvalifikovaného personálu, ale i z důvodů pozitivní organizační změny [33].

### **Implications**

Výsledky výzkumu mohou přispět ke zlepšení péče o pacienty v nemocnicích. Je zřejmé, že názory a zkušenosti starších osob jsou cenným zdrojem informací a měly by být vodítkem v úsilí o optimalizaci péče o ně. Další výzkumy této oblasti by byly přínosem.

### **Závěr**

Všeobecnou snahou v péči o seniory je zachování co nejvyšší možné míry jejich soběstačnosti a autonomie a to v přirozeném prostředí domova. To však s ohledem na zhoršující se zdravotní problémy a zejména křehkost, není vždy reálné. Pokud je starý člověk hospitalizován, je třeba respektovat zvláštnosti a rizika seniorského věku. Ve strategii péče o tyto osoby, by měla hrát dominantní úlohu geriatrická medicína a ošetrovatelská péče, která je orientovaná na individuální potřeby člověka [20]. V hierarchii potřeb jsou důležité jak potřeby základní, tak psychické, sociální a duchovní. [20, 21, 22].

Z výsledků studie je patrné, že v kontextu uspokojení potřeb starších osob jsou nejdůležitější základní potřeby a nácvik soběstačnosti nemocného. Za jednu z nejdůležitějších dovedností považují sestry komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Z praxe a zkušeností zdravotníků vyplynulo, že pro zdravotníky i pacienta je důležitý zájem a spolupráce rodiny.

### **Financování**

Tato studie byla podpořena projektem Grantové agentury Univerzity Karlovy číslo 760219 a projektem AZV MZ NV18-09-00587 Dlouhodobá péče pro pacienty s demencí, analýza současné situace u nás a v Evropě, možnosti transformace institucionální péče s ohledem na zlepšení kvality života, kvalitu péče a využití zdrojů.

**Konflikt zájmů**

Žádný

Příslušný autor za všechny spoluautory prohlašuje, že nedochází ke střetu zájmů.

## Literatura:

1. WHO (2015) World report on ageing and health. [Accessed 2020-11-27] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
2. ČSÚ (2021) Aktuální populační vývoj v kostce. [Accessed 2021-20-01] <https://www.czso.cz/csu/CZSO/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>
3. MPSV (2019) Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025. [Accessed 2020-12-01] [https://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2019-2025-ma\\_ALBSBADJYUA2.pdf](https://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2019-2025-ma_ALBSBADJYUA2.pdf)
4. Conroy SP, Bardsley M, Smith P, Neuburger J, Keeble E, Arora S et al (2019) Comprehensive geriatric assessment for frail older people in acute hospitals: the HoW-CGA mixed-methods study. *Health Serv Deliv Res* 7:1-171. <https://doi.org/10.3310/hsdr07150>
5. Fry M, Fitzpatrick I, Considine J et al (2016) Emergency department utilisation among older people with acute and/or chronic conditions: A multi-centre retrospective study. *Int. Emerg. Nurs.* <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.09.004>
6. McCormack, J (2002) Acute hospitals and older people in Australia. *Ageing and Society* 22:637-646. <https://doi.org/10.1017/S0144686X02008802>
7. Edvardsson D, Nay R (2010) Acute care and older people: challenges and ways forward. *Australian Journal of Advanced Nursing* 27:63–69
8. Wong KS, Ryan DP, Liu BA (2014) A System-Wide Analysis Using a Senior-Friendly Hospital Framework Identifies Current Practices and Opportunities for Improvement in the Care of Hospitalized Older Adults. *The American Geriatrics Society* 62:2163–2170. <https://doi.org/10.1111/jgs.13097>
9. Holmerová I et al. (2014) Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita. Grada, Prague
10. Bláhová H, Holmerová I (2018) Potřeby starších lidí v nemocniční péči – analýzy výsledků review české literatury. *Geri a Gero* 7:113-116
11. Bláhová H, Bártová A, Dostálová V, Holmerová I (2020) The needs of older patients in hospital care: a scoping review. *ACER* 2020:10-21. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01734-6>
12. Corbin J, Strauss A (2015) *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for developing Grounded Theory*. Sage Publications, California
13. Hendl J (2008) *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Portál, Prague
14. Miovský M (2006) *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada, Prague
15. Neergaard MA., Olesen F, Andersen RS, and Sondergaard J (2009) Qualitative description – the poor cousin of health research? *BMC Medical Research Methodology* 9:52. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-52>
16. Rabiie F (2004) Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society* 63:655-660. <https://doi.org/10.1079/PNS2004399>
17. Graneheim U, Lindgren B, Lundman B (2017) Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today* 2017:56:29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
18. Morgan DL (1996) Focus groups. *Annual Review of Sociology* 22:129-152
19. Robson C (1993) *The Real World Research. A Resource for Social Scientists and Practitioner researchers*. Blackwell Publishers Inc., Oxford
20. Příbyl H (2015) *Lidské potřeby ve stáří*. Maxdorf, Prague



21. Nešporová O, Svobodová K, Vidovičová L (2008) Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, Prague
22. Maslow A (1943) A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396. [online]. [online 2021-01-29]. <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>.
23. Nolan, MR, Brown, J, Davies S, Nolan J. Keady J. (2006) The Senses Framework: improving care for older people through a relationship-centred approach. Getting Research into Practice (GRiP) Report No 2. Project Report. University of Sheffield
24. Fox T, Sidani S, Butler JI, Tregunno D (2017) Nurses' Perspectives on the Geriatric Nursing Practice Environment and the Quality of Older People's Care in Ontario Acute Care Hospitals. *Can J Nurs Res.* 49:94-100. <https://doi:10.1177/0844562117707140>
25. Maben J, Adams M, Peccei R, Murrells T, Robert G (2012) Poppets and parcels: the links between staff experience of work and acutely ill older peoples' experience of hospital care. *International Journal of Older People Nursing* 7:83–94. <https://doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00326.x>
26. Shannon K, Grealish L, Cruickshank M (2018) The care of older people with dementia in rural Australian hospitals - a case study. *Australian Journal of Advanced Nursing* 36:6-15
27. Kelley ML, Parke B, Jokinen N, Stones M, Renaud, D (2011). Senior-Friendly Emergency Department Care: An Environmental Assessment. *Journal of Health Services Research & Policy.* 16: 6–12. doi:10.1258/jhsrp.2010.009132
28. Polat U, Karadağ A, Ulger Z, Demir N (2014) Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: Ageism in a hospital in Turkey. *Contemp Nurse* 48:88-97. <https://doi:10.5172/conu.2014.48.1.88>
29. Tauber-Gilmore M, Addis G, Zahran Z, Black S, Baillie L, Procter S, Norton C (2017) The views of older people and health professionals about dignity in acute hospital care. *Journal of Clinical Nursing* 27:223–234. <https://doi.org/10.1111/jocn.13877>
30. Hrozenská, M. a kol. (2008). Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko - praktické východiská. Osveta, Martin
31. Rauhala A, Fagerstrom ML (2007) Are nurses' assessments of their workload affected by non-patient factors? An analysis of the RAFAELA systém. *Journal of Nursing Management* 15:490 – 499
32. Calnan M, Tadd W, Calnan S, Hillman A, Read S, Bayer A (2013) “I often worry about the older person being in that system”: exploring the key influences on the provision of dignified care for older people in acute hospitals. *Ageing and Society* 33:465–485. <https://doi.org/10.1017/s0144686x12000025>
33. Moyle W, Borbasi S, Wallis M, Olorenshaw R, Gracia N (2010) Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. *J Clin Nurs.* 20:420-428

**Tabulka č. 1 – Seznam otázek dotazníkového šetření určenému vedoucím sestřám**

Máte možnost s vedením nemocnice diskutovat o potřebách oddělení (např. vybavení, organizační či stavební změny)?
Jsou vaše požadavky realizovány?
Myslíte si, že je Vaše oddělení vybavením a stavebním uzpůsobením vhodně uspořádáno věku a potřebám nemocného?
Máte dostatek pomůcek k ošetrovatelské péči o starší pacienty?
Co vnímáte v péči o starší osoby za největší nedostatky či úskalí?
Investuje se do vašeho oddělení?
Jaké oblasti péče pravidelně monitorujete?
Hodnotíte spokojenost pacientů?
Používáte nějakou z hodnotících screeningových škál pro demenci?
Podporujete vzdělávací aktivity personálu týkající se problematiky péče o starší osoby?
Jaké jsou Vaše zkušenosti s komunikací a spoluprací s rodinou?
Které z doplňkových aktivit realizujete?

**Tabulka č. 2 – Přehled demografických údajů účastníků výzkumu**

<b>Účastníci</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Medián</b>
<b>Všeobecné sestry</b>	13 women 2 men	40-60 40-50	50 45
<b>Zdravotničtí asistenti</b>	3 women 0 men	35-55	45
<b>Ošetřovatelé</b>	2 women 2 men	35-40 30-35	37,5 32,5

**Tabulka č. 3 – Analýza dat s výsledky kategorií a podkategorií**

<b>KATEGORIE</b>	<b>PODKATEGORIE</b>
<b>Uspokojování základních potřeb</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hygiena</li><li>- Potřeba jídla</li><li>- Vyprazdňování</li><li>- Nácvik soběstačnosti</li><li>- Pohodlí a spokojenost</li></ul>
<b>Sociální oblast</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Komunikace (verbální a neverbální)</li><li>- Spolupráce</li><li>- Důvěra</li></ul>
<b>Psychika nemocného</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Zájem o člověka</li><li>- Celková pohoda (well-being)</li><li>- spokojenost</li></ul>
<b>Zkušenosti v péči o seniory</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Negativní aspekty péče</li><li>- Pozitivní aspekty péče</li></ul>

## 4 Diskuse

Výše uvedené publikace této disertační práce jsou cíleně směřovány k prezentaci souhrnného přehledu základních informací týkajících se potřeb starších osob a problematiky jejich uspokojování v nemocniční péči. Diskuse výsledků jednotlivých prací jsou jejich nedílnou součástí a na tomto místě je z těchto důvodů jen stručně shrnuji. Z výsledků předložených publikací, a to jak z review české a zahraniční literatury, tak i z vlastního výzkumu vyplývá (Bláhová et al., 2021), že schopnost člověka uspokojovat své životní potřeby a přání je jedním z nejdůležitějších hledisek posuzování kvality života i kvality péče, která je lidem poskytována (Hudáková, Derňárová, 2011; Chloubová, 2005; Kalfoss, 2010; Koskenniemi, Leino-Kilpi and Suhonen, 2012; Kluit, Dijkstra and Rooij, 2018). Potvrzuje se, že zvláště problematické se jeví uspokojování potřeb člověka v nemocniční péči, jak uvádějí i někteří další autoři (Parusniková, 2005; Cichá and Dorková, 2012), resp. v době kdy se více či méně stává nesoběstačným a závislým na pomoci druhých osob (Burešová, Řezáčová and Stehlíková, 2009; Wernerová and Zvoníková, 2016).

Z analýzy dostupné (v češtině a angličtině publikované) literatury vyplynulo, že oblast péče o seniory v nemocničním prostředí je poměrně málo frekventovaným tématem (Burešová, Řezáčová and Stehlíková, 2009). Tento fakt je také v souladu s výsledky naší studie (Bláhová and Holmerová, 2018; Bláhová *et al.*, 2020). Navíc dále autoři odborných publikací poukazují na to, že péče o starší osoby není optimální (Pettersson, 2011; Cichá and Dorková, 2012; Nicholson, 2016), i tyto předpoklady se v naší studii potvrdily. Z výzkumného šetření je však zřejmé, že pacienti staršího věku jsou schopni a ochotni se vyjadřovat k tomu, jaká jsou jejich přání nebo čeho se jim nedostává (Bláhová *et al.*, 2021). Obdobně na toto poukazují také další výzkumy (Edvardsson and Nay, 2010; Ekdahl, Anderson and Friedrichsen, 2010; Koskenniemi, Leino-Kilpi and Suhonen, 2012). Také z výsledků focus groups je zřejmé, že zkušenosti a názory sester dobře vystihují potřeby a přání pacientů.

Výsledky review české literatury (Bláhová and Holmerová, 2018) poukazují na to, že poznatky týkající se oblasti péče o seniory jsou v teoretické rovině a výzkumu relativně dobře zprostředkované, a to zejména prostřednictvím přehledových studií a článků (Hudáková, Derňárová, 2011; Příbyl, 2015; Nicholso, Morrow and Fitzpatrick, 2017). Z dostupných pramenů se také jeví, že oblast sociální péče a problematika zajištění sociálních služeb seniorů jsou s ohledem na potřeby lidí mnohem lépe

zpracované než oblast zdravotní péče o seniory a to jak v teoretických poznatcích, tak i ve výzkumech (Nešporová, Svobodová and Vidovičová, 2008; Holmerová a kol., 2014). Dohledané publikace na téma potřeb seniorů z prostředí nemocniční péče obsahují víceméně opakující se teoretické poznatky, mnohdy dobře známé a elementární informace. Dostupné jsou výsledky některých výzkumů (Beksová, 2013; Bužgová, 2015) mapujících potřeby nemocných, jejich postoje a kvalitu života, ty jsou však cílené na určitou skupinu nemocných, například na pastorální péči a kvalitu života v jeho závěru nebo na onkologicky nemocné či na skupinu lidí s kognitivní poruchou (Macháčová and Holmerová, 2016). Také oblast důstojnosti a autonomie je podchycena více po teoretické stránce nebo v oblasti sociální či sociologické (Sýkorová, 2007; Burešová, Řezáčová and Stehlíková, 2009), ne však v období hospitalizace pacienta. Lze tedy konstatovat, že u nás dosud chybí literatura, která by objektivně poskytla informace o tom, jaká je kvalita péče o seniory ve zdravotnických zařízeních a o způsobu zajištění potřeb seniorů s ohledem na individualitu člověka, jeho práva a možnost seberealizace, zatímco v zahraničí jsou tato témata relativně často zkoumána, jak vyplynulo z přehledové studie předložené v disertaci (Bláhová *et al.*, 2020). Je tedy možné říci, že doposud u nás chybí zejména výzkumy a data, které prezentují názory a zkušenosti hospitalizovaných pacientů z reálné praxe (Bláhová, 2019).

Scoping review zahraniční literatury s cílem poskytnout a doplnit kompletní přehled literatury oblasti potřeb starších lidí v nemocniční péči pohledem pacientů (self-reported) poskytla podrobnější informace a ukázala, že ačkoliv je oblast péče o seniory poměrně frekventovaným tématem, jsou tyto studie hodnoceny spíše pohledem zdravotníků (Moyle *at al.*, 2010; Maben *at al.*, 2012; Polat *et al.*, 2016) či jiných osob (Khandelwal, N. *et al.* 2017) nebo v podobě analýzy dat získaných z nemocničních databází a zdravotnické dokumentace (Healy, 2002). Převážná část publikovaných článků se zabývala systémem a kvalitou péče o seniory spíše na obecné či teoretické úrovni. Oblast uspokojených a neuspokojených potřeb byla hodnocena nejčastěji formou různých testovacích metod (např. Mini-Nutritional test, ADLs – activities of daily living, Abbey Pain Scale), z jejichž výsledků byly potřeby dovozovány, a to zejména pohledem personálu a pečovatелů či rodinných příslušníků (Bláhová *et al.*, 2020). Pouze 15 článků bylo hodnoceno na základě informací a názorů získaných pohledem seniorů (self-reported needs). Finální tematická analýza těchto studií odhalila sedm základních témat: přístup a péče na odděleních s akutní péčí, důstojnost, nutriční péče, uspokojování potřeb pacientů, bolest, respekt a rozhodování a duchovní potřeby. I

výsledky této scoping review poukazují na skutečnost, že je třeba se více zaměřit na informace získané od samotných pacientů (Bláhová et al., 2020).

Review zahraniční literatury popisující postoje a názory pacientů byla následně doplněna také rešerší literatury mapující potřeby starších osob pohledem a zkušenostmi zdravotníků. Bylo dohledáno celkem 7 publikací. Z tematické syntézy dostupných studií vyplynulo celkem 8 celků: řízení rizik a bezpečí, bolest, problematika etiky, komunikace, prostředí a klima, chování zdravotníků, spolupráce, vzdělávání a pracovní podmínky. Z výsledků a názorů zdravotníků vyplynulo, že ve snaze vyhovět požadavkům akutní péče jsou opomíjeny některé ze základních potřeb nemocného. Ohrožena je důstojnost a autonomie starších lidí. Zdravotníci uvádějí, že jednou z hlavních priorit je zajistit bezpečnou péči o pacienta. Za obtížnou zdravotníci spatřují komunikaci se staršími lidmi, která vyžaduje trpělivost a empatii. Ztotožňují se s názorem nemocných, že prostředí urgentní či akutní péče nesplňuje požadavky a prostorové uspořádání v péči o tyto nemocné. Především však zdravotníci vyjadřují potřebu vzdělávání a praktických dovedností (bude publikováno).

Porovnáním výsledků všech těchto review se potvrzuje, že ačkoliv se naprostá většina vyhledaných publikací týkala obecných a teoretických informací, bylo dohledáno několik výzkumných studií, které prezentují názory a praktické zkušenosti a to jak pacientů, tak i zdravotníků. Je patrné, že níže definované potřeby a pohled na ně může být totožný nebo odlišný i s tím, že se jednotlivé potřeby také překrývají. Lze však říci, že informace o potřebách pacientů publikované v odborných periodikách mohou být prospěšné a velmi důležité, neboť poukazují na kvalitu poskytované péče. V kontextu toho, mohou být zjištěné informace prospěšné tuto péči zlepšit a transformovat ji optimálním způsobem. Proto považují za nutné, aby se výzkum, zejména výzkum v ošetrovatelství, na tuto problematiku zaměřil i u nás, neboť ze srovnání, které uvádím v příložené tabulce (tabulka č. 1) je zřejmé, že existuje mnoho oblastí potřeb pacientů, které nejsou dostatečně řešeny. Výsledky všech review a jejich porovnání jsou uvedené níže.

Tabulka č. 1 - Oblasti potřeb – porovnání výsledků scoping review

Oblasti potřeb		Scoping review české literatury	Scoping review zahraniční literatury - potřeby pohledem pacientů	Scoping review zahraniční literatury - potřeby pohledem zdravotníků
<b>Přístup v péči o nemocné</b>	Vzdělávání Komunikace Informace Citlivý a trpělivý přístup Spolupráce	Pouze v teoretické rovině	X	X
			X	X
			X	
			X	X
<b>Potřeby nemocného a jejich uspokojování</b>	Nutriční péče Bolest Duchovní potřeby Spánek Vyprazdňování Mobilita		X	X
			X	
			X	
<b>Důstojnost</b>	Respekt Rozhodování Etika		X	
<b>Pracovní podmínky</b>			X	
<b>Prostředí a klima</b>			X	
<b>Rízení rizik a bezpečí</b>			X	

Výsledky provedeného výzkumného šetření zaměřeného na zjištění postojů a názoru pacientů formou rozhovorů poukázalo v péči o seniory na několik důležitých oblastí. Zkušenosti a potřeby těchto osob byly členěny do čtyř hlavních kategorií – vnímání kvality lékařské a ošetrovatelské péče (organizace péče a prostředí), uspokojování potřeb nemocného (mobilita a soběstačnost, hygiena a čistota, jídlo a hydratace, bolest, intimita nemocného, osamělost), osobnost pečujících, autonomie a důstojnost (spolupráce a komunikace, rozhodování). Z výsledků provedeného výzkumu vyplynula obecná spokojenost a spíše pozitivní zkušenost pacientů s úrovní poskytované péče, což není běžným zjištěním v jiných studiích (Jurgens *et al.*, 2012; Clissett, P. *et al.*, 2013). Z šetření však vyplynulo několik oblastí, které pacienti považují za důležité a dále také negativní zkušenosti a slabá místa, které je třeba zlepšit. Výpovědi pacientů naznačují, že kvalitu péče v mnohém ovlivňuje organizace práce, nevhodné prostředí nemocnic a nedostatek času v práci sester, na obdobné skutečnosti poukazují i další autoři (Shannon, Cruickshank and Grealish, 2009; Kelley and stones, 2011; Meide, Olthuis and Leget, 2014). Typické jsou zaběhnuté rutiny péče, které

nedostatečně respektují specifické potřeby starších osob, obdobně jak poukazuje ve své studii o zkušenostech pacientů v nemocnici Meide, Olthuis a Leget (2014) nebo Nolan *et al.* (2006). Existuje řada faktorů ovlivňujících uspokojování potřeb nemocného. V případě této výzkumné studie bylo uspokojování potřeb ovlivněno zejména věkem a schopnostmi nemocného, především stupněm soběstačnosti a jeho funkčním stavem. Za nejvíce limitující považovali respondenti nemožnost pohybu a sebezpěče, což je zjištění, které odpovídá i výsledkům jiných studií (Meide, Olthuis and Leget, 2014, Fry *et al.*, 2016). Nejdůležitější potřebou je vnímáno uspokojování oblasti hygieny a čistoty, jídla a hydratace, zajištění bolesti a zachování intimity. Naše šetření prokázalo, že pro seniory je nejdůležitější uspokojení zejména základních lidských potřeb. Důraz byl kladen především na hygienu a oblast vyprazdňování. Toto zjištění není zcela v souladu s názory jiných autorů, kteří zdůrazňují například autonomii (Koskenniemi, Leino-Kilpi and Suhonen, 2012; Kluit, Dijkstra and Rooij, 2018), která však se schopností základní sebeobsluhy nepochybně souvisí a jiní důstojnost v péči (Tauber-Gilmor *et al.*, 2017). V této souvislosti se tedy nabízí i otázka, do jaké míry souvisí kvalita péče s prioritizací jednotlivých oblastí péče ze strany pacientů, tedy zda kvalitní a základní potřeby uspokojující péče vede například k tomu, že se na ně pacienti tolik nesoustředí. Někteří respondenti vyjádřili také pocit osamění. Z hlediska kvality péče byl pacienty kladen velký význam na osobnost sestry. Z výpovědi seniorů zaznělo, že mnohdy je jednání sester nevhodné. Obecně však byla hodnocena spolupráce a komunikace mezi pacienty a zdravotníky spíše pozitivně. Starší osoby vyjadřovaly zkušenost, že mohou bez obav vyjadřovat a sdělovat svá přání a potřeby. V oblasti rozhodování spoléhají spíše na názor lékaře, o jehož péči a znalostech nemají pochyb (Bláhová *et al.*, 2021).

Také výzkumné šetření zaměřené na zdravotníky přispělo k zajímavým výsledkům a informacím oblasti péče o starší osoby v nemocniční péči. Pomocí focus group byly zjištěny, analyzovány a následně definovány čtyři základní oblasti (kategorie) potřeb seniorů a problematiky jejich uspokojování v nemocniční péči, tak jak je vnímají zdravotníci. Jsou to tyto kategorie: uspokojování základních potřeb, sociální kontakt, psychika nemocného, zkušenosti v péči o seniory. Z výpovědi zdravotníků vyplynulo, že pro pacienty je nejdůležitější uspokojování základních potřeb s tím, že míra jejich naplňování je přímo závislá na funkční zdatnosti těchto osob a míry schopnosti sebezpěče, což podobně vyplývá i z jiných studií (Maben *et al.*, 2012; Fry *et al.*, 2016). V procesu péče o seniory byla komunikace a znalost komunikačních dovedností personálem hodnocena jako stěžejní a to zejména v navázání pozitivní



spolupráce s pacientem, ale i jeho rodinou. Ze zkušenosti zdravotníků však vyplývá, že spolupráce s rodinou je mnohdy komplikovaná a náročná, i toto zjištění se v dostupné literatuře vyskytuje relativně často (Jurgens *et al.*, 2012; Nicholson, Morrow and Fitzpatrick, 2017). Ošetrovatelský personál dále uvádí, že na celkové kondici starších osob se podílí psychika nemocného, jeho adaptace a sociální izolace. Z výzkumu vyplynulo, že práce se seniory je velmi náročná a mnohdy vyčerpávající. Navíc je zjevné, že prostředí oddělení pečujících o starší osoby není v mnoha zdravotnických zařízeních vhodně stavebně ani funkčně uzpůsobeno a akcentuje tak zátěží v práci sester a představuje komplikace pro pacienty s omezenou soběstačností. I na tyto skutečnosti poukazují někteří další autoři (Kelley and Stones, 2011). Mohu tak konstatovat, že názory a zkušenosti ošetrovatelského personálu v péči o starší pacienty zjištěné ve výše uvedeném výzkumu jsou v mnohém velmi obdobné s tím, což uvádějí již publikované práce. Je také nutné doplnit, že jak v rovině teoretické, tak praktické (ze zkušenosti personálu) je kladen důraz na respektování principů geriatrické medicíny a ošetrovatelství a takové ošetrovatelské péče, která je orientovaná na individuální potřeby člověka.

Z informací stručného dotazníkového šetření mezi vrchními a hlavními sestrami vyplynulo, že prostředí oddělení pečujících o starší osoby velmi často není vhodně stavebně ani funkčně uzpůsobeno a je zátěží v práci sester a komplikací pro nemohoucí pacienty. V návaznosti na tento fakt pouze jedno ze tří zdravotnických zařízení vyjádřilo spokojenost s financováním a realizováním požadavků na vybavení a stavební uspořádání prostor, tak aby vyhovovalo potřebám starších osob. Názory vedoucích sester se však shodují na tom, že základních i specifických pomůcek k ošetrovatelské péči nemocného mají dostatek. Dále je potěšující, že oddělení poskytují bohatou škálu volnočasových služeb pro pacienty a jejich aktivizaci. Vedoucí pracovníci taktéž podporují vzdělávání sester. To je podpořeno i dostatkem finančních prostředků. Za největší úskalí a komplikace je označován nedostatečný sociální kontakt, nezáměr rodiny a nedostatek rehabilitační péče.

S ohledem na uvedená zjištění všech sedmi prezentovaných příspěvků této práce vyplynulo jako důležité a žádoucí vydefinovat možné nástroje posuzování potřeb pacientů v nemocniční péči. To zejména takových, které mohou být snadno použitelné v praxi českého zdravotnictví. Dále jsou níže uvedeny klíčové informace a doporučení pro praxi a vládu České republiky. To je i jedním z hlavních cílů této práce. Doporučení

pro vládu a seznam použitelných nástrojů posuzování potřeb budou zároveň uveřejněny v publikaci podpořené projektem GAUK a to ve spolupráci s dalšími spoluautory publikujícími na toto téma.

## **Nástroje a podstata zjišťování a posuzování potřeb pacientů v nemocniční péči**

Z uvedených informací publikovaných článků této práce je zřejmé, že v péči o seniory vyžadujících hospitalizaci je nezbytně důležité zavést a do praxe aplikovat takové změny, které budou optimálním způsobem zasahovat do procesu řízení péče o ně. Těmi jsou kromě dalších opatření přiměřené standardizované nástroje. Z dostupné literatury byly identifikovány prostředky, kterými lze v podmínkách České republiky zjistit a posoudit potřeby pacientů v nemocniční péči. Ty se vzájemně mohou překrývat nebo doplňovat. Z výsledků úrovně péče o tyto nemocné prezentované v první části práce je patrné, že ačkoliv jsou některé z uvedených nástrojů v praxi hojně využívány, jsou spíše rutinní záležitostmi, nikoliv provázanými kroky či komplexním posouzením potřeb a péče o starší nemocné osoby. K těmto nástrojům patří:

- komplexní geriatrické posouzení,
- posouzení soběstačnosti,
- hodnocení geriatrické křehkosti,
- hodnocení a řízení rizik,
- hodnocení bolesti,
- zhodnocení kvality života,
- zjištění stavu osobní pohody,
- posouzení spirituálních potřeb.

Za základní nástroj zaměřený na zachování soběstačnosti a kvality života starších osob s prokazatelně nižší potřebou ústavní péče je považováno **komplexní geriatrické hodnocení** (Hirdes, 2006; Heckman, Gray and Hirdes, 2013; Wija, 2013). Toto hodnocení zahrnuje interdisciplinární a komplexní posouzení slabých a silných stránek jedince s nastavením plánované a koordinované péče. Výhod komplexního geriatrického hodnocení je mnoho. Mezi ně patří zejména zlepšení výsledků péče, snížení finančních nákladů a efektivní využití zdrojů. K dalším pozitivům patří plánování a podpora integrace péče, standardizace nástrojů, komplexnost, kompatibilita,

podpora kvality péče a možnost její srovnání v čase. Cílem tohoto přístupu je snaha o získání potřebných informací a posouzení celkového zdravotního stavu v oblasti funkčního výkonu, duševního zdraví, sociálního života a klinických problémů (Heckman, Gray and Hirdes, 2013). Nedílnou součástí geriatrického posouzení pacienta je stav hodnocení výživy formou zjišťování BMI (body mass index) či pomocí Mini-Nutritional Assessment, antropometrická měření a testování soběstačnosti (ADL – test základních sebeobslužných činností, IADL – test instrumentálních všedních činností). Doplňkově lze využít i laboratorní testování vyšetřením celkové bílkoviny a albuminu. K čteněji používaným patří tzv. Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení rizika malnutrice, kde se cíleně zjišťuje BMI, nechtěný úbytek hmotnosti, snížení příjmu potravy v posledních třech měsících a stresový faktor (Nováková, 2012).

**Soběstačnost** je definována jako schopnost a možnost svobodně uspokojovat své potřeby. Její postupné omezení nebo ztráta vede obvykle k částečné nebo úplné závislosti a až k nevyhnutelné institucionální péči. Hlavním jejím kritériem je posouzení míry samostatnosti a závislosti člověka (Lukšová and Vrablová, 2012). Nejenom z těchto důvodů je získávání informací této oblasti zcela zásadním krokem v posouzení funkčních nebo jiných schopností člověka. Znalost funkčního stavu je také součástí a jedním z kroků komplexního geriatrického hodnocení. Jak uvádí K. Macháčová a I. Holmerová (2016) jde o nástroj potřebný ke stanovení míry potřebné péče se snahou o dosažení co nejlepší možné kvality života a důležitým východiskem pro adekvátní alokaci potřebných zdrojů nebo příspěvku na péči (Macháčová and Holmerová, 2016). Zhodnocení soběstačnosti je důležité také pro posouzení účinku léčby, postupů rehabilitace, v doporučení vhodných kompenzačních pomůcek a získání informace o stupni nutné dopomoci nebo k indikaci domácí či ústavní péče (Lukšová and Vrablová, 2012). Podle WHO jsou rozlišovány tři základní stupně závislosti – lehká, střední a úplná. Na základě tohoto hodnocení by měl být stanoven plán ošetrovatelské péče zaměřený na saturaci či podporu zjištěných deficitů (Lukšová and Vrbová, 2012). Aktivita související se sebeobsluhou jsou definovány jako aktivity denního života (ADL – activities of daily living). K základním hodnotícím škálám patří již výše zmiňované ADL a IADL testy s tím, že ADL vyhodnocuje základní aktivity života (schopnost se stravovat, oblékat, koupat se, přemísťovat se, vyprazdňovat se a používat WC) a IADL posuzuje činnosti nutné k samostatnému životu ve vlastní domácnosti. Základem je hojně používaný a různě modifikovaný Katzův ADL index (Lukšová and Vrbová, 2012). Jednou z dalších alternativ je mezinárodně rozšířený Barthelův index který je

navýšen o položku hodnotící chůzi a pohyb do schodů. Celkově je zde pomocí dotazníku hodnoceno 10 aktivit denního života formou bodového rozpětí do čtyř skupin míry závislosti – nesoběstačný, středně nesoběstačný, mírně nesoběstačný a soběstačný (UZIS, 2021).

Aktuálně je jedním z dalších významných a řešených témat **geriatrická křehkost** a její diagnostika. Ačkoliv je tento pojem dnes již obecně přijímán, neexistuje jednotná metodika a přístup v testování. Diagnostika křehkosti je doporučována jak u pacientů ohrožených křehkostí (tzv. prefrail), tak již s rozvinutým syndromem. Dále je toto preventivně doporučováno i u pacientů nevykazujících známky zdravotního postižení, u pacientů onkologických a před provedenými elektivními chirurgickými výkony. Jedná se o různé výkonové testy ověřujících fyzickou zdatnost jako je například: rychlost chůze, test vstaň a jdi, měření svalové síly či test rovnováhy (Topinková *et al.*, 2013). Jako možnosti diagnostiky se nabízí stanovení kritérií křehkosti podle Friedové a kol. (2001) se splněním minimálně tří podmínek jako jsou neúmyslná ztráta tělesné hmotnosti, vyčerpanost či únava, nízká pohybová aktivita, pomalá chůze a svalová slabost (Fried *et al.*, 2001). Dále také dle Morley (2011) pomocí kritérií FRAIL (fatigue, resistance, ambulation, illness, loss of weight) (Kalvach and Holmerová, 2008; Topinková *et al.*, 2013).

Ve zlepšování péče o hospitalizované pacienty je třeba minimalizovat možná rizika a následné poškození nemocného. Jednou z možných strategií je **hodnocení a řízení klinických rizik a jejich prevence**. Mezi ně patří ohrožení integrity kůže, poranění a pády, špatná výživa a hydratace, poruchy polykání, problémy s inkontinencí, redukce kognitivních funkcí (demence nebo delirium), křehkost, komplikace související s užíváním léků a nevyřešená bolest. Dále také například prevence tromboembolické nemoci a nemocničních infekcí. Jakýkoliv screening, který může předejít dalšímu poškození pacienta lze považovat za užitečný (McGrath *et al.*, 2017).

Výsledky výzkumů a různých studií se shodují na tom, že bolest existuje vždy, když jí pacient vyjadřuje a reakce na ni, jsou zcela individuální. Ve **zjišťování a posuzování bolesti** jsou nejspolehlivějším ukazatelem informace získané od pacienta a to kdykoliv je schopen je poskytnout (Pasero, 2009). Ačkoliv je sebehodnocení bolesti nejspolehlivějším zdrojem informací, existují situace, kdy je tato schopnost pacienta limitována z různých důvodů. U křehkých starších osob to bývá důsledkem celkového zdravotního stavu, pohybovým, komunikačním nebo mentálním omezením. Je také běžné, že mnoho starších pacientů bolest neudává nebo ji popírá z různých důvodů

(obava ze závislosti, strach z dalších vyšetření, přesvědčení že bolest ke stáří patří). Důležitá je tedy i schopnost zdravotníků umět naslouchat, pozorovat a porozumět nejenom tomu co pacient sděluje a jak se cítí. Posouzení bolesti zahrnuje intenzitu, nástup bolesti, její trvání a přítomnost faktorů bolest zvyšující nebo zmírňující. K vyšetření seniorů se používají jednoduché nebo vícerozměrné metody doplněné o fyzikální vyšetření, laboratorní a přístrojové metody. Účelem nástrojů měření bolesti jsou zjištění mapující závažnost projevů, dopad na kvalitu života, odhalení patologických stavů a účinnost intervencí léčby bolesti. Mezi základní možnosti posuzování bolesti patří tyto nástroje: číselné škály (Numeric Rating Scales), slovní popis (Verbal Description Scales), vizuální analogová škála (Visual Analog Scale), deníky bolesti, dotazníkové metody, rozhovory, pozorování (Helme *et al.*, 2007).

Jeden z dalších užitečných ukazatelů v posuzování potřeb je **hodnocení kvality života** z pohledu jednotlivce (QoL - good quality of life). Základ hodnocení vychází z teoretické koncepce Lawtona (1982) zahrnující čtyři dimenze kvality – behaviorální (fyzické zdraví, funkční a kognitivní schopnosti a sociální chování), psychologickou pohodu a prostředí. Jedná se o komplex informací zjišťujících pocity štěstí, kognitivního fungování, sebepečení, zvládání změn, sociálního fungování, sebeurčení, altruistických činností, životních podmínek a bezpečnosti (Kafloss, 2010). K těmto účelům existuje řada různých nástrojů formou dotazníků uzpůsobených k určité skupině populace, věkové skupině nebo pacientů s konkrétním onemocněním. Pro potřeby hodnocení kvality života starších osob je tzv. WHOQOL-OLD dotazník (Kafloss, 2010).

K posouzení mentálního zdraví člověka lze využít koncept mapující stav prožívání **osobní pohody (well-being)**. Zjištění této oblasti jsou žádoucí také u osob staršího věku, kdy bývá v důsledku změn stárnutí, nevyhnutelné hospitalizace, změn zdravotního stavu a dalších souvisejících faktorů negativně ovlivněn duševní stav člověka. Cílem by měla být snaha o to, dosáhnout životní pohodu a spokojenost, eliminovat stresové faktory a navození pozitivní adaptace. Ke zjištění úrovně duševní pohody lze využít různých metod, Tou je například dotazníková metoda či sledování psychických změn nemocného. Nejčastěji užívanou metodou je sebehodnocení samotnou osobou. Ze strany zdravotníků, je třeba si všimnout projevů nechutenství, změn nálad, vyčerpanosti, poruch spánku, vnitřního napětí a nervozity (Blahutková and Dan, 2008).

Výsledky dostupných výzkumů poukazují na ten fakt, že zjišťování informací týkajících se **duchovních potřeb** je pokládáno za důležité. Také ve srovnání s běžnou

populací je oblast spirituality staršími osobami vnímána jako významná a vedoucí k celkové spokojenosti nemocného. S těmito potřebami jsou spojené otázky týkající se nejenom víry samotné, ale i například postojů hodnot a smyslu života, obav ze smrti, lásky, porozumění, naděje a odpuštění. K metodám zajišťující tyto informace mohou posloužit různé formy dotazníkových šetření nebo rozhovorů zprostředkovaných osobami pracujícími ve zdravotnictví jako jsou například nemocniční kaplani, jejichž úloha je nezastupitelná (Galek *et al.*, 2005, Hodge and Wolosin, 2012).

## **Klíčové informace a doporučení pro praxi**

Stárnutí populace a dlouhověkost je setrvalý stav, který se stal celosvětově klíčovou a politickou otázkou mající zásadní dopad na životy nás všech i celou společnost. S ohledem na to, že je tento vývoj očekávaný a předvídatelný, je třeba naplánovat potřebné kroky s cílenou snahou o okamžitou transformaci řízení systému zdravotnictví a dlouhodobé péče (WHO, 2015). Jak již bylo opakovaně prezentováno, je navíc zřejmé, že současné přístupy a trendy péče o seniory jsou nedostatečné a nekorespondují s rostoucí dlouhověkostí (McCormack, 2002; WHO, 2015; Conroy *et al.*, 2019; MPSV, 2019; Fry *et al.*, 2016).

Ze souhrnných zjištění a výsledků výzkumného šetření této práce, lze doporučení pro praxi shrnout do čtyř základních bodů kladoucích důraz na:

- respektování principů geriatrické medicíny,
- respektování důstojnosti a autonomie člověka,
- kvalitu zdravotní, zejména ošetrovatelské péče,
- úpravu prostředí.

Za zcela zásadní je v péči o starší nemocné a kontextu specifických chorob stáří kladen důraz na geriatrickou medicínu a její uznání (Nolan *et al.*; 2006 Kalvach and Holmerová, 2008; Edvardsson and Nay, 2010; Hackman *et al.*, 2013). To především z důvodů komorbidit nemocného, složitých podmínek péče, rizikovým faktorům a jejich minimalizace, zajištění bezpečné péče, plánování a kontinuity péče (Nicholson *et al.*, 2016). Je třeba vzít v potaz ten fakt, že geriatrickou křehkost nelze léčit, ale je možné ji zmírnit nebo odstranit její příčiny. Principem této péče je se zaměřit na nutriční, mobilitu a motivaci. Základem je aktivizace pacienta (Kalvach and Holmerová, 2008; Nováková, 2012). Nedílnou součástí péče je komplexní geriatrické hodnocení s identifikací silných

a slabých stránek. Je třeba posoudit stupeň křehkosti a geriatrické syndromy, funkční a psychologické problémy se stanovením plánu péče a jeho pravidelného přehodnocení (Heckman, 2013). Za nejdůležitější opatření je dále považováno cíleně tyto nemocné diagnostikovat, vyhledávat a optimalizovat jejich péči. K aktivizaci pacienta je vhodná fyzioterapie, ergoterapie a rekondiční programy. Důležitá je psychoterapeutická podpora s prevencí apatie a depresivních stavů. Nutná je individualizace provedených opatření na základě dané situace (Kalvach and Holmerová, 2008; Nováková, 2012).

V péči o seniory je dále kladen důraz na důstojnost člověka, jeho lidská práva a autonomii. V této souvislosti je ze strany odborníků poukazováno na reálný problém s ageismem, týráním a zneužíváním starších osob. Byť neexistují přesná statistická data podchycující počty zneužívaných osob, je tento problém viditelný v reálné praxi a z výpovědi seniorů (MPSV, 2019). V souvislosti s tímto je upozorňováno na problematiku rutinní a odosobnění péče a předsudky vůči starým lidem (Nolan, 2006). Důležitou potřebou je také autonomie člověka. Je tedy úkolem všech poskytovatelů zdravotních služeb princip autonomie zachovat, podporovat a vytvářet vhodné podmínky pro její uplatnění, jestliže si to člověk přeje (Bužgová, 2007).

Autoři odborných publikací se shodují na tom, že je nutné poskytovat vysoce odbornou a kvalitní péči s podporou nezávislosti pacienta a jeho individuálních potřeb. Základ tvoří čtyři pilíře péče: plánování, organizování, poskytování a hodnocení (Nolan *et al.*, 2006, Edvardsson and Nay, 2010). Je třeba podporovat zdraví hospitalizovaných pacientů a umět jim porozumět (Berg *et al.*, 2006; Edvardsson, Nay, 2010). Motivovat je, dát jim naději být schopni dělat to co chtějí, na co jsou zvyklí nebo dělají rádi (Berg *et al.*, 2006). K dalším stěžejním dimenzím péče by měla patřit snaha o to lépe vyhovět potřebám starších lidí a členům jejich rodiny, zaměřit se na filozofické hledisko péče a holistický přístup, navázat pocit důvěry, spolupráce a komunikace (Edvardsson and Nay, 2010).

Jak z literatury, tak i z výsledků výzkumného šetření je zjevné, že prostředí nemocnic není stavebně ani organizačně vhodně uzpůsobené. Mnohdy je stávající prostředí bariérou nejenom pro nemocné, ale také pro zdravotníky. Negativně je navíc pacienty vnímána rušná atmosféra akutních oddělení a urgentních příjmů. To bývá nemocnými popisováno jako chaotické a velmi stresující. Z toho vyplývá, že je nezbytně nutné nemocniční prostředí upravit tak, aby lépe vyhovovalo potřebám starších lidí. Důležité je zajistit klidnou a bezpečnou atmosféru (Edvardsson and Nay,

2010). Je třeba minimalizovat zranitelnost těchto křehkých osob, zamezit vzniku komplikací s podporou jejich funkční pohody (Wong *et al.*, 2014).

## **Doporučení pro vládu**

V péči o seniory, by měla být zcela zásadní snaha o přijetí přístupu zaměřeného na člověka a vytvoření takové filozofie, která by do centra pozornosti stavěla na zkušenostech a názorech starších osob (Edvardsson and Nay, 2010). Systémy zdravotní péče by měly korespondovat s potřebami a přáními starších lidí. Ze souhrnných výsledků výzkumů a získaných dat vyplývají tato obecná doporučení:

- transformovat péči o seniory,
- vytvořit standardy péče,
- uznat a podporovat význam geriatrické medicíny,
- vytvořit specializovaná geriatrická oddělení s komplexní péčí, mezioborovou spoluprací a důrazem na prevenci rizik,
- vytvořit indikátory kvality péče a jejich průběžné přehodnocování,
- usnadnit financování zdravotních služeb,
- zajistit dostatek kvalifikovaného personálu s podporou jejich vzdělávání a získáním potřebných dovedností,
- podporovat výzkumy této oblasti a výsledná zjištění aplikovat do praxe,
- důraz na respekt lidských práv.

## **Omezení disertační práce (slabé a silné stránky)**

Tato kapitola obsahuje stručné shrnutí silných a slabých stránek této disertační práce. Omezení či limitace provedených analýz a výzkumného šetření jsou průběžně popisovány v metodologii výzkumu nebo závěru jednotlivých příspěvků.

Jedno z omezení se týká analýzy review české a zahraniční literatury. Ačkoliv bylo k vyhledávání článků využito sedm databází, je zřejmé, že některé z publikací mohly být vynechány, včetně šedé literatury. Provedení české bibliografické rešerše zahrnovalo navíc vyhledávání důležitých strategických a legislativních dokumentů a informací z webových stránek společností zabývajících se problematikou péčí o seniory. Omezení výběru článků zahraniční review literatury pouze v anglickém jazyce může taktéž znamenat, že výsledky vyhledávání reprezentují pouze některé státy.



Dále je nutné vzít v úvahu, že se značná část šetření v terénu uskutečnila v době pandemie COVID-19 a proběhla zejména na nemocničních odděleních následné péče. Výzkumné šetření bylo provedeno ve třech zdravotnických zařízeních různých krajů - Praha, Liberecký a Karlovarský kraj a výsledky šetření se tak mohou lišit v důsledku možností a specifik jednotlivých oddělení a zařízení (organizační schopnosti, finanční podmínky, podpora kraje, pracovní podmínky, schopnosti managementu apod.).

## ZÁVĚR

Z review české i zahraniční literatury vyplynulo, že oblast péče o starší osoby je poměrně frekventovaným tématem. Nicméně převážná část těchto příspěvků je spíše teoreticky zaměřena nebo se věnuje problematice vulnerability u vybraných chorob s různými zdravotními problémy, a to zpravidla pohledem různých lékařských oborů. Ačkoliv jsou tyto informace zajímavé a prezentují názory či zkušenosti odborníků různých oborů, nemohou nahradit názor a zkušenost pacientů (Bláhová *et al.*, 2020). Zejména z výsledků české review je zřejmá absence výsledků výzkumů mapujících potřeby seniorů v prostředí nemocniční péče a informace získané z reálné praxe (Bláhová and Holmerová, 2018).

Z výsledků výzkumů získaných z rozhovorů s pacienty a zdravotníky se potvrdilo, že v našich podmínkách je jako nejdůležitější hodnoceno uspokojení základních potřeb nemocného. Těmi jsou hygiena a pocit čistoty, potřeba jídla a hydratace. Obě skupiny respondentů vypovídají o tom, že péče o starší osoby je spíše rutinní a bez projevů bližšího zájmu o pacienta samotného. Jako důvod je uváděn nedostatek času a personálu, řešení akutních záležitostí na úkor zajištění potřeb nemocného a bariéry vyplývajícího z nevhodného prostředí. Společně jsou si vědomi toho, že omezení mobility a míra soběstačnosti hraje významnou roli. Jedním z negativních aspektů je osamělost a její dopad na psychický stav nemocného. Míra spolupráce je přímo závislá na celkovém zdravotním stavu nemocného. Do tohoto procesu navíc významně zasahuje komunikace a kooperace s pacientem a jeho rodinou. Velký důraz je ze strany nemocných kladen na osobnost sestry, zejména na její charakter a úroveň jednání. Taktéž důležitá je v tomto ohledu důvěra a zachování respektu pacienta. Pravděpodobně na základě historického vývoje vztahů mezi pacientem a lékařem a postavení pacienta z minulosti vyplývá, že pacient vnímá lékaře za toho, kdo by měl mít konečné rozhodnutí. Obecně lze však konstatovat, že poskytovanou péči pacienti hodnotili jako spíše uspokojivou. Z provedených výzkumů dále vyplývá, že prostředí nemocnic svým uspořádáním ani vybavením neodpovídá požadavkům péče o tyto nemocné. Zdravotníci zároveň přiznávají, že péče o starší osoby je velmi náročná.

Závěrem lze říci, že ze získaných výzkumných dat se potvrzuje to pravidlo, že výzkumy oblasti péče o seniory v nemocničním prostředí jsou nejcennějším zdrojem informací a také zpětnou vazbou úrovně poskytované péče (Bláhová *et al.*, 2020). Dále

se získané informace shodují na tom, že péče o seniory u nás ani v zahraničí není optimální a nezohledňuje individuální potřeby seniorů (Patterson, 2011; Nicholson, 2016). Je však důležité, že naše výzkumy prokázaly, že starší hospitalizovaní pacienti jsou ochotni a schopni vyjadřovat své potřeby a přání. Za dobrou kvalitu poskytované péče považujeme takovou, která respektuje potřeby pacientů a přispívá tak ke zlepšení kvality jejich života i v průběhu pobytu ve zdravotnickém zařízení.

## Literatura závěrečné části práce:

- Beksová, K. (2013) *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Karolinum Praha.
- Berg, G.V., Sarvimaki, A. and Hedelin, B. (2006) Hospitalized older peoples' views of health and health promotion. *International Journal of Older People Nursing*, 1, pp. 25–33.
- Bláhová, H. and Holmerová, I. (2018) Potřeby starších lidí v nemocniční péči – analýzy výsledků review české literatury. *Geri a Gero*, 7(3), pp. 113-116.
- Bláhová, H. et al. (2020) The needs of older patients in hospital care: a scoping review. *Aging Clinical and Experimental Research*. doi:10.1007/s40520-020-01734-6.
- Bláhová, H. et al. (2021) Patients' needs and their satisfaction in hospital care as viewed and experienced by the patients in the time of the COVID-19 pandemic. *Romania Journal of family medicine*, 4 (2), pp. 5-12.
- Blahutková, M. and Dan, J. (2008) Zdraví a osobní pohoda: některé nové přístupy a metody posuzování. *School and Health*, 21(3), pp. 123-128.
- Burešová, A., Řezáčová, I. and stehlíková Z. (2009) *Sociálně zdravotní péče o seniory. Závěrečná zpráva ke kurzu Problémy české společnosti a veřejná politika*. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd.
- Bužgová, R. (2007) Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory. *Kontakt*, 1, pp. 65-69.
- Bužgová, R. (2015) *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních, potřeby, hodnocení, kvalita života*. Grada Publishing.
- Cichá, M. and Dorková, Z. (2012) *Etika péče o seniory v teorii a praxi*. Praha: Projekt č. CZ.2.7/3.1.00/33270: Inovace praktické výuky ošetřovatelství.
- Clissett, P. et al. (2013) The challenges of achieving person-centred care in acute hospitals: A qualitative study of people with dementia and their families. *International Journal of Nursing Studies*, 50, pp. 1495-1503. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.03.001.
- Conroy, SP. et al. (2019) Comprehensive geriatric assessment for frail older people in acute hospitals: the HoW-CGA mixed-methods study. *Health Serv Deliv Res*, 7, pp. 1-171. doi: 10.3310/hsdr07150.
- Edvardsson, D. and Nay, R. (2010) Acute care and older people: challenges and ways forward. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(2), pp. 63–69.
- Ekdahl, A., Anderson, L. and Friedrichsen, M. (2010) They do what they think is the best for me: Frail elderly patients' preference for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counselling*, 80, pp. 233–240. doi: 10.1016/j.pec.2009.10.026.
- Fried, LP. et al. (2001) Frailty in older adults: evidence for phenotype. *The journals of gerontology A Biol Sci Med Sci*, 56(3), pp. 146-56. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146.
- Fry, M. et al. (2016) Emergency department utilisation among older people with acute and/or chronic conditions: A multi-centre retrospective study. *Int. Emerg. Nurs.*, 37, pp. 39-43. doi: 10.1016/j.ienj.2016.09.004.
- Galek, K. et al. (2005) Assessing a Patient's Spiritual Needs. *Holistic Nursing Practise*, 19(2), pp. 62–69.

- Healy, J. et al. (2002) Professionals and post-hospital care for older people. *Journal of Interprofessional Care*, 16(1), pp. 19-29. doi: 10.1080/13561820220104131.
- Heckman, G. Gray, LC. and Hirdes, J. (2013) Addressing health care needs for frail seniors in Canada: The role of interrai in instruments. *CGS Journal of CME*, 3(1), pp.8-16.
- Helme, R. et al. (2007) An Interdisciplinary Expert Consensus Statement on Assessment of Pain in Older Persons. *Clinical Journal of Pain*, 23(1), pp. :S1-S43. doi: 10.1097/AJP.0b013e31802be869.
- Hirdes, JP. (2006) Addressing the health needs of frail elderly people: ontarios experience with an integrated health information system. *Age and ageing*, 35, pp. 329-331. doi: 10.1093/ageing/afl036.
- Hodge, DR. and Wolosin, RJ. (2012) Addressing Older Adults' Spiritual Needs in Health Care Settings: An Analysis of Inpatient Hospital Satisfaction Data. *Journal of Social Service Research*, 38, pp. 187–198. doi: 10.1080/01488376.2011.640242.
- Holmerová, I. et al. (2014) *Dlouhodobá péče, geriatrické aspekty a kvalita péče*. Grada Publishing.
- Hudáková, A. and Derňáková, L. (2011) *Soběstačnost jako významný aspekt kvality života seniorů. Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*. Martin: Unerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, pp. 100–111.
- Chloubová, H. (2005) Změny potřeb ve stáří. *Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení*, 1(2), pp. 22-23.
- Jurgens, FJ. et al. (2012) Why are family carers of people with dementia dissatisfied with general hospital care? A qualitative study. *BMC Geriatric*, 12(57), pp. 2-10. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/12/57>.
- Kalfoss, M. (2010) Quality of life among Norwegian older adults: focus group results. *Gerontological Nursing*, 3, pp. 100–112. doi: 10.3928/19404921-20091207-99.
- Kalvach, Z. and Holmerová, I. (2008) Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén. *Medicína pro praxi*, 5(20), pp. 66-69.
- Kelley, M. and Stones, M. (2011) Senior friendly emergency department care: an environmental assessment. *Journal of Health Services Research Policy*, pp. 1-7. doi: 10.1258/jhsrp.2010.009132.
- Khandelwal N. et al. How often is end-of-life care in the United states inconsistent with patients' goals of care. *Journal of palliative medicine*. doi: 10.1089/jpm.2017.0065.
- Koskenniemi, J. et al. (2012) Respect in the care of older patients in acute hospitals. *Nursing Ethics*, 20, pp. 5–17. doi: 10.1177/0969733012454449.
- Kluit, MJ. Dijkstra, GJ. and Rooij, SE. (2018) The decision-making process for unplanned admission to hospital unveiled in hospitalised older adults: A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 18, pp. 306-318. doi: 10.1186/s12877-018-1013-y.
- Lukšová, H. and Vrublová, Y. (2012) *Měřicí nástroje v posouzení sebepéče a soběstačnosti seniorů*. Sborník příspěvků z mezioborové konference o stárnutí, LFUK Praha, ISBN 978-80-87142-20-2.

- Maben, J. et al. (2012) Poppets and parcels: the links between staff experience of work and acutely ill older peoples' experience of hospital care. *International Journal of Older People Nursing*, 7, pp.83–94. doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00326.x.
- Macháčová, K. and Holmerová, I. (2016) Zkušenosti s hodnocením soběstačnosti: jak ji vidí křehcí senioři v pokročilém věku a jak jejich pečovatelé. *Geri a Gero*, 5(3), pp. 117-121.
- Mccormack, J. (2002) Acute hospitals and older people in Australia. *Ageing and Society*, 22, pp. 637-646. doi: 10.1017/ S0144686X02008802.
- McGrathi, M. et al. (2017) Clinicians' perceptions and recognition of practice improvement strategies to prevent harms to older people in acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26, pp. 4936–4944. doi: 10.1111/jocn.13978.
- Meide, H. Olthuis, G. and Leget, C. (2014) Feeling an outsider left in uncertainty – a phenomenological study on the experiences of older hospital patients. *Nordic College of Caring Science*, 29, pp. 528-536. doi: 10.1111/scs. 12187.
- Morley, JE. et al. (2011) Sarcopenia with limitid mobility: An International Consensus. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(6), pp. 403-409. doi: 10.1016/j.jamda.2011.04.014.
- Moyle at al. (2010) Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. *J Clin Nurs*, 20, pp. 420-428.
- MPSV (2019) *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025*. Available at: [https://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-připravy-na-stárnutí-společnosti-2019-2025-ma\\_ALBSBADJYUA2.pdf](https://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-připravy-na-stárnutí-společnosti-2019-2025-ma_ALBSBADJYUA2.pdf) (Accessed: 3 December 2020).
- Nešporová, O. Svobodová, K. and Vidovičová, L. (2008) *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
- Nicholson, C. et al. (2016) Supportive care for older people with frailty in hospital: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 66, pp. 60–71. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.11.015.
- Nolan, MR. et al. (2006) *The Senses Framework: improving care for older people through a relationship-centred approach*. Getting Research into Practice (GRiP) Report No 2. Project Report. University of Sheffield.
- Nováková, M. (2012) Fragilita geriatrického pacienta – možnosti řešení. *Interní medicína* 14(3), pp. 101-103.
- Nováková, M. (2012) Fragilita geriatrického pacienta-možnosti řešení. *Interní medicína*, 14(3), pp. 101-103.
- Parusniková, Z. (2002) Biomoc a kult zdraví. *Sociologický časopis*, 36(2), pp. 131–141.
- Pasero, CH. (2009) Challenges in Pain Assessment. *American society of Perianesthesia Nurses*, 24 (1), pp. 50-54. doi: 10.1016/j.jopan.2008.10.002.
- Patterson, M. et al. (2011) *From metrics to meaning: culture change and quality of acute hospital care for older people*. NIHR SDO programme project (08/1501/93), pp. 253.
- Polat et al. (2014) Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: Ageism in a hospital in Turkey. *Contemp Nurse*, 48, pp. 88-97. doi: 10.5172/conu.2014.48.1.88.

- Příbyl, H. (2015) *Lidské potřeby ve stáří. Praha: Maxdorf.*
- Shannon, K., Cruickshank, M. and Grealish, L. (2009) The care of older people with dementia in rural Australian hospitals – a care study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 36(1), pp. 6-15.
- Sýkorová, D. (2007) *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontopsychologie. Praha: Slon.*
- Tauber-Gilmore, M. et al. (2017) the views of older people and health professionals about dignity in acute hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 27, pp. 223-234. doi: 10.1111/jocn.13877.
- Topinková, E. et al. (2013) „Krátká baterie pro testování fyzické zdatnosti seniorů“ a její využití pro diagnózu geriatrické křehkosti v klinické praxi. *Geri a Gero*, 2(1), pp. 43-49.
- UZIS (2021) *Barthelův test*. Available at: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--barthelove-test> (Accessed: 4 March 2021).
- Wernerová, J. and Zvoníková, A. (2016) Stárnutí, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a závislost seniorů. *Revizní posudkové lékařství*, 19(2), pp. 68–73.
- WHO (2015) *World report on ageing and health*. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463> (Accessed: 20 October, 2020).
- Wija, P. (2013) Mezinárodní doporučený postup managementu hospitalizace starších osob. *Geri a Gero*, 2(2), pp. 91-92.
- Wong, KS. et al. (2014) A System-Wide Analysis Using a Senior-Friendly Hospital Framework Identifies Current Practices and Opportunities for Improvement in the Care of Hospitalized Older Adults. *The American Geriatrics Society*, 62, pp. 2163–2170. doi: 10.1111/jgs.13097.
- Zvoníková, A. (2015) Stárnutí populace a disability. *Revizní posudkové lékařství*, 18(3-4), pp. 78-80.

## **Přílohy**

Příloha č. 1 Souhlasné stanovisko etické komise

Příloha č. 2 Informovaný souhlas - individuální rozhovory

Příloha č. 3 Informovaný souhlas - skupinové rozhovory

Příloha č. 4 Článek publikovaný v ACER 2020

Příloha č. 5 Článek - scoping review pohledem zdravotníků

Příloha č. 6 Článek publikovaný v Romanian journal of Family Medicine 2020

Příloha č. 7 Článek s výsledky focus group

Příloha č. 8 Pouster 29th Alzheimer Europe Conference 2019

Příloha č. 9 Pouster 30th Alzheimer Europe Conference 2020

Příloha č. 10 Pouster Second krems Dementia Conference 2020

Příloha č. 11 Článek publikovaný v ACER 2020 (spoluautor)

Příloha č. 12 Kapitola v publikaci Cambridge University Press (spoluautor)

Příloha č. 13 Souhlas s uveřejněním publikace v ACER

Příloha č. 14 Souhlas s uveřejněním publikace v Cambridge University Press



## Příloha č. 1 Souhlasné stanovisko etické komise

### Etická komise Gerontologického centra v Praze 8

se seznámila s návrhem výzkumného projektu

**GAUK pod registračním číslem 760219**

s názvem

**„Uspokojené a neuspokojené potřeby zvláště vulnerabilních pacientů  
vyššího věku v domácí a lůžkové péči“**

**„Saturated and unsaturated needs of vulnerable older patients in the health  
care in hospital and home care“**

Jedná se o projekt, zaměřený na vulnerabilní pacienti vyššího věku, jehož cílem je rozšířit poznání této problematiky. Budou provedeny review dostupné literatury a šetření potřeb zvláště vulnerabilních lidí vyššího věku ve zdravotní péči.

Projekt sestává z výsledků literárního šetření a z vlastního výzkumu s následným návrhem nástroje hodnocení potřeb zvláště vulnerabilních lidí vyššího věku ve zdravotní péči, doporučení dobré praxe a obsahu vzdělávacího programu pro zdravotnické pracovníky.

Etická komise byla informována o cíli této studie, o postupech a o tom, co se od zúčastněných osob očekává, studie jako taková má výzkumný - kvalitativní charakter. Bude vytvořen návrh nástroje (struktura dotazování či škála) pro šetření potřeb zvláště vulnerabilních pacientů ve vyšším věku.

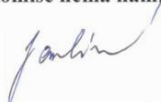
Po prostudování návrhu a záměru výše uvedeného projekt, po seznámení se s jeho cíli a metodami komise konstatuje, že výše uvedený projekt neodporuje etickým normám, je zcela humánní, může zvýšit dlouhodobou udržitelnost a přispět tak ke zlepšení zdravotního stavu a kvality života vulnerabilních pacientů ve vyšším věku.

**Proti výše uvedenému projektu etická komise nemá námitek.**

PhDr. Eva Jarolímová, Ph.D.

předsedkyně etické komise

v Praze dne 2. 11. 2018

  
**Gerontologické centrum  
Šimůnkova 1600, Praha 8  
ETICKÁ KOMISE**

## **Příloha č. 2 Informovaný souhlas – individuální rozhovory**

### **Souhlas s využitím získaných informací z individuálního rozhovoru**

Nositel projektu: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Studia dlouhověkosti, U Kříže 8, Praha 5, 158 00

Název projektu: **Uspokojené a neuspokojené potřeby zvláště zranitelných (vulnerabilních) pacientů vyššího věku v domácí a lůžkové péči**

Trvání projektu: 2019 - 2021

Cíl sběru dat: cílem sběru dat je získat informace o vlastním vnímání potřeb pacientů vyššího věku v domácí zdravotní péči a v akutní lůžkové péči včetně pohledu na tyto potřeby ze strany profesionálních pečujících, zejména všeobecných sester.

Archivace a zpřístupnění dat: Neanonymizované informace z rozhovorů jsou přístupné pouze řešitelům projektu.

Anonymizované informace z rozhovorů budou archivovány pro účely dalších analýz. Anonymizace znamená odstranění osobních údajů, aby nebyla umožněna identifikace konkrétních osob a organizací. Data budou archivována na Fakultě humanitních studií, v oddělení doktorských studií (Studia dlouhověkosti) a budou přístupná řešitelům projektu Mgr. Alžbětě Bártové, Mgr. Haně Bláhové, Mgr. Vladimíře Dostálové a doc. MUDr. Ivě Holmerové, Ph.D. Data nebudou nikde zveřejněna, budou zpracovávána jako anonymizovaná a budou dodrženy zásady etického přístupu, ochrany osobnosti i práv všech dotčených osob.

### **Informovaný souhlas**

Dne \_\_\_\_\_ jsem poskytl/a výzkumný rozhovor v rámci projektu „Uspokojené a neuspokojené potřeby zvláště zranitelných (vulnerabilních) pacientů vyššího věku v domácí a lůžkové péči“. Na analýze dat zjištěných z rozhovorů se podílejí řešitelé projektu: Mgr. Alžběta Bártová, Mgr. Hana Bláhová, Mgr. Vladimíra Dostálová a doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Souhlasím se zpracováním, archivací a další analýzou rozhovoru, který jsem poskytl za těchto podmínek:

- záznam rozhovoru bude uchován jen v anonymizované podobě bez souvislosti s mým jménem a kontaktem na moji osobu, a bez uvedení adresy mého bydliště, pouze s uvedením kraje, ve kterém žiji.

V případě, že úryvky z tohoto rozhovoru budou součástí publikací nebo veřejných prezentací výsledků výzkumu:

- smí být uvedeny jen v anonymizované podobě bez mého jména a souvislosti s mojí osobou.

Po skončení projektu Uspokojené a neuspokojené potřeby zvláště vulnerabilních pacientů vyššího věku v domácí a lůžkové péči, smí být anonymizovaný rozhovor:

- zpracováván jen výzkumníky jmenovanými v tomto souhlasu pouze pro účel tohoto projektu.

Jméno respondenta:

Podpis respondenta:

Jméno výzkumníka

Podpis výzkumníka

### **Příloha č. 3 Informovaný souhlas – skupinové rozhovory**

#### **Souhlas s využitím získaných informací ze skupinového rozhovoru**

Nositel projektu: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Studia dlouhověkosti, U Kříže 8, Praha 5, 158 00

Název projektu: **Uspokojené a neuspokojené potřeby zvláště zranitelných (vulnerabilních) pacientů vyššího věku v domácí a lůžkové péči**

Trvání projektu: 2019 - 2021

Cíl sběru dat: cílem sběru dat je získat informace o vlastním vnímání potřeb pacientů vyššího věku v domácí zdravotní péči a v akutní lůžkové péči včetně pohledu na tyto potřeby ze strany profesionálních pečujících, zejména všeobecných sester.

Archivace a zpřístupnění dat: Neanonymizované informace z rozhovorů jsou přístupné pouze řešitelům projektu.

Anonymizované informace z rozhovorů budou archivovány pro účely dalších analýz. Anonymizace znamená odstranění osobních údajů, aby nebyla umožněna identifikace konkrétních osob a organizací. Data budou archivována na Fakultě humanitních studií, v oddělení doktorských studií (Studia dlouhověkosti) a budou přístupná řešitelům projektu Mgr. Alžbětě Bártové, Mgr. Haně Bláhové, Mgr. Vladimíře Dostálové a doc. MUDr. Ivě Holmerové, Ph.D. Data nebudou nikde zveřejněna, budou zpracovávána jako anonymizovaná a budou dodrženy zásady etického přístupu, ochrany osobnosti i práv všech dotčených osob.

#### **Informovaný souhlas**

Dne \_\_\_\_\_ jsem poskytl/a výzkumný rozhovor v rámci projektu „Uspokojené a neuspokojené potřeby zvláště zranitelných (vulnerabilních) pacientů vyššího věku v domácí a lůžkové péči“. Na analýze dat zjištěných z rozhovorů se podílejí řešitelé projektu: Mgr. Alžběta Bártová, Mgr. Hana Bláhová, Mgr. Vladimíra Dostálová a doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Souhlasím se zpracováním, archivací a další analýzou rozhovoru, který jsem poskytl za těchto podmínek:

- záznam rozhovoru bude uchován jen v anonymizované podobě bez souvislosti s mým jménem a kontaktem na moji osobu, a bez uvedení názvu organizace, ve které pracuji, pouze s uvedením jejího typu (například domácí péče; zařízení lůžkové péče) a kraje, ve kterém se organizace nachází.

V případě, že úryvky z tohoto rozhovoru budou součástí publikací nebo veřejných prezentací výsledků výzkumu:

- smí být uvedeny jen v anonymizované podobě bez mého jména a souvislosti s mojí osobou.

Po skončení projektu Uspokojené a neuspokojené potřeby zvláště vulnerabilních pacientů vyššího věku v domácí a lůžkové péči, smí být anonymizovaný rozhovor:

- zpracováván jen výzkumníky jmenovanými v tomto souhlasu pouze pro účel tohoto projektu.

Jméno respondenta:

Jméno výzkumníka:

Podpis respondenta:

Podpis výzkumníka:

*The needs of older patients in hospital care:  
a scoping review*

**Hana Bláhová, Alžběta Bártová,  
Vladimíra Dostálová & Iva Holmerová**

**Aging Clinical and Experimental  
Research**

e-ISSN 1720-8319

Aging Clin Exp Res  
DOI 10.1007/s40520-020-01734-6



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Nature Switzerland AG. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at [link.springer.com](http://link.springer.com)".





## The needs of older patients in hospital care: a scoping review

Hana Bláhová<sup>1</sup> · Alžběta Bártová<sup>1</sup> · Vladimíra Dostálová<sup>1</sup> · Iva Holmerová<sup>1</sup> Received: 3 May 2020 / Accepted: 1 October 2020  
© Springer Nature Switzerland AG 2020

### Abstract

**Background** Research into care for older patients in the hospital environment has become an increasingly valuable source of information, as it gives feedback on the quality of hospital care provided. The aim of this study is to provide a comprehensive overview of the self-reported needs of older people in hospital care.

**Methods** The scoping review was conducted by searching the following databases: Medline, Web of Science, ProQuest Central, Scopus, Cinahl, PsycINFO and Summon.

**Results** The search identified articles focusing on older people in hospital care. The majority of these articles address the system and quality of care for seniors at a somewhat general and theoretical level. Met and unmet needs were assessed by a variety of test methods focusing mainly on medical issues (e.g., Mini-Nutritional Assessment, ADLs—activities of daily living, Abbey Pain Scale) and mostly from the perspective of hospital staff, carers and relatives. Only 15 articles used assessments based on information and opinions obtained from the seniors themselves (self-reported needs). A thematic analysis revealed seven main themes: conduct and care in emergency departments, dignity, nutritional care, satisfaction of patients' needs, pain, caring with respect, decision-making and spiritual needs.

**Conclusion/discussion** The results of this scoping review suggest that more attention should be focused on information acquired from the patients themselves, as it is only the patient, however, old or frail, who can offer an accurate perspective on met or unmet needs and the quality of care provided.

**Keywords** Needs · Hospital · Acute care · Senior

### Introduction

#### Hospital care and older patients

Statistical data confirm that the number of frail patients in need of acute hospital care has been rising [1]. It has been demonstrated that these people face enormous physical and mental stress, which increases the risk of further health problems. With older patients, it is very important to be aware of the need for a differentiated and individual approach. This is also why acute health care providers must be ready to promptly identify older patients' immediate needs and respond accordingly [1].

Although the number of older and frail patients has continued to rise, it is evident that in many respects, hospital

care fails to accommodate their needs. This may also impact clinical outcomes such as morbidity and mortality, which are poorer in this group compared with other patients; this may not necessarily be due to their age. Professionals and laypersons alike have repeatedly pointed out that the existing system of health care for seniors is suboptimal, and that hospital care should be adjusted for seniors. All of the aforementioned arguments demonstrate the necessity of improving the quality of health care in hospitals. The objective is not just well-organized and interconnected care, but care that is also directed towards meeting patients' needs [1].

#### Hospitalization and older people: a review

Research into care for older patients in the hospital environment has become an increasingly valuable source of information, as it gives feedback on the quality of hospital care provided. The authors of published works on this topic agree that acute hospital care must be adapted as soon as possible to ensure it is better suited to the requirements of older

✉ Hana Bláhová  
hana.blahova@bulovka.cz

<sup>1</sup> Department of Longevity Studies, Faculty of Humanities,  
Charles University, Prague, Czech Republic

people, especially those with frailty and dementia [2]. This topic is also related to a higher incidence of comorbidity in older patients and the increasing frequency of their hospitalization. Due to this last factor, the entire healthcare system is overstretched, especially concerning acute care. Geriatric expertise should be required when treating these patients [3]. Some of the studies based on information acquired from seniors in hospital care refer to their somewhat limited opportunities for decision-making. Patients describe the current healthcare system as an institution of power that does not allow them to express their preferences. This is quite disturbing, as participation in decision-making is related to a higher level of patient satisfaction and better care outcomes [4].

From the publications available, there is no question that care for older people is quite a frequent topic. However, most articles focus on the issue of frailty in the context of specific diseases. Among the most frequently mentioned diseases are cardiovascular diseases, surgical and orthopedic interventions, cancer, blood diseases, respiratory diseases, metabolic diseases and infectious diseases, often viewed from the perspective of potential risks and complications (surgery and anesthesia risks, side effects of medication, falls, decubitus ulcers, incontinence, sleep disorders, etc.). There is also some focus on ethical issues such as dignity and decision-making, and on preventative measures (vaccination). Only some studies focus on multicomponent geriatric syndromes and complex interventions, also including hydration, nutrition and rehabilitation.

There have been many studies and reviews concerning older people in hospital. However, their main source of information is hospital staff or data from hospital databases and patients' documentation. Our search, therefore, concentrated on articles that answered the research question—"Which needs of seniors in hospital care are met and which are not?". Using this question, a number of articles and studies examining the needs of older people in hospital care were identified, but these needs are evaluated more from the perspective of professionals and family members than of the older people themselves. However, it must be stressed that patients' opinions and their experience of hospital care are the best source of information and reflect real practice. This study, therefore, focuses on research into older people's self-reported needs and their experience of hospital care: in other words, an assessment from their point of view.

## Methods

In view of the defined research question and the surprising lack of studies in this field, a list of references was prepared in line with PRISMA-P (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols) [5]. The research question was defined using the PICO model [6], i.e.,

studies concerning the needs of seniors in hospital care were identified. The following databases were searched: Medline, Web of Science, ProQuest Central, Scopus, Cinahl, PsycINFO and Summon. As the Summon search engine allows all accessible information sources in the National Medical Library to be searched, the final step was to compare the results from the other databases with the results produced by Summon. In this way, another five articles covering our research field were added. The search was conducted between May and August 2019. Figure 1 shows the search results, starting with a total of 837 articles identified, and the number of articles ultimately selected.

## Inclusion and exclusion criteria, limitations

The search focused on studies published during the last ten years, using the key words "needs", "unmet needs", "older people", "senior", "elderly people" (aged 65 or 65+), "acute health care", "hospital care", "quality of life", "geriatric" and their combinations, with Boolean operators. Table 1 shows the exact search string used for each database. Only English-language articles that were relevant to the research question and had been reviewed in professional journals were included. Initially duplicates were discarded, together with other studies on the basis of their titles and abstracts. The remaining articles were subjected to a full-text analysis. The selection was narrowed to publications concerning the needs of seniors, the most frequent risks, the quality and safety of care in the context of related ethical issues (the decision-making process, dignity). The final selection was made by recognizing that the people best able to provide information on the present situation concerning the needs of frail older patients in hospital are the patients themselves. Table 2 lists the search criteria. Studies concerning patients receiving palliative care were discarded, as this care is narrowly specific and long term, as were articles whose titles and abstracts clearly indicated that they were unrelated to the topic in question.

Although seven databases were searched, it was obvious that some of the publications, including some important information from gray literature, could be omitted. The search was limited to articles written in English only, meaning that the results may only represent certain countries.

## Data analysis

On the basis of the research question, the chosen key words and the search criteria defined, 785 studies were identified after excluding any duplicates. Next their relevance was evaluated. The first phase was to evaluate their titles and abstracts for their relevance to the research question. Elimination criteria were used in this phase. The second phase was to evaluate the full text of the articles by means of a

Fig. 1 Flowchart

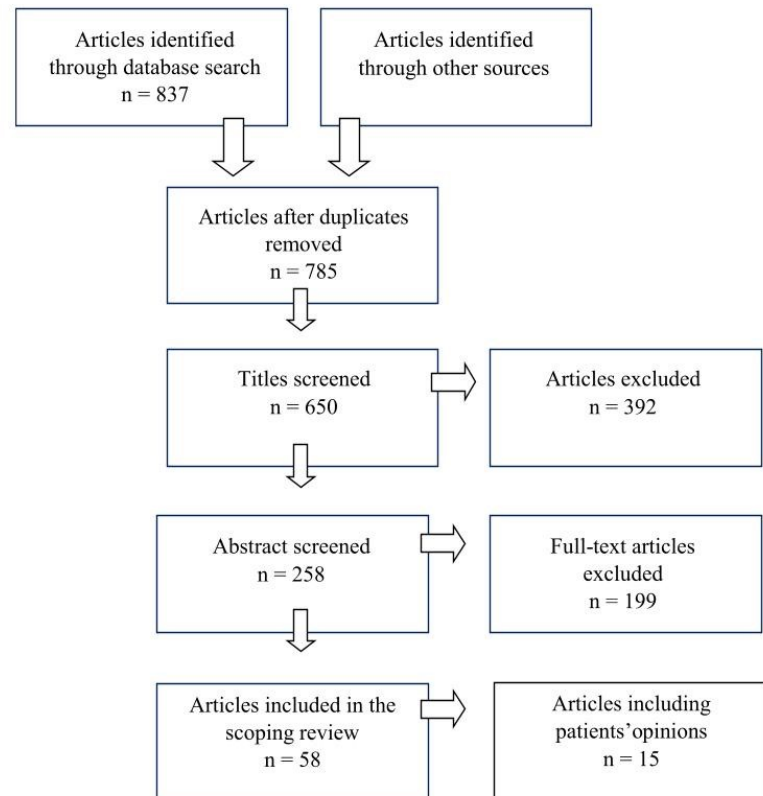


Table 1 Exact search strings

Database	Search terms	Records identified
ProQuest Central	ab((needs)OR (unmet needs) AND ab((older people) OR (senior citizens) OR (elderly people)) AND ti((hospital care) OR (senior in hospital))	83
Medline	(needs of seniors[Title/Abstract] OR aged[Title/Abstract]) AND hospital care[Title/Abstract] OR in hospital [Title/Abstract] AND disability[Title] OR illness[Title] NOT palliative care[Title/Abstract]	231
Web of Science	TS=(needs OR unmet needs) AND TS=(older people OR senior OR elderly people) AND TS=(hospital care OR acute health) AND TI=(quality of life)	186
CINAHL	AB ( (wishes or needs) AND AB ((older adults or elderly or geriatric or geriatrics or aging or senior or seniors or older people or aged 65+) AND AB (hospital care or acute care)	32
Scopus	(TITLE ("senior") AND TITLE ("needs" OR "unmet needs" OR "wish") AND TITLE ( in hospital OR hospital care))	124
Summon	((TitleCombined:(needs)) OR (TitleCombined:(unmet needs))) AND ((TitleCombined:(senior)) OR (TitleCombined:(older people))) AND (TitleCombined:(hospital care))	50
PsycInfo	TI (needs or support or requirement or care) AND TI(older adults or elderly or geriatric or geriatrics or aging or senior or seniors or older people or aged 65 or 65+ AND TI (hospital care or acute care or inpatient care)	131
Total number of records		837



**Table 2** Inclusion and exclusion criteria

Inclusion and exclusion criteria	
Inclusion criteria	Exclusion criteria
Publications from 2009 to 2019	Duplicate articles
English language	Theoretical analysis and assessment: integrative review, systematic review, scoping review
Reviewed articles	Palliative care
Keywords: "needs", "unmet needs", "older people", "senior", "elderly people" (aged 65 or 65+), "acute health care", "hospital care", "quality of life", "geriatric"	Views of relatives, carers and representatives
	Conference reports, editorials, books and dissertations

thematic analysis. The articles were subsequently divided into quantitative and qualitative studies on the basis of the method and approach used. The final selection, therefore, contains articles where the issue of needs is assessed by the patients themselves. The publications selected are listed and summarized in Table 3, with the following information: author, year and country of publishing; research aim; research type; study participants; study design and methods; themes covered by the research.

**Results**

A total of 15 articles were analyzed. The final number of articles evaluated from the patient's point of view ( $n=15$ ) included both qualitative ( $n=12$ ) and quantitative ( $n=2$ ) research, or a combination of the two ( $n=1$ ). Interviews were the most frequent method ( $n=9$ ), combined in one case with observation. Other methods were focus groups ( $n=3$ ) and questionnaires ( $n=3$ ). One study assessing patients who were unable to communicate used a combination of testing methods by critically comparing the quality of care actually provided to the standards set for care. The most frequent aims (areas) were to examine patients' needs ( $n=7$ ), dignity ( $n=4$ ), nutrition ( $n=1$ ), pain ( $n=1$ ), respect—conduct, listening, patience, the need to help ( $n=1$ ), satisfaction—assurance, loneliness, limitations ( $n=1$ ), and conduct in emergency departments ( $n=1$ ). Seven main themes emerged from the thematic analysis: conduct and care in emergency departments, dignity, nutritional care, satisfaction of patients' needs, pain, caring with respect, decision-making and spiritual needs (Table 4).

**Themes**

**Care in emergency departments**

Seniors described the emergency department environment as a chaotic, noisy and crowded place where it was difficult to move around and orient themselves. There was no appropriate furniture or facilities specially adapted for older people, who encountered barriers to movement, discomfort and a

lack of privacy. Seniors generally expressed dissatisfaction in all aspects of their physical, emotional and social needs. The main disruptions concerned their needs for sleep, food and hydration, as well as hygiene and patient mobility. In respondents' opinion, hospital staff were extremely busy and were unable to provide proper care for patients. Sick people received insufficient information, resulting in fear and a sense of insecurity. Patients stressed the need for understanding, patience and better communication. From their point of view, it was difficult to distinguish staff members' ranking and responsibilities. In the same study, health professionals also voiced this opinion, and they emphasized the need for education and special training in caring for senior patients. Pain management was rated positively [7].

**Dignity**

Both medical staff and patients agree that the concept of dignity is difficult to define, but they are in agreement on its importance. Seniors think there is insufficient privacy and dignity in hospital. The negative aspects they list are loss of control over themselves, helplessness, humiliation, isolation and a sense of being ignored. They feel their treatment lacks compassion and empathy. At the same time, however, they report that their dignity was respected during care. Medical staff understand the importance of dignity in care but lack appropriate education and practical training. The research confirms that care for older people is predominantly focused on routine work and discharging one's duties, while the personal aspect is often neglected [8, 9].

**Nutritional care**

In general, patients were satisfied with hospital food. Some negative aspects included food that was unappetizing or poorly presented and the omitting of food due to medical examinations, although patients mostly confirmed that they received food afterwards. An important comment is that patients noticed a shortage of staff during mealtimes, which presented problems for patients who needed assistance with eating. There was universal lack of food culture and work organization. The need for personal assistance during meals

**Table 3** Summary of Individual Studies

Author/Year/Country	Aim	Research type	Study participants	Study design/methods	Themes
Bonetti et al. [10] (2017) Italy	To assess the quality of nutritional care and patients' perception of the quality of food and nutritional care	Qualitative	12 hospitals in the north of Italy, patients aged over 85	Semi-structured patient interviews	1. The quality of nutritional care 2. Nutritional culture and assistance
Calnan et al. [9] (2012) UK	The study examined the experiences of older people in acute National Health Service (NHS) Trusts in relation to dignified care and the organizational, occupational and cultural factors affecting it	Qualitative	4 acute hospitals, patients aged over 65	Interviews with older people recently discharged from hospital, observation	1. Quality of patient care in the acute care department: care, environment, communication, information, decision-making
Ekdahl et al. [4] (2010) Sweden	To deepen the knowledge of frail elderly patients' preferences for participating in medical decision-making during hospitalization	Qualitative	5 qualitative interviews of frail elderly patients aged over 75	Semi-structured patient interviews	1. Options for patients to participate in decision-making and express their needs and wishes 2. Cooperation between patients and staff
Green et al. [14] (2012) UK	To present findings from a service user controlled research project, essentially seeking to provide a commentary by older people on their experiences as hospital visitors or as patients receiving visitors	Qualitative	older people aged over 50, 65% aged over 70	Focus groups	1. Arrangements for visits and their quality—set times and rules for visitors, communication with staff
Hodge and Wolosin [20] (2012) United States	To explore and appreciate the spiritual dimension—the relationship between addressing spiritual needs and overall perceptions/satisfaction with care	Quantitative	4112 adults aged over 65 discharged from hospital during a 12-month period	To test the study's hypothesis, a secondary data analysis of inpatient satisfaction data was conducted. The data were obtained from Press Ganey, a private company specializing in measuring patient satisfaction	1. Patients' spiritual needs 2. Satisfaction 3. Admission to the hospital—environment, visits, privacy
Kalfoss [11] (2010) Norway	To examine the conditions that facilitate good quality of life (QoL) in old age for hospitalized adults	Qualitative	Aged 60+	Focus group interviews	1. Quality of life—health, needs, mobility, care service, psychological well-being, personal competence
Kelley et al. [7] (2011) Canada	To assess the environment of an emergency department (ED) and its impact on care for adults aged 75+, using a "senior-friendly" conceptual framework that included the physical environment, social climate, hospital policies and procedures, and the wider healthcare system	Qualitative and Quantitative	1 emergency department, patients aged 75+, staff	Interviews with seniors or their proxy decision-makers, staff and key community informants; on-site observations; staff survey; hospital administrative data	1. Organization and quality of care for patients in acute care 2. Decision-making 3. Communication 4. Environment

Table 3 (continued)

Author/Year/Country	Aim	Research type	Study participants	Study design/methods	Themes
Kluit et al. [17] (2018) Netherlands	To gain insight into how the decision to hospitalize was made from the perspective of older patients with unplanned hospital admissions	Qualitative	Patients aged 70+, their next of kin and general practitioners	Interviews about the decision-making process leading to hospitalization	1. Decision-making in planned patient care
Koskenniemi et al. [16] (2012) Finland	To describe the experiences of older patients and their next of kin with regard to respect in caregiving in an acute hospital	Qualitative	Patients aged 75+ in acute care, with hip fractures	Open interviews	1. Respect in patient care—politeness, patience, reassurance, responding to information needs 2. Assistance with basic needs 3. Appreciation of older people in society 4. Nursing culture 5. Information flow
Lambert et al. [12] (2009) UK	This study focuses on the strengths and weaknesses of the quality of nursing through two internationally used assessment tools	Quantitative	Participants, aged 65+ living in care homes or awaiting hospital discharge; 5 NHS hospitals in South-West Wales	EASY-Care and MDS-RAI and structured questionnaires	1. Quality of various aspects of nursing 2. Satisfying needs
Macmillan [19] (2016) UK	To explore the impact of hospital discharge on the wider wellbeing of older people and potential implications for mental health	Qualitative	1300 people aged over 65	Inductive qualitative research, focus group interviews	1. The process of preparing patients for discharge 2. Care planning 3. Provision of information
McLiesh et al. [15] (2009) UK	This project focuses on pain management and in particular assessing older people with communication difficulties	Quantitative	Older people aged 68–96	Abbey Pain Scale, comparison of practice with care standards, audit	1. Focus on elderly patients who are unable to communicate their pain management needs verbally 2. Pain assessment and measures taken 3. Pain assessment and response 4. Communication 5. Documentation, analgesic treatment
Meide et al. [18] (2014) Netherlands	To evaluate the ethical aspect of care in connection with the experience of hospitalized elderly patients	Qualitative	Patients aged 75+ were shadowed from admission to discharge	Qualitative observational shadowing—observation	1. Decision-making 2. Security and safety 3. Communication 4. Participating in care
Munch et al. [13] (2016) Denmark	To explore how older patients experience constipation and the strategies they use to handle this condition before and during hospitalization	Qualitative	Patients aged 61–91 during hospitalization	Semi-structured interviews; data were analyzed using content analysis; average interview duration 17 min (range 6–45 min); interviews were recorded and transcribed verbatim	1. Difficulties in voiding the bowels—the balance between constipation and diarrhea

Table 3 (continued)

Author/Year/Country	Aim	Research type	Study participants	Study design/methods	Themes
Tauber-Gilmore et al. [8] (2017) UK	To report the findings from interviews conducted as part of a wider study on interventions to support dignified care for older people in acute hospital care. Patients and staff priorities regarding dignity	Qualitative	13 patients aged 65+ and 38 health-care professionals	Interview data; interviews were transcribed verbatim and subjected to thematic analysis	1. The importance of dignity and its impact on patient care 2. Staff conduct 3. Principles of dignity

was stressed, as was the need for improvements in the entire catering area to help prevent malnutrition in older people [10].

#### Basic needs of the patient

For patients, the most important aspects of their hospital stay are good health, a sense of ease, and the satisfying of their basic needs [11]. Negative aspects in this area include minimal efforts by hospital staff to recognize their problems, poor communication and a lack of information. Seniors stressed the need for more patience, complaining that staff did not make sufficient time for them. Nutrition management was evaluated quite positively. Sick people often felt confined, lonely and disrespected, and they lacked any mental support. Care was seen as deficient in matters of decision-making, sleep, daily activities and social support [12].

Another area that was negatively rated concerned patients' bowel movements, where disorders are relatively common in higher age groups. It must be stressed that this is distinctly detrimental to patients' sense of well-being. Researchers emphasize the importance of routine monitoring here, with the optimal resolution of any problems [13].

One of the studies also indicated that visits (and better visiting conditions) were an important element for patients and their sense of well-being [14].

#### Pain

In many cases, pain management was inadequate, especially if patients had communication problems. Patients who are able to communicate verbally usually receive appropriate treatment for pain. The results showed that it is necessary to raise awareness of the difficulties concerning pain assessment and treatment for older people who cannot communicate their problems verbally. Pain was documented and assessed, but most records (93%) only included a general description, and assessments were unsystematic. A negative aspect is that 62% of respondents did not receive analgesia before painful interventions or mobilization. Only in 33% of cases was pain reassessed following the application of analgesics [15].

#### Respect and decision-making

A readiness to help even without the patient requesting assistance was an important priority for respondents. The study confirms that respect provides a positive emotional backdrop for communication between staff and patients. Patients expressed worry, fear or even panic about the future. They thought staff should perceive such reactions and help dispel these notions. They stressed the need for information and a sensitive, individual approach. In research on this topic

**Table 4** Specific experiences and needs by theme

Analytical theme	Experiences subthemes	Needs subthemes
Needs in emergency care	Needs assessment and environment	Approach to patients Expectations Communication Food and drink
Dignity	Perception of dignity as viewed by patients, families and healthcare professionals	Perception of dignity Understanding Experience Conduct and communication Organizational culture
Nutritional care	Quality of catering and nutritional care	Food quality Serving food Tastiness and quality of food
Patients' needs	Focus on selected areas	Admission process Decision-making Quality of care and satisfaction with treatment Mental support Pain Communication Nutrition and hydration Sleep Skin care Self-care and self-concept Constipation Perception of risks Quality of life
Pain	Pain management in patients with reduced ability to communicate	Pain assessment Pain management measures Medical staff activities Documentation Communication
Respect in care and the decision-making process during hospitalization	Communication and the opportunity to participate in the decision-making process	Conduct Decision-making Listening Patience Need to help
Spiritual needs in the context of satisfaction with care	Respect for faith and identification of spiritual needs	Overall satisfaction with separate areas of care—loneliness, insecurity

the patient was often considered a passive recipient of care, someone who is incapable or unable to make decisions. There are several reasons for this. Sudden hospitalization, combined with surgery, pain and certain drugs, obviously does not aid decision-making abilities. Older people in general found the hospital environment chaotic and rigid, with staff who were not interested in showing respect. It was emphasized that apart from their professional knowledge and skills, staff members' personal qualities, their values and attitude to patients, are of great importance, and these characteristics are crucial for understanding and responding to older patients' needs [16–18].

According to Macmillan [19], older people often felt they were not ready for discharge because they had not been involved in planning their discharge, or had received insufficient information, and they also experienced difficulties in accessing essential services and support.

#### Care for spiritual needs

Patients consider the satisfaction of their spiritual needs to be an important aspect of care. It contributes to their general well-being and affects their assessment of other aspects of hospital care. However, patients' spiritual needs are often ignored. Medical staff respect their patients' beliefs and spiritual needs, but lack the skills required to satisfy these needs [11, 20].

#### Discussion

This scoping review has focused on the needs of older patients in hospital care. The results and conclusions of the reviewed studies have revealed the necessity of amending care for seniors and improving training and education for

medical staff, and some studies have also suggested appropriate strategies and made recommendations on adapting the hospital environment to ensure it is better suited to the needs of older patients.

Conclusions of many authors are similar to results of this scoping review. For instance, Heckman, Molnar and Lee [3] believe the system of healthcare for this group of patients requires immediate transformation, and they propose that geriatric medicine should play an important role in this respect. Here, the authors stress that a debate must be opened immediately with all stakeholders, especially health ministries, geriatricians and old people's associations. They also call for a change in health professionals' training, and they highlight the need to ensure that there are sufficient qualified geriatricians [3].

Edvardsson and Nay [2] also point out that the acute hospital care environment does not satisfy the requirements for care for older people and significantly increases the risk of complications. It is not the authors' intention to criticize health professionals in acute care departments, but to try to improve this care and change the hospital environment [2].

The results of this scoping review have demonstrated that older people are willing and able to express their needs and wishes when receiving hospital care. However, as Ekdahl, Andersson and Friedrichsen report, [4] insufficient account is taken of patients' opinions and wishes. The conclusions of their study indicate that patients' voices are not heard, and moreover, that they do not receive sufficient information in a form they can understand [4].

Based on the information available, it is clear that there have been a number of studies addressing the needs of patients in hospital care. However, the majority of them are based on general information and theoretical foundations, and only rarely they present patients' opinions and feelings. An opportunity for patients to express their needs and expectations is a fundamental part of care, regardless of patients' age and vulnerability.

There is quite evidently a gap in the literature, as self-reported needs have been relatively neglected as a topic.

### Implications

The findings of this scoping review can contribute to improving care for patients in hospitals. It is clear from the results that patients' opinions and experiences are a valuable source of information, and they should provide motivation and guidance in efforts to optimize the care of them. This should be taken into considerations about the future care for patients and the research on needs of older patients in hospitals.

### Conclusion

This review has examined the needs that older patients perceive as the most important. It has pointed to seven themes that give foundation to the magnitude of patients' needs, but it has also indicated areas that receive insufficient attention. Neglected needs include for instance basic physiological requirements such as the need for hygiene or defecation. Little attention is paid to meaningful daily activity or patient participation, nor to the possibility of involving patients in care, nor to self-realization or spiritual needs.

More research is needed to fill in the missing information and above all to provide up-to-date evidence concerning the quality of care for patients requiring acute care. Future research could at the same time contribute to improvements in national strategies and better health care for frail older people. It would be interesting to compare the opinions and experiences of patients, their carers and relatives. Qualitative research would seem to be the optimal way of acquiring additional information.

**Funding** This study was supported by the Charles University Grant Agency, project no. 760219.

### Compliance with ethical standards

**Conflict of interest** On behalf of all of the authors, the corresponding author states that there is no conflict of interest.

**Ethical approval** Not conducted, as this is a scoping review.

**Informed consent** Not conducted, as this is a scoping review.

### References

1. Nicholson C, Morrow EM, Hicks A et al (2017) Supportive care for older people with frailty in hospital: an integrative review. *Int J Nurs Stud* 66:60–71. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.015>
2. Edvardsson D, Nay R (2010) Acute care and older people: challenges and ways forward. *Austr J Adv Nurs* 27:63–69
3. Heckman GA, Molnar FJ, Lee L (2013) Geriatric medicine leadership of healthcare transformation: to be or not to be? *Can Geriatrics J* 16:192–195. <https://doi.org/10.5770/cgj.16.89>
4. Ekdahl A, Anderson L, Friedrichsen M (2010) They do what they think is the best for me: frail elderly patients' preference for participation in their care during hospitalization. *Patient Educ Counsel* 80:233–240. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.026>
5. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J et al (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 6:e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
6. Shamseer L, Moher D, Clarke M et al (2015) Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols

- PRISMA-P: elaboration and explanation. *Syst Rev* 349:g7647. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
7. Kelley ML, Parke B, Jokinen N et al (2011) Senior-friendly emergency department care: an environmental assessment. *J Health Serv Res Policy* 16:6–12. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.009132>
  8. Tauber-Gilmore M, Addis G, Zahran Z et al (2017) The views of older people and health professionals about dignity in acute hospital care. *J Clin Nurs* 27:223–234. <https://doi.org/10.1111/jocn.13877>
  9. Calnan M, Tadd W, Calnan S et al (2013) “I often worry about the older person being in that system”: exploring the key influences on the provision of dignified care for older people in acute hospitals. *Ageing Soc* 33:465–485. <https://doi.org/10.1017/s0144686x12000025>
  10. Bonetti L, Terzoni S, Lusignani M et al (2017) Prevalence of malnutrition among older people in medical and surgical wards in hospital and quality of nutritional care: a multicenter, cross-sectional study. *J Clin Nurs* 26:5082–5092. <https://doi.org/10.1111/jocn.14051>
  11. Kalfoss M (2010) Quality of life among Norwegian older adults: focus group results. *Gerontol Nurs* 3:100–112. <https://doi.org/10.3928/19404921-20091207-99>
  12. Lambert S, Cheung WY, Davies S et al (2009) Comparison of two tools developed to assess the needs of older people with complex care needs. *J Res Nurs* 14:421–436. <https://doi.org/10.1177/1744987108096972>
  13. Munch L, Tvistholm N, Trosborg I et al (2016) Living with constipation—older people’s experiences and strategies with constipation before and during hospitalization. *Int J Qual Stud Health Well-Being* 11:1–8. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30732>
  14. Green B, Raymond G, Peardon J et al (2012) “Not just grapes and flowers”: older people’s perspectives on the role and importance of hospital visiting. *Qual Ageing Older Adults* 13:82–88. <https://doi.org/10.1108/14717791211231166>
  15. McLiesh P, Mungall D, Wiechula R (2009) Are we providing the best possible pain management for our elderly patients in the acute-care setting? *Int J Evid Based Healthcare* 7:173–180. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2009.00138.x>
  16. Koskenniemi J, Leino-Kilpi H, Suhonen R (2012) Respect in the care of older patients in acute hospitals. *Nurs Ethics* 20:5–17. <https://doi.org/10.1177/0969733012454449>
  17. Kluit MJ, Dijkstra GJ, Rooij SE (2018) The decision-making process for unplanned admission to hospital unveiled in hospitalised older adults: a qualitative study. *BMC Geriatrics* 18:318. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-1013-y>
  18. Meide H, Olthuis G, Leget C (2014) Feeling an outsider left in uncertainty—a phenomenological study on the experiences of older hospital patients. *Scand J Caring Sci* 29:528–536. <https://doi.org/10.1111/scs.12187>
  19. Macmillan TH (2016) Hospital discharge: lost opportunities to promote or maintain older people’s mental health. *Qual Ageing Older Adults* 17:189–197. <https://doi.org/10.1108/qaoo-06-2015-0029>
  20. Hodge DR, Wolosin RJ (2012) Addressing older adults’ spiritual needs in health care settings: an analysis of inpatient hospital satisfaction data. *J Soc Serv Res* 38:187–198. <https://doi.org/10.1080/01488376.2011.640242>

**Publisher’s Note** Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

**Příloha č. 5 Článek – scoping review pohledem zdravotníků (nepublikováno)**

**Caring for older people in hospitals from the perspective of health professionals: a scoping review**

Hana Bláhová, Alžběta Bártová, Vladimíra Dostálová

and Iva Holmerová

Charles University, Faculty of Humanities

Author Note

Department of Longevity Studies, Faculty of Humanities, Charles University, Prague,

Czech Republic

Hana Bláhová, MSc. ORCID ID: 0000-0003-1740-2535

Alžběta Bártová, MSc. ORCID ID: 0000-0002-9842-8683

Vladimíra Dostálová, MSc. ORCID ID: 0000-0002-6158-1334

Iva Holmerová, MD., Ph.D., Assoc. Prof. ORCID ID: 0000-0003-2375-4174

Correspondence concerning this article should be addressed to Hana Bláhová,  
Department of Longevity Studies, Faculty of Humanities, Charles University, Prague,

Czech Republic. Email: hana.blahova@bulovka.cz



## **Key Summary Points**

### **Aim**

This study seeks to provide an overview of care and how older people's needs are satisfied in hospitals'.

### **Findings**

A total of seven articles were identified that present data where health professionals comment on specific aspects of caring for this group of patients, any difficulties that may arise, attitudes and opinions, and their own needs and working conditions.

### **Message**

A total of eight themes then emerged from a thematic synthesis of the studies available: quality of care, risk management and safety; pain; ethical questions; communication; environment and climate; health professionals' conduct; cooperation; education and working conditions

## **Abstract**

**Background and purpose:** Interprofessional teamwork, positive communication, and the organisation and coherence of services all play a major role in meeting a patient's needs. This review aims to provide basic information and knowledge on the quality of care provided to older people in hospitals, as viewed and experienced by health professionals.

**Methods:** The following databases were searched for literature: Medline, Web of Science, ProQuest Central, Scopus, Cinahl, PsycINFO and Summon. Articles published in the years 2009–2019 were included.

**Results:** A total of 7 articles were analyzed. The results show that in the attempt to meet all of the requirements for acute care, some of the patient's fundamental needs and wishes were neglected, undermining human dignity and autonomy.

**Conclusion:** The scoping review reveals that care for older people in hospitals' does not take their specific needs into account, and does not adequately accommodate them.

**Keywords:** older person, quality of care, needs, acute care

## **1. Introduction**

A number of authors have raised questions concerning the quality of care and how older patients' needs are met. Individual articles have generally sought to highlight any difficulties and deficiencies in caring for these patients [1, 2, 3]. Two factors in particular are addressed, namely the patient's age and frailty. The findings and models of care presented in the literature and research projects can accordingly facilitate the developing of appropriate strategies and the allocating of resources to improve healthcare for older people [1, 2, 3]. As some authors point out, the quality of care for older people is a much broader concept than can be demonstrated by quantitative outputs such as morbidity and mortality [4, 5, 6].

In care for older people, the emphasis is not just on the quality and availability of healthcare, but also on other aspects of life such as values and religious beliefs, and human dignity and autonomy. A holistic and caring approach of carers is important, also as a support for families and friends [7, 8].

Given the heterogeneous structure of this population, it is essential to adapt the care for older people to their functional capacities and needs in line with their degree of dependence, i.e. whether they are fully or partially self-sufficient or entirely dependent. It must also be stressed that older people today are not just passive recipients of care, but want to decide for themselves and assert their own interests. The patient's wishes and free will must therefore be respected [9, 10, 11].

Moreover, it is generally known that hospitalisations of older people lead to a number of complications that significantly affect the quality of care and patients' safety, including negative consequences of treatment or even death. The complexity of older patients' condition (where there is generally a high risk of poor prognoses and complications) is characterised by "*geriatric syndromes*" [12]. Among the most common are cognitive impairment and impaired consciousness, functional decline, incontinence, falls and injury. The risks presented by individual conditions and complications are often related, e.g. cognitive impairment may be connected with falls, functional decline, pain and incontinence. Impaired mobility tends to be a risk factor for delirium, falls, functional decline, injury and incontinence [13]. A worsening functional condition during hospitalisation is associated with delirium, cognitive impairment, incontinence and injury [13].

### **1.1 Research into older patients' needs**

It is evident from the preceding, and from the data available in the literature, that the question of care for older patients is receiving more attention [1]. There are several reasons for this; one is that with the rising number of older people in the population, there is also an increasing number of chronically sick older people with acute care needs in healthcare facilities [6]. However, the healthcare system in such facilities is not optimal for older patients, and it cannot respond to the specific needs of older people [3]. For instance in their study Patterson et al. [14] note that compared with other groups of patients, frail older people receive suboptimal caring in hospital. He also points out that in care for older people, their abilities and skills are underestimated [14].

This scoping review is based on the following research question: "*What are the specific aspects of caring for older people in the hospital environment from the*

*perspective of health professionals?”* This study seeks to provide overview of care and how older people’s needs are met in hospital care.

## **2. Methods**

It is related to another study in which we examined how older people’s needs are met in hospital care from the patient’s perspective [15].

For the purposes of this scoping review, and in the context of the research question and a lack of relevant studies, an review of the literature was produced in line with PRISMA-P (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta Analysis Protocols) [16] . The research question was defined using the PICO model [17] (participants, interventions, comparators, and outcomes), i.e. studies were identified that focused on the needs of older people in hospital care, and which evaluated the issue and how needs were met from health professionals’ perspective. The following databases were searched for literature: Medline, Web of Science, ProQuest Central, Scopus, Cinahl, PsycINFO and Summon. As the Summon search engine allows searches of all information sources available from the National Medical Library, ultimately the results for the articles identified in the aforementioned databases were compared with the results from this latter database, which yielded two more articles related to the issue in question. The search was conducted between May and August 2019.

### **2.1 Inclusion and exclusion criteria**

Studies published over the last ten years were searched by the individual keywords and their combinations, using Boolean operators. Only reviewed articles related to the research question and published in English-language specialist journals were included. Duplicates were excluded, as were studies where it was evident from their titles and abstracts that they did not concern caring for older people in hospital care. Next a full-text analysis was performed, and the selection was narrowed to articles concerning the quality of care and the satisfaction of older people’s needs as viewed by health professionals. Table no 1. Shows the search criteria. Seven databases were searched, it was evident that some publications could not be found, because grey literature was not included in the review. Also restricting the selection to English-language articles may mean that only some countries are represented in the search results.

### **2.2 Data analysis**

After eliminating duplicates, a total of 785 studies were identified on the basis of the research question, the study's objective, the keywords and the selection criteria (inclusion, exclusion). Inductive thematic analysis was used to analyze data from the articles retrieved. Significant terms were first inductively assigned codes according to their meaning and content and sorted into related categories. Categories developed by an open coding process were then grouped again according to related topics. The reviewers together discussed their decisions and interpretations throughout the process. A synthesis in the form of a model was developed to portray the findings in a comprehensive way that can inform future interventions in the care of these patients. In line with the methodology for the approach taken, the contents of an article were then divided into quantitative or qualitative research. In the final selection only articles where needs were evaluated by health professionals remained.

### **3. Results**

The final synthesis featured a total of 59 articles about caring for older people in hospital care, but the majority of publications only covered this issue at the theoretical level ( $n = 37$ ). Of the total number of articles included, substantially fewer articles were identified ( $n = 7$ ) where aspects of older people's needs and care were evaluated by health professionals (two of them in combination with patients). Figure 1 shows the results of the search, which identified a total of 837 articles, and the numbers of articles selected. Table no. 2 lists the publications selected and their basic characteristics.

For the purposes of this scoping review, articles on health professionals' experiences and views were used. The reason for this was that in caring for older people, health professionals' perspective is a source of information that is just as important as the opinions of the patients themselves and/or their informal caregivers, and it may potentially affect the quality of care provided. Moreover, care for older people may be negatively affected by factors such as unsuitable working conditions, little support from hospitals' management, inadequate equipment, lack of training for staff, and insufficient time when caring for these patients.

Of the final number of publications selected, both qualitative ( $n = 4$ ) and quantitative research was used ( $n = 2$ ), or a combination of both ( $n = 1$ ). Questionnaires were the most frequently used research method ( $n = 4$ ), followed by interviews ( $n = 3$ ), which in one article were supplemented with observation. A case study was also used

(n = 1). The research presented was carried out in acute care departments (n = 5) or emergency departments for adults (n = 2). The most frequent objectives were to determine or verify the quality of the services provided, management, and the system for organising care for older people. Other objectives were mapping health professionals' attitudes, values and prejudices, including their conduct and experience. Some studies also evaluated pain management and staff's knowledge of this field. Other topics were the social and cultural climate, and whether workplaces were suitably equipped for older residents. One of the aspects evaluated was dignity. From the research surveys, various themes were identified concerning the quality of care provided. They are summarised in table no. 3 below.

#### **4. Discussion**

A total of seven articles were identified that present data where health professionals comment on specific aspects of caring for this group of patients, any difficulties that may arise, attitudes and opinions, and their own needs and working conditions. A total of eight themes then emerged from a thematic synthesis of the studies available.

An analysis of the data this a scoping review obtained reveals that although there are many studies concerning older people, they are based more on theory and only rarely on practical knowledge of caring for these vulnerable patients. Most studies are quite general; some examine the quality of care for patients in hospitals. But it is precisely carers' experience and practical skills that can serve as an important source of information and a stimulus to improve care and adapt it to the needs of older people. In this respect any obstacles carers face are also very important.

#### **Quality of care, risk management and safety**

Health professionals stated that the requirement to ensure safe care should be a priority when caring for older people. They understand that older patients comprise one of the most vulnerable patient groups, and they are also aware that the higher incidence of risks for older people is caused by patients' age and frailty. According to health professionals' experience, frailty syndrome is related to a higher incidence of falls and other injuries, additional complications and stress factors (loneliness, new situation). Patients' self-sufficiency also worsens [3].

All staff noted the distinctive demands of older people's acute nursing care work (i.e. the complexity of acute care needs combined with requirements for personal and psychological care). Older patients were reported as increasingly more dependent on nursing staff for care. Most nurses expressed feelings of guilt, low morale and frustration because of their felt inability to offer good care [18].

Staff feel they are insufficiently qualified for working with older people. Moreover, the nature of working in acute care departments often means they have to make compromises when caring for older people in terms of what kind of care they prioritise (e.g. food or hygiene) [18]. Added complications in caring for these patients include changes in their psychological and cognitive condition and consciousness, or behavioural changes such as disorientation and even aggression and self-harm. In this respect communication is also very demanding, as patients often cannot understand instructions, or they forget them, and very often they have impaired sensory perception. Staff at all levels identified safety as being their prime concern when caring for confused older patients [3].

### **Pain**

It is evident from the research in this field that health professionals are aware that older people see pain as a natural aspect of aging and frequently fail to mention any pain they may be suffering from; health professionals therefore stress that greater attention must be devoted to pain symptoms, with regular monitoring [19]. The investigation revealed good results for health professionals' skills in assessing pain, with the majority of respondents (96%) answering correctly. However, there was insufficient knowledge of health professionals about the application of opioids (use and effects of opioids, opioid addiction) and familiarity with their side effects, administration methods and duration. Only 25% of respondents had completed education or training about pain in the last two years. Staff also reported they were disturbed by the side effects patients experienced because of their medication [19].

### **Ethical questions**

Dignity, respect for old age, patience and protecting patients' privacy were frequently investigated and evaluated. Staff were aware of the existence of prejudices about older people that affect the quality of care provided. Negative attitudes and the prioritising of younger patients were documented [20]. Health professionals expressed

their fears of undignified care and differences in how staff and patients understood dignity. The majority of those surveyed thought that older people must be approached with sensitivity and consideration [18]. The prevailing view was that dignified care should be the priority, but this required targeted education and practical training. Nurses have a major role in ensuring dignified care for older people in hospital [21]. Other often discussed topics were empathetic care, understanding, politeness and respect. As important factors were highlighted: positive communication, partnership, cooperation and allowing patients to decide for themselves. It was established that employees' education and qualifications gave older people more confidence in how they would be cared for [22].

### **Communication**

Health professionals agree that communication with older people poses greater demands on their time and skills. Some health professionals also expressed their fears about communicating with these patients. They see the greatest difficulties and negative aspects of communication in terms of their high workload and their lack of knowledge about how to approach frail older people with dementia. They highlight the need to adopt simpler language, with frequent repetitions of information, and a sensitive and patient approach. It is evident that in this respect there are high demands on staff, with special requirements for communication [18, 3, 20, 22].

### **Hospital environment**

Hospitals' acute care and emergency departments are not usually suitably equipped or designed for caring for older people [22]. Patients and their families find orientation and movement difficult here, with a risk of falls and injuries. Health professionals agree that in the view of the specific care requirements, these environments must be furnished and designed to be more user-friendly. The acute environment was viewed as a barrier to optimal care delivery [3]. Policy- and decision-makers are called upon to implement strategies to foster practice environments that prioritize the care of older people [23]. Senior managers and leaders need to invest in staff work environments to ensure quality patient care [18].

### **Health professionals' conduct**



The majority of those questioned reported that working with older patients is physically and mentally demanding and stressful, which can result in staff feeling overworked. Caring for these patients is highly demanding work, where important factors include the specific knowledge and skills of staff caring for patients with dementia and delirium. Adequate time and a sensitive approach are also important. Some health professionals reported that care for these patients was influenced by what they sensed was a generally negative attitude towards them [18, 3]. The research also established that health professionals' conduct was influenced by other factors such as age, sex and education. A positive approach from staff was recorded more among women, as well as among those sharing a household with an older person, and those who had previous experience of caring for older people. Evaluation of the approaches of nurses and physicians towards older patients showed that the majority were more respectful and patience towards older patients [20]. Some of the nurses said they were aware that these patients received average or lower-quality care. Health professionals also expressed their anxiety and unease if they were unable to satisfy a patient's needs [22].

### **Cooperation**

The quality of care provided is influenced by how the work is organised, the quality of interpersonal relationships and communication within the team. There is also an emphasis on coordinated interdisciplinary cooperation. Staff see the patient's family and loved ones as an important element in optimising care, and they prioritise cooperation with the family [18]. In terms of the specific geriatric nursing practice environmental supports, nurses perceive that they have mid-range interprofessional collaboration and organizational value of older people's care and slightly below average geriatric resources [23].

### **Education and working conditions**

Health professionals report a lack of theoretical knowledge and practical skills. They point out that ongoing education or training can help them to improve care for these patients, and can also facilitate such care [22]. When caring for patients with dementia, it is essential to be able to diagnose these symptoms promptly and to choose an individual approach accordingly. Staff lack support from hospital management, and their work is further complicated by unsuitable environments, insufficient time and staff shortages [18, 3, 22]. However one study points out that nurses' perceptions of older people's care and

the geriatric nursing practice environment differ by professional designation but not hospital teaching status [23].

### **Strengths and limitations**

The findings presented in this study provide an evidencebased framework that can serve as a guide for person-centered hospital care planning. Restricting the selection to English-language articles may mean that only some countries are represented in the search results. This in the review, representing a limitation for holistic validity and transferability to diferent cultural environments. It is also possible that our search strategy missed some relevant studies as the automated search failed to find numerous eligible articles.

### **Conclusion**

The scoping review findings reveal that in health professionals' view, care for older people in hospitals' acute and emergency departments is inadequate and fails to take into account the specific context of care for such patients and their needs. An inductive thematic analysis identified eight key themes that provide a comprehensive overview of the available information. The results show that in the attempt to satisfy all of the requirements for acute care, some of the patient's fundamental needs and wishes are neglected, undermining human dignity and autonomy. These findings can help in designing an appropriate strategy, staff training and models to improve the quality of care for frail older people. Further research could contribute to developing and evaluating other interventions required when caring for such patients (for example support for self-sufficiency, prevention of loneliness and social isolation, respecting independence). Given that older people comprise a significant and increasingly large patient group, much more attention must be paid to this issue, both in research and in practice.

### **Funding**

This study was supported by the Charles University Grant Agency, project No. 760219.

### **Conflict of Interest Declaration**

None

### Literature used:

1. Nicholson C, Morrow EM, Hicks A, Fitzpatrick J (2017) Supportive care for older people with frailty in hospital: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 66:60–71.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.015>
2. Edvardsson D, Nay R (2010) Acute care and older people: challenges and ways forward. *Australian Journal of Advanced Nursing* 27:63–69.
3. Moyle W, Borbasi S, Wallis M, Olorenshaw R, Gracia N (2010) Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. *J Clin Nurs*. 20:420–428.  
<https://doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03521.x>
4. Antořová V, Bédiová M, Birčiaková N, Kubičková L, Rařticová M (2016) Analýza kvality seniorů v České republice. MPSV.
5. Ruiz M, Bottle A, Long S, Aylin P (2015) Multi-Morbidity in Hospitalised Older Patients: Who Are the Complex Elderly? *PLoS ONE* 10(12): e0145372.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145372>
6. García-Peña C, Pérez-Zepeda MU, Robles-Jiménez LV et al. (2018) Mortality and associated risk factors for older adults admitted to the emergency department: a hospital cohort. *BMC Geriatrics* 18:144.  
<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0833-0>
7. Holmerová I. et al (2014) Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče. Grada, Prague.
8. Foss Ch (2010) Elders and patient participation revisited – a discourse analytic approach to older persons’ reflections on patient participation. *Journal of Clinical Nursing* 20: 2014–2022.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03505.x>
9. Holmerová I, Baumanová M, Staňková K, Štefl M, Vaňková H (2014) Specifické aspekty péče o starší pacienty. *Urgentní medicína* 17:20–21.
10. Ekelund Ch, Mårtensson L, Eklund K (2014) Self-determination among frail older persons – a desirable goal older persons’ conceptions of self-determination. *Quality in Ageing and Older Adults* 15(2):90–101.  
doi:10.1108/QAOA-06-2013-0015
11. Ekdahl AW, Andersson L, Wirehn AB, Friedrichsen M (2011) Are elderly people with co-morbidities involved adequately in medical decision making when hospitalised? A cross-sectional survey. *BMC Geriatrics* 11:46.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-46>
12. Gupta D, Kaur G, Gupta A (2016) Geriatric syndromes. In *Progress in Medicine* 355:1754-1758 <https://www.researchgate.net/publication/328772991>.
13. Mudge A, Hubbard R (2019) Management of frail older people with acute illness. *Internal Medicine Journal* 49:28-33.  
<https://doi:10.1111/imj.14182>
14. Patterson M, Nolan M, Rick J, Brown J, Adams R, Musson G (2010) From metrics to meaning: culture change and quality of acute hospital care for older people. NIHR SDO Project (08/1501/93).
15. Blahova H, Bartova A, Dostalova V, Holmerova I (2020) the needs of older patients in hospital care: a scoping review. *Aging Clin Exp Res*: Online 2020-10-21.  
<https://doi.org/10.1007/s40520-020-01734-6>

16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med* 6(7), e1000097.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
17. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart L, PRISMA-P Group (2015) Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation 2015:349:g7647.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
18. Maben J, Adams M, Peccei R, Murrells T, Robert G (2012) Poppets and parcels: the links between staff experience of work and acutely ill older peoples' experience of hospital care. *International Journal of Older People Nursing* 7:83–94.  
<https://doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00326.x>
19. Furjanic M, Cooney A, McCarthy B (2016) Nurses' knowledge of pain and its management in older people. *Nurs. Older People* 28:32-37.  
<https://doi:10.7748/nop.2016.e814>
20. Polat U, Karadağ A, Ulger Z, Demir N (2014) Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: Ageism in a hospital in Turkey. *Contemp Nurse* 48:88-97.  
<https://doi:10.5172/conu.2014.48.1.88>
21. Tauber-Gilmore M, Addis G, Zahran Z, Black S, Baillie L, Procter S, Norton C (2017) The views of older people and health professionals about dignity in acute hospital care. *Journal of Clinical Nursing* 27:223–234.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13877>
22. Kelley ML, Parke B, Jokinen N, Stones M, Renaud D (2011) Senior-friendly emergency department care: an environmental assessment. *Journal of Health Services Research and Policy* 16:6–12.  
<https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.009132>
23. Fox T, Sidani S, Butler JI, Tregunno D (2017) Nurses' Perspectives on the Geriatric Nursing Practice Environment and the Quality of Older People's Care in Ontario Acute Care Hospitals. *Can J Nurs Res.* 49:94-100.  
<https://doi:10.1177/0844562117707140>

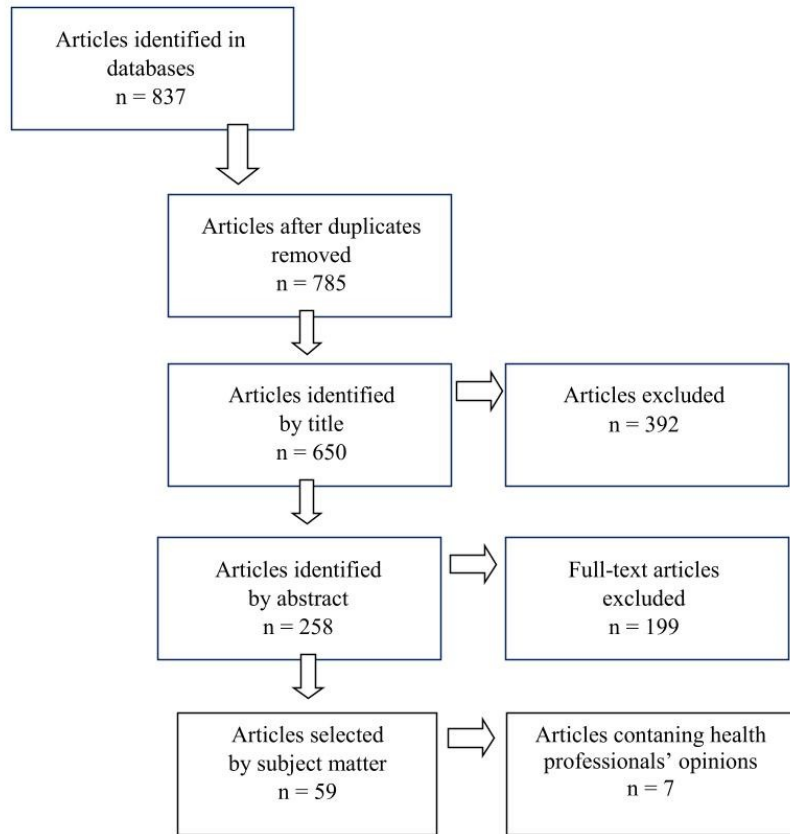


Figure 1 – PRISMA flowchart showing the identification, screening and selection of research papers

Table no. 1 – Search criteria

<i>Search criteria</i>	
<i>Inclusion criteria</i>	<i>Exclusion criteria</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Published 2009–2019</li> <li>• English-language publications</li> <li>• Peer-reviewed articles (before publication)</li> <li>• <u>Keyword combinations:</u> needs, satisfied and unsatisfied needs, older people, older person, frail person, persons aged over 65, acute medical care, hospital care, quality of life, geriatrics</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duplicate articles</li> <li>• Theoretical analyses: integrative reviews, systematic reviews, scoping reviews</li> <li>• Articles on palliative care</li> <li>• Evaluations of needs and care as viewed by patients or their families</li> <li>• Conference reports, books and dissertations</li> </ul>

Table no. 2 – Summary of publications selected and their basic characteristics

<i>Author / year / country</i>	<i>Aims and objectives</i>	<i>Research type</i>	<i>Participants</i>	<i>Research methodology</i>	<i>Themes covered</i>
Fox et al 2017 Canada	To investigate the quality of care and nurses' perceptions of care in the context of geriatric nursing	QUANTITATIVE	Emergency and acute care department in a hospital	Questionnaire for nurses	- quality of care - working conditions - cooperation - education
Furjanic et al 2016 Ireland	To identify nurses' knowledge of pain and its management in older people in acute hospitals	QUANTITATIVE	Hospital acute care departments	Questionnaire for nurses about pain	- pain assessment - caring for patients in pain - pain management
Kelley et al 2011 Canada	To assess the system for caring for older people, including the suitability of the environment, the social climate and organisational management in a hospital emergency department	QUANTITATIVE QUALITATIVE	Emergency department in a hospital	Interviews with patients (or their proxies) and staff Observation Administrative data	- organisation and quality of care - decision making - communication - environment
Maben et al 2012 UK	To examine staff experience of caring for older people in hospital care	QUALITATIVE	Hospital acute care departments	Case studies, interviews with patients and staff	- quality of care - dignity - risks and safety - barriers to care
Moyle et al 2010 Australia	To assess the management of care for older people with dementia in an acute hospital setting	QUALITATIVE	Hospital acute care departments	Semi-structured interviews with staff	- care for older patients with dementia - barriers to care - environment - dignity - safety - risk prevention - education
Polat et al 2014 Turkey	To determine health professionals' attitudes, values, conduct and prejudices in care for older people	QUALITATIVE	Hospital acute care departments	Questionnaire for nurses and doctors	- attitudes and behaviour towards older people - ageism - quality of care - respect and patience

Tauber-Gilmore et al 2017 UK	To determine the standard of care provided in the context of human dignity	QUALITATIVE	Hospital acute care departments	Semi-structured questionnaire for patients and staff	- dignity - meaning of dignity - perception of dignity - organisational culture
---------------------------------------	---	-------------	---------------------------------------	---	--



Table no. 3 – Themes

<i>Theme</i>	<i>Issues</i>
Quality of care, risk management and safety	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falls</li> <li>• Self-harm</li> <li>• Restraints</li> <li>• Medication</li> </ul>
Pain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pain assessment</li> <li>• Pain management</li> <li>• Opioid medication (use, side effects...)</li> <li>• Staff's knowledge</li> </ul>
Ethical questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dignity</li> <li>• Decision making</li> <li>• Respect</li> </ul>
Communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarity</li> <li>• Sufficient information</li> <li>• Kindness</li> <li>• Tactfulness</li> <li>• Patience</li> </ul>
Environment and climate (social, cultural...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Functionality</li> <li>• Suitability</li> <li>• Age adaptation</li> <li>• Risk prevention</li> </ul>
Health professionals' conduct	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Values</li> <li>• Attitudes</li> <li>• Expectations</li> <li>• Prejudices</li> <li>• Ageism</li> </ul>
Cooperation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients and their families</li> <li>• Within the medical team / healthcare facility</li> </ul>
Education and working conditions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Availability and standard of education</li> <li>• Adequate staffing</li> <li>• Sufficient time</li> <li>• Support from managers</li> </ul>

# Příloha č. 6 Článek publikovaný v Romanian Journal of Family Medicine 6/2020 Patients' needs and their satisfaction in hospital care as viewed and experienced by the patients in the time of the COVID-19 pandemic

Revista Română de Medicina Familiei  
Romanian Journal of Family Medicine



Vol 4 / Nr 2 / Iunie 2021

<https://www.revmedfam.ro>

## RESEARCH

### Original article

## Patients' needs and their satisfaction in hospital care as viewed and experienced by the patients in the time of the COVID-19 pandemic

MSc. Hana Bláhová<sup>1,3</sup>, MSc. Alžběta Bártová<sup>3</sup>, MSc. Vladimíra Dostálová<sup>2,5</sup>, Assoc. Prof. MD PhD Iva Holmerová<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup>Department of Longevity Studies, Faculty of Humanities, Charles University, Prague, Czech Republic, <sup>2</sup>Institute for Postgraduate Medical Education, Prague, Czech Republic, <sup>3</sup>Social worker, <sup>4</sup>Hygienist and epidemiologist, <sup>5</sup>Deputy for medical disciplines, science and research, <sup>6</sup>Geriatrics-gerontology

Received: 5.05.2021 • Accepted for publication: 27.05.2021

### Abstract

**Introduction:** In the context of an ageing population, problems in care for frail older patients and their specific requirements have increasingly been highlighted. In the COVID-19 pandemic hospitals play even more important role and provide continuum of care also to older persons. Therefore it is even more important to ensure comprehensive care for older patients, including satisfying all of their needs. **Objective:** This study's objective is to investigate older adult's experiences and opinions of how their needs are satisfied in hospital care in the time of COVID-19 pandemic. **Method:** A qualitative research method was chosen. Data was collected by means of semi-structured interviews. **Results:** A total of 12 interviews with patients aged over 80 were evaluated. An analysis was performed and four principal aspects of care for older people were identified: quality of care; satisfying patients' needs; personality of the carers; autonomy and dignity.

**Keywords:** *older adult, hospitalisation, patients' needs, hospital care*

## CERECTARE

### Articole originale

## Nevoile pacienților și satisfacția lor cu îngrijirea spitalicească așa cum au fost văzute și experimentate de pacienți în timpul pandemiei COVID-19

### Rezumat

**Introducere:** În contextul îmbătrânirii populației, problemele în îngrijirea pacienților vârstnici fragili și cerințele lor specifice au fost evidențiate din ce în ce mai mult. În pandemia COVID-19, spitalele covid joacă un rol și mai important și oferă continuitate în îngrijire și persoanelor în vârstă. Prin urmare, este și mai important să se asigure o îngrijire cuprinzătoare pentru pacienții vârstnici, inclusiv satisfacerea tuturor nevoilor acestora. **Obiectiv:** Obiectivul acestui studiu este de a investiga experiențele și opiniile adulților în vârstă despre modul în care nevoile lor sunt satisfăcute în îngrijirea spitalicească în timpul pandemiei COVID-19. **Metodă:** A fost aleasă o metodă de cercetare calitativă. Datele au fost colectate prin intermediul interviurilor semi-structurate. **Rezultate:** Au fost evaluate un total de 12 interviuri cu pacienți cu vârsta peste 80 de ani. A fost efectuată o analiză și au fost identificate patru aspecte principale ale îngrijirii persoanelor în vârstă: calitatea îngrijirii; satisfacerea nevoilor pacienților; personalitatea îngrijitorilor; autonomie și demnitate.

**Cuvinte cheie:** *adulți în vârstă, spitalizare, nevoile pacienților, îngrijire în spital*

### Introduction

The COVID-19 pandemic caused extreme burden on hospital care. Due to the demands on technical equipment, especially the provision of oxygen therapy, hospitals have been providing care in the entire spectrum from resuscitation, intensive and acute care to aftercare, rehabilitation and palliative care. In hospitals, the palliative care has received more recognition, and during the pandemic the palliative care teams and departments in hospitals have been set up.

### The ageing population and geriatric care

The ageing population is a global problem in the majority of countries, and one of the defining characteristics of contemporary society. Several aspects are known to play a key role in this (improvements in the standard of living, advances in medicine, etc.). For the world as a whole, the number of people aged over 80 is rising by 4.0% annually on average (1, 2).

Statistics show that the proportion of older persons is increasing also in the Czech Republic. In 2016 life expectancy was 76.1 years for men and 82.1 years for women, and these figures continue to rise (3). In the context of this data, problems in care and treatment for older patients and their specific requirements have increasingly been highlighted. These problems include frequent polymorbidity, changes in all organ systems, differences in the symptoms of sickness, the presence of geriatric syndromes, multimorbidity and polypragmasia (4). One of the significant geriatric syndromes is frailty, where there is a reduction in the organism's fitness, resilience and adaptability as functional changes (mental, mobility-related and nutritional) accumulate (5, 6). These changes are particularly apparent with persons aged 75–80 years, when multimorbidity tends to be the rule rather than the exception (7). It is also true that the ageing of the population has led to an increase in the number of older adult requiring medical care, whether in general practitioners' surgeries or in various medical facilities (8). A knowledge of geriatric medicine and an interdisciplinary approach to these patients appears to be essential. In care for older persons, it is important that there is an attempt to optimise their functional condition despite their frequently diminished intrinsic capacity if the highest possible quality of life is to be achieved (2, 9).

### Care for older people in the hospital setting and the quality of care

It is clear that older people are admitted to medical facilities' acute inpatient wards with increasing frequency. For older people, the duration of hospitalisation is markedly longer than for younger patients: while the average duration of hospitalisation is 1.8 days for persons aged 50–54, for persons aged over 85 this figure is approximately 7 days (10). These data are subsequently changing with the COVID-19 pandemic, as it is becoming apparent that hospitalisation of older persons with COVID-19 are even longer. Moreover, there is ample evidence that older patients in hospital care are more exposed

to a variety of risks and stressors, including considerable physical and psychological stress, the fact that they have been taken out of their social environment, negative incidents such as falls, postoperative complications, negative reactions to pain and drugs, loss of mobility and functional decline. Also typical are cognitive and behavioural disorders that tend to result in delirium, with agitation, anxiety, confusion, hallucinations and/or aggression (11, 12).

There are also increasing numbers of patients who need palliative care and also e.g. patients with dementia, placing high demands on nursing and requiring an individual approach (13). However, this is frequently beyond hospitals' realistic capacities. Health professionals lack the training and practical skills to care for such patients (5) despite many improvements especially in the palliative care provision in last years. Other authors have pointed to unsatisfactory care for older adults with dementia, remarking that health professionals' traditional training is inadequate and needs to be adapted to the specific requirements of care for such patients. Authors also stress that despite health professionals' efforts to provide quality care, there tend to be additional limitations and factors such as the organisation of their work and the hospital setting (14). From the perspective of patients and their families, all of this is magnified by poor outcomes of treatment and care during hospitalisation, previous poor experiences, mortality and the institutionalisation of patients (5). From the above, and from the other publications available, it is clear that care for older people in hospitals is not optimal, and in many ways patients' needs and autonomy are not respected (15).

In view of these factors, and in the context of good practice in long-term and geriatric care for these patients, there is an emphasis on improving the quality of care. Care should be integrated, planned and directed towards the patient's individual needs. Kindness, sustained support for the family and relatives, the establishing of positive cooperation, and communication are all important. Furthermore, many authors stress that patients with limited self-sufficiency are more vulnerable and their autonomy is more in jeopardy. What is important is a holistic approach and an attempt to improve or at least maintain their quality of life (16).

The present study follows on from earlier research and publications, specifically scoping reviews of Czech (17) and foreign literature (18) revealing that care for older people and an awareness of how their needs are satisfied in hospital are based more on a theoretical perspective, or on general considerations about the quality of care. However, when evaluating the quality of care, patients' opinions and experiences are the best source of information and offer a true picture of real practice. They are the starting point for desirable improvements in practice.

This study's objective is to investigate older people's experiences and opinions of the satisfying of their needs in hospital care.

### Research methods

A qualitative research method was chosen. It is based on an interpretative paradigm where the focus is on understanding the significance of human behaviour and experiences with the aim of obtaining a detailed account of the views of the individuals surveyed (19). This approach encompasses collecting and analysing data, and evaluating and highlighting important aspects and the problems examined in the respondents' authentic environment.

The relationship between researcher and respondent is important for analysing and decoding the information and presenting the results of how people perceive and experience their situation in the real environment (20). Data was collected by means of semi-structured interviews. Strauss and Corbin's recommendations were followed to ensure the accuracy and reliability of the study's results (19).

A total of 12 semi-structured interviews were conducted with patients in post-acute wards at three hospitals (in Prague, the Liberec Region and the Karlovy Vary Region). The inclusion criteria were that respondents should be over 80 years of age, that both sexes were represented, and that respondents had retained the ability to communicate. The patients' mobility was not taken into account. None of the respondents had been found to have dementia. A precondition for including the probands was that they had been hospitalised for at least two weeks.

The respondents were selected in collaboration with social workers, and account was taken of how willing respondents were to cooperate. In all of the medical facilities, privacy was ensured during the interviews, including for immobile patients. All patients were dependent on assistance from the staff and the provision of basic nursing and medical care, and without assistance they only had limited movement.

Interviews were conducted between February and July 2020 (during the first wave of the COVID-19 pandemic). The individual interviews lasted 15–30 minutes depending on patients' health status. Before starting an interview it was important to create an atmosphere of mutual trust and positive interaction.

The questions were open questions that were drafted and communicated in collaboration with the research team. Initially, all respondents were asked a key question: *Can you describe your experiences, opinions and feelings about the medical care you are currently receiving in hospital?* In order to participants would better understand the context of the interview (the issue under examination), additional questions were asked to prompt them, such as: What do you think is important in caring for you? Can you describe how the staff help you in daily care? In what ways are the staff interested in what you need? All interviews were anonymised. Audio recordings were made, and the interviews were subsequently transcribed verbatim.

### Data analysis

Data analysis consists of the systematic organising of the data (text) acquired in the form of open coding, with the aim of decoding the text analysed to reveal its themes, regularities and contexts. In open coding the researcher repeatedly reads a text (the individual words, sentences and lines) and breaks it down into units with assigned codes. The units are then reordered under individual categories and subsequently interpreted (20). The process of the analysis and its individual steps were regularly consulted within the research team. A qualitative content analysis was chosen, following Graneheim, Lindgren and Lundman's methodology (21). During the analysis there was an emphasis on the following questions: *"What is evident here? What are people trying to tell me, or what is going on? What is the significance of these stories?"*

The first phase of the analysis was inductive, looking for similarities and differences in the data obtained, and subsequently understanding them, moving from the concrete and specific to abstract and general themes (categories). The individual interviews were then coded and grouped under lexical units – the main categories. These were the basis for creating the subcategories. The entire process was repeatedly reviewed and amended as necessary. The next phase was deductive, moving from the theory to the data, or from the general to the more concrete. A total of four categories with several subcategories were defined, as presented in table 1.

Table 1. Categories and subcategories

Categories	Subcategories
Quality of care	Organisation of care Setting
Satisfying patients' needs	Mobility and self-sufficiency Personal hygiene Food and hydration Pain Privacy Loneliness
Personality of the carers	Nurse Doctor
Autonomy	Cooperation and communication Decision-making

### Ethical considerations

This study was approved by the ethics committee of the Gerontology Centre in Prague on 2 November 2018. All participants in the research signed informed consent forms. The audio recordings and transcriptions of the interviews were anonymized, and have been stored with password-protected access.

## Research results

The hospitalisation of frail older patients cannot always be avoided. The reason is usually an acute worsening in their health status, with a need for diagnosis, treatment and care that cannot be provided in the home setting. Such a patient remains isolated and more or less dependent on the care of others. This matter has become even more accentuated now with the COVID-19 pandemic. A need for mutual trust, cooperation and respect for the patient is even more important. Based on the research analysis, these people's experiences and needs have been divided into *four main categories*: perceptions of the quality of medical and nursing care; satisfying patients' needs; personality of the carers; autonomy and dignity.

### 1. Perceptions of the quality of medical and nursing care

The results of the survey generally show that the patients viewed medical care and nursing in inpatient facilities as mostly satisfactory. The research participants expressed this for instance as follows: *"For me, the care here is good. I can't say there's anything I'd mind. I've got basic care. So I'm about 50% satisfied, it's all right..."* Or: *"...I'm satisfied, I've got care, on the whole I can tell them what I want..."* One of them commented: *"It's above average here, and generally better than elsewhere..."* Another participant said: *"I'm in the best hands here, my experience has been good."*

#### Organisation of care and the setting

It was also evident from the survey that the perception of the quality of care was greatly influenced by the hospital setting, the size and furnishings of the rooms, the overall organisation of care, repeated hospitalisation and any leisure activities. Patients who had repeatedly been hospitalised in the same facility expressed much greater satisfaction than other clients. For example one of the patients said: *"I've been here several times before, I know most of the staff by name... They all welcomed me back, and I know this place well. Everything here is top quality."* The hospital setting was evaluated as follows: *"It's pretty full here, and the rooms are small..."* or *"When there are visits there's no room at all, and you can hear everything, there's no privacy..."* One of the patients commented on the organisation of care: *"It's irregular, several people come running in and then there's a quick visit and then we don't see anyone again for a long time. If we ring the bell, they do what we want."* Another patient said: *"... they run in, quickly pull the sheet down and then back up again, and they don't ask us any questions..."* One of the patients expressed dissatisfaction about the light always being on in her room: *"Why is the light always on, even at night? If I ask, one of the nurses will turn it off, and then someone switches it back on again. It costs money and it hurts my eyes, and it's always bothering me."*

Several respondents reported that the nurses were very busy and in consequence would sometimes forget what a patient had asked for. This was expressed as follows: *"...you*

*have to ask them, and make sure they do it. They've got a lot on, and obviously they forget, probably because they've got a lot of work, and some things they don't remember..."*

One of the medical facilities was exceptional in having a regular programme for all patients, and patients were involved in various activities regardless of their mobility. These included art projects, culture (reading and playing the piano) and baking. All of these activities were organised by a social worker in collaboration with the hospital's volunteer centre. Some of the more active patients also contributed; for instance one of the clients had formerly travelled a great deal, and she talked about what she'd experienced on her travels. The patients remarked: *"...we've always got something to do, we've got a programme, and it's like family here, I'm not lonely and we get to meet one another..."*

### 2. Satisfying patients' needs

#### Mobility and self-sufficiency

Patients realise that the scope of their needs depends principally on their level of mobility and self-sufficiency. The majority of patients reported that they had felt most helpless when they were first hospitalised and had been in much worse health. Their fears were magnified by the fact that they were unfamiliar with the setting and the staff. Respondents agreed that the worst thing was helplessness and depending on others. They expressed this as follows: *"Assistance from the staff is important, I'll be glad when they won't have to wait on me hand and foot, I need movement and physiotherapy, I'm looking forward to being on crutches, I'll learn to walk so I can go home, I'm looking forward to that..."* Another patient said: *"In my care it's important that everything's coordinated, depending on how self-sufficient you are, what's important for me now is movement and physiotherapy."*

#### Personal hygiene

The survey revealed that personal hygiene was more important for women than for men. The men were less demanding in this respect, generally only needing a basic wash. For the women, their habits and appearance – how they did their hair, and the creams they used – played a key role. During the interviews, when discussing various needs hygiene was the one that was mentioned most often. One of the female patients said: *"What's most important for me, and what makes me happy, is when they give me a proper bath."* Another woman commented: *"My heel was a bit sore, so I could only lie in bed, it was painful and one of nurses did a beautiful job rubbing cream on me after I'd had a bath, one of them will always remember to do it and another doesn't take it seriously even if I ask her."*

#### Food and hydration

From patients' responses it generally emerged that food was not all that important during hospitalisation, especially for men. The priority for most patients was their health status and the possibility of going home as soon as possible, but even so their opinions on the catering were very critical. One of the female patients commented: *"The food's good, I'm used to everything, but I don't like the sauces. There's plenty to drink*

and they're always telling us to drink something. Ladislav is always giving us something to drink, he's wonderful in that way..." Another woman said: "I'm confused, I'm supposed to have a nutritional drink and sometimes I get it and sometimes I don't. I asked the nurses why not, and then they brought it without saying anything, they've probably got so much work they forget." Another female patient was also critical: "What you can say you want, but it doesn't happen, is food. They ask you what you want but they only ever offer special diets, which you don't want to eat, and it's always mince with some kind of sauce." The male patients also commented on the food: "It doesn't bother me, it's the same in all hospitals, we'll eat properly when we're home again. I like eating, but here I'll eat everything and the way I look at it is that I'm in hospital and the food isn't all that important."

#### **Pain**

Pain is usually monitored regularly and is not neglected. This was expressed in this way: "The nurses always ask you about pain, and again when there's a visit, and whenever I say something's hurting, I get medicine. Something does hurt now and then, but that's normal at our age, and they make sure I don't suffer. I can tell them if something's hurting me."

#### **Privacy**

The patient's privacy is of fundamental importance, but this is very often overlooked in hospital. One of the greatest problems is when a patient needs the toilet, especially if the patient cannot get out of bed and is reliant on assistance. Privacy is not only violated by medical workers, but also by how visitors behave and how considerate they are. One of the patients remarked: "When there are visitors in the rooms, they don't know how to behave, yesterday the woman in the next room had to go to the toilet and the people were still there..." In general the survey revealed that visits were important for patients, who looked forward to them, but they could be exhausting and often there was no privacy for visits.

#### **Loneliness**

Some patients felt lonely, and they worried about their families, saying: "I'm on my own here and I feel lonely, there's no one here with me. I miss my dog and I'm looking forward to seeing him again. I'm worried about my husband, he's lost without me and he can't do anything for himself. I'm looking forward to going home, I don't like being in hospital."

### **3. Personality of the carers**

From what the patients said it emerged that nurses were the most important people in their care, because nurses spend much more time with patients than doctors. The patients were less critical about the personality of the doctors, who they see more as experts to whom they can turn and who have the authority to make decisions. The patients described the most important characteristics for nurses as follows: "...she should be kind, helpful, sweet-natured, supportive and interested in people, and she should always have a kind word." The patients' evaluations varied, and it seems that essentially this depended on which nurse happened to be on duty: "The

nurses and their attitude are the most important, because they spend more time with us than the doctor. They're helpful, it's all right, sometimes they're interested and sometimes they're not, I can tell them what I want but sometimes it takes a while. I prefer to agree with them and I don't complain, because they might be mean to me. Some of the nurses are really kind and some aren't, it depends who's on duty. No one asks me what I need, I try to be independent." Nurses' approach to caring for patients varied: "Some are happy to help me and some aren't. There's a little nurse here with black hair, she's livelier and she does everything I ask, and then there's another one who doesn't take me seriously and is surprised if I've got some kind of problem." Another respondent said: "Some of the nurses try, they straighten my pillow or blanket." Another comment about nurses was: "The nurses ask me what I want, not all of them, they aren't all angels, but mostly they're nice. There's one here who really shouldn't be doing this job." One of the patients talked about an argument with a nurse, and was afraid there would be further unpleasantness: "I spilt some water on the bedside table, I couldn't help it, and the nurse wasn't happy about that and told me to clean it up myself, so I wiped it with a tissue, seeing how she didn't like it, so she wouldn't be angry. She isn't a good nurse, but I can't tell her that..."

Evaluations of doctors were expressed as follows: "They come here every day or if your condition gets worse, they ask about everything and tell the nurses what to do. The doctors are excellent. Especially the senior consultant, she's wonderful, she even talks to my family about when I can go back home. The doctors ask questions and they're attentive."

It is interesting that none of the respondents talked about any shortcomings in nurses' professionalism, skills and experience. When asked how they rated the nurses as professionals, the respondents answered: "The nurses know what they're doing, they're good at their work, only with some of them it's a shame they aren't nicer to us."

### **4. Autonomy and dignity**

The need for trust, cooperation, communication and respect for the patient was often mentioned. The respondents described autonomy and dignity primarily as a willingness to cooperate and communicate, respect for the patient, and the opportunity to be included in decision making. However, it emerged from what the patients said that it is the doctor who ultimately decides. Patients were also concerned with what their families would think; their families were worried about them and helped them.

#### **Cooperation and communication**

Cooperation between the patient and the staff was mostly rated positively. For instance: "I can tell them what I want or what I need. I try to do things myself, but they'll help me if I need something and can't manage it myself. I talk to all of them and they're interested, we talk about everything, I can ask them what I like and they'll reply. If there's time we'll talk about everything." It was clear from the survey that none of the respondents wanted to provoke conflicts, and they would make compromises if necessary. Only one of the more assertive

patients added: "I tell them what I think, whether it's nice or not, that's the way I am, and I stick up for myself..."

#### Decision-making

Here the patients generally said that the health professionals, the doctors and nurses, knew best, and it was best to trust their opinions and advice. They expressed this as follows: "I trust what the doctor says. What's important is what the doctor thinks, and you can't do much about that. I can say what I like, but the doctors know best, they understand everything."

#### Discussion

The objective of this study was to examine older people's experiences, needs and opinions of the quality of care in the hospital setting. The interviews revealed that patients were generally satisfied with the standard of care, and their experiences were largely positive. However, the survey also highlighted a number of areas that patients considered important, and aspects that they thought were negative and in need of improvement. It was evident that in many respects the quality of care is influenced by the organisation of work and the hospital setting, as well as nurses having insufficient time for their work, and established care routines that do not adequately reflect patients' needs. Several authors have also emphasised this, mentioning that it is important that staff are able to respond to the complexity of a patient's circumstances, comorbidity and degree of disability. It is important to adapt care to ensure it is coordinated teamwork based on the patient's needs. Staff skills, the volume of work and the time required to care for such patients must all be dovetailed (15).

There are many factors that influence the satisfying of patients' needs, and their requirements are entirely individual. An assessment of the patient's self-sufficiency is important. The manner in which needs are satisfied, and to what extent, is influenced by the patient's sickness and overall health status, but also by the patient's personality, the hospital setting, interpersonal relationships and the individual staff members and their professionalism (22). In this research study, the satisfaction of the patient's needs was particularly influenced by their age and abilities in terms of self-sufficiency and functioning. Respondents considered the greatest limitation to be the fact that they were incapable of movement and self-care. Older people defined their most important needs as personal hygiene, food and hydration, pain management and privacy. The survey revealed that what is most important for older people is that their basic needs are met. It is evident when satisfying needs that what is fundamental is the individual's ability to cope with tasks related to their basic needs, i.e. their degree of self-sufficiency. Representatives from non-governmental organisations caring for older people in the Czech Republic point out that in the hierarchical structure of older people's needs, their basic needs are the first to be satisfied in order that their other needs are also satisfied (23). In addition, it is possible that older people are from a generation where people are embarrassed to talk about their needs and express their wishes. The necessity of primarily

satisfying basic needs is based on Maslow's theory of motivation (24). The greatest emphasis was on personal hygiene and going to the toilet. Some respondents also expressed feelings of loneliness. These findings have been highlighted by other authors, who stress that elderly patients need greater care and assistance with performing their daily activities. An awareness of the patient's functional condition and the level of care required are key (25).

In care for older people the priority is the need for comprehensive geriatric care focusing on frailty and other factors in their care, especially physical and psychological factors. It is important to develop a coordinated and integrated care plan, and to regularly update it. Authors point to the need to revise care for older people, where geriatricians should play the primary role [26]. According to Cichá and Dorková (27) geriatric care should be based on managing geriatric syndromes, which are common among elderly patients and include frailty, dementia, instability, immobility, incontinence, iatrogenicity, etc.

The perception of the quality of hospital care is significantly influenced by the personality of the nurses. The patients in this study repeatedly referred to this, and they also commented that not all nurses were kind and helpful. Some respondents described inappropriate behaviour by nurses. They confirmed that the nurses' personality and conduct are the most important aspects of their care. In the context of caring for older and frail patients, the nurse is defined as follows: "The nurse knows the current need for nursing care and its results, and knows how to make a qualified estimate of the need for future nursing care, and define it, within a particular nursing timeframe (generally a matter of weeks for post-acute care and months for long-term care)" (16). Holmerová et al (28) point to the need to amend the spectrum and qualifications of health professionals, as geriatrics is still only a marginal part of their training. Many authors stress the need for familiarity with geriatrics, long-term care and social care (26, 29, 30). The studies available also reveal that the level of knowledge of geriatrics, and nurses' training, affect the overall quality of care (31). However, the results of the current survey were that patients did not mention any need for the standard of nurses' training. This may be due to the cultural context of care in the Czech Republic, where nurses are viewed not as professionals in their own right but as assistants to the doctors. Such stereotypes are probably a consequence of the historical context of the training system for nurses and their status in the Czech Republic.

Positive cooperation and communication with patients and their families is the foundation of successful care. Research studies likewise point to the need to promote dignity and autonomy, which are most in jeopardy among frail elderly patients, especially in hospitals where there is more emphasis on rapid and effective treatment than on the approach to patients. Patients themselves refer to shortcomings in this respect (32). It is stressed that besides quality nursing care, fundamental ethical principles must also be respected, above all respect for dignity, autonomy and the right to make decisions. Older people also have to be protected from age

discrimination or ageism (27). This study's findings generally indicate good cooperation and communication between patients and health professionals, and none of the respondents expressed any feelings of discrimination or being unable to express themselves as necessary and communicate their wishes and needs. Regarding the opportunity to make decisions, it is evident that patients prefer the doctor to decide, and they have no misgivings about their doctors' care and knowledge.

#### Strengths and weaknesses of the research project

This qualitative research project was conducted in line with the methodology and rules for empirical research (20, 21). The individual steps were discussed within the team and planned in advance, focusing on the credibility and reliability of the results and the need to retain authenticity. The sample number of respondents was affected by the epidemiological situation for COVID-19. Although these results cannot be generalised, they can serve as an important source of information and a starting point for any attempt to improve the true situation, and not merely in the hospitals where the survey was conducted.

#### Conclusion

Old age is characterised by many specific factors, and care for older people is currently becoming the centre of attention, and not only for the professionals who care for these patients. Comorbidities, geriatric syndromes, declining functional capacities and increasing problems in the social area mean that older persons are hospitalised more frequently, but it is clear that the standard of care is insufficient and fails to take account of frail older patients' needs. This study has highlighted older patients' needs and experience in hospital. An analysis was performed and four principal aspects of care for older people were identified: quality of care; satisfying patients' needs; personality of the carers; autonomy and dignity. It is evident from the research project that what is most important for older people is self-sufficiency and the satisfying of their basic needs. In the context of their care they emphasised the personality of the nurses, especially kind words and support. In the quality of care for older persons, there is a need for geriatrically informed medicine and a comprehensive geriatric evaluation of the patient.

Despite the small number of research participants, it is clear that this is one of the few studies conducted in the Czech Republic to research older people's opinions. However, this may serve as a stimulus to improve care for older people.

**Conflict of interest:** none/**Conflict de interes:** nu există

**Acknowledgments:** Toți autori au avut contribuție egală la acest articol/The authors would like to thank the research projects' participants for their valuable experience regarding care for older people in the hospital setting. They would also like to thank the senior managers of all the hospitals who helped with organising the research project and selecting respondents.

#### Availability of data and materials

The datasets generated and analysed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

#### Funding

This study was carried out as part of cooperation between the authors under Charles University Grant Agency Project No. 760219. The research project received financial support from the Charles University Grant Agency, and from the Agency of Health Research AZV MZ NV18-09-00587 Long-Term Care for Persons with Dementia

#### References/Bibliografie

1. Šnejdrová M, Topinková E, Křehký senior. Postgraduální medicína 2014;16(2):16-22.
2. WHO. World report on ageing and health. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463> [Accessed 27th November 2020].
3. MPSV. Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025. Available from: [https://ampsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-připravy-na-stárnutí-společnosti-2019-2025-ma\\_ALBSBADJYUA2.pdf](https://ampsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-připravy-na-stárnutí-společnosti-2019-2025-ma_ALBSBADJYUA2.pdf) [Accessed 1th January 2020].
4. Apostolo J et al. Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of frailty screening tools. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2017;15(4): 1154-1208. Available from: <https://doi.org/10.11124/JBISRI-2016-003018>.
5. Edvardsson D, Nay R. Acute care and older people: challenges and ways forward. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2010;27(2):63-69.
6. Cesari M et al. Frailty: An Emerging Public Health Priority. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17(3): 188-192. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.12.016>.
7. Gibson JA, Crowe S. Frailty in Critical Care: Examining Implications for Clinical Practices. *Crit Care Nurse* 2018; 38(3): 29-35. Available from: <https://doi.org/10.4037/ccn2018336>
8. Weber P. Geriatrický pacient – realita každodenní klinické praxe současné medicíny. *Posgraduální gastroenterologie a hepatologie* 2016;2(4):222-227.
9. WHO. Global strategy and action plan on ageing and health. Available from: <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf> [Accessed 12th March 2020].
10. UZIS. Hospitalizování v nemocnicích ČR 2018. Available from: <https://www.uzis.cz/res/ff/008313/hospit2018.pdf> [Accessed 12th January 2020].
11. Eeles EM et al. The impact of frailty and delirium on mortality in older inpatients. *Age and Ageing* 2012;41(3): 412-416. Available from: <https://doi.org/10.1093/ageing/afs021>.
12. Lee SY et al. Developing delirium best practice: a systematic review of education interventions for healthcare professionals working in inpatient settings. *Eur Geriatr Med* 2020;11(1): 1-32.
13. Daganí J et al. What is the course of behavioural symptoms and functional conditions in hospitalised older people with dementia? A multicentre cohort study in Italy. *European Geriatric Medicine* 2015;6(6):554-560. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2015.06.003>.
14. Cowdell F. Care of older people with dementia in an acute hospital setting. *International Journal of Older People Nursing* 2010; 5(2): 83-92. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00208.x>.
15. Nicholson C, Morrow EM, Hicks A, Fitzpatrick J. Supportive care for older people with frailty in hospital: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 2016;66:60-71. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.015>.
16. Holmerová I et al. (2014) Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita. Praha: Grada.
17. Bláhová H, Holmerová I. Potřeby starších lidí v nemocniční péči – analýzy výsledků review české literatury. *Gerí a Gero* 2018;7(3):113-116.



19. Bláhová H, Bártová A, Dostálová V, Holmerová I. The needs of older patients in hospital care: a scoping review. *ACER* 2020;10(21). Available from: <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01734-6>.
20. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. California: Sage Publications;2015.
21. Švaříček R, Šedová K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2nd ed. Praha: Portál;2014.
22. Graneheim U, Lindgren B, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today* 2017;56:29-34. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>.
23. Krátká A. *Hodnoty a potřeby člověka*. Zlín: Ústav zdravotnických věd Fakulty humanitních studií;2018.
24. Nešporová O, Svobodová K, Vidovičová L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí;2008.
25. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological Review* 1943;50(4):370-396. Available from: <https://doi.org/10.1037/h0054346>.
26. Macháčová K, Holmerová I. Zkušenosti s hodnocením soběstačnosti: jak ji vidí křehcí senioři v pokročilém věku a jejich pečovatelé. *Geriatry a gerontologie* 2016;5(3):117-121.
27. Heckman GA, Molnar FJ, Lee L. Geriatric Medicine Leadership of Healthcare Transformation: To Be or Not To Be? *Canadian Geriatrics Journal* 2013;16(4):192–195. Available from: <https://doi.org/10.5770/cgj.16.89>.
28. Cichá M, Dorková Z. *Etika péče o seniory v teorii a praxi*. Praha: Projekt č. CZ.2.7/3.1.00/33270: Inovace praktické výuky ošetrovatelství;2012.
29. Holmerová I, Válková M, Vaňková H, Jurašková B. Vybrané aspekty zdravotní a dlouhodobé péče o stárnoucí populace. *Demografie* 2011;53:140-151.
30. James GA, Lowell WG. A New Model for Emergency Care of Geriatric Patients. *Academic Emergency Medicine* 2003;10(3):271-274. Available from: <https://doi.org/10.1197/aemj.10.3.271>.
31. Powers JS. The Importance of Geriatric Care Models. *Geriatrics* 2019;4(5). Available from: <https://doi.org/10.3390/geriatrics4010005>.
32. Fox T, Sidani S, Butler JI, Tregunno D. Nurses' Perspectives on the Geriatric Nursing Practice Environment and the Quality of Older People's Care in Ontario Acute Care Hospitals. *Can J Nurs Res*. 2017;49:94-100. Available from: <https://doi.org/10.1177/0844562117707140>.
33. Calnan M, Tadd W, Calnan S, Hillman A, Read S, Bayer A. "I often worry about the older person being in that system": exploring the key influences on the provision of dignified care for older people in acute hospitals. *Ageing and Society* 2013;33:465–485. Available from: <https://doi.org/10.1017/s0144686x12000025>.

**Příloha č. 7 – Článek s výsledky focus group (nebylo publikováno)**  
**Caring for older people in hospitals from the perspective of health professionals: a scoping review**

Hana Bláhová, Alžběta Bártová, Vladimíra Dostálová

and Iva Holmerová

Charles University, Faculty of Humanities

Author Note

Department of Longevity Studies, Faculty of Humanities, Charles University, Prague,

Czech Republic

Hana Bláhová, MSc. ORCID ID: 0000-0003-1740-2535

Alžběta Bártová, MSc. ORCID ID: 0000-0002-9842-8683

Vladimíra Dostálová, MSc. ORCID ID: 0000-0002-6158-1334

Iva Holmerová, MD., Ph.D., Assoc. Prof. ORCID ID: 0000-0003-2375-4174

Correspondence concerning this article should be addressed to Hana Bláhová,  
Department of Longevity Studies, Faculty of Humanities, Charles University, Prague,

Czech Republic. Email: [hana.blahova@bulovka.cz](mailto:hana.blahova@bulovka.cz), phone +420 725 964 742

## **Key Summary Points**

### **Aim**

This study seeks to provide an overview of care and how older people's needs are satisfied in hospitals'.

### **Findings**

A total of seven articles were identified that present data where health professionals comment on specific aspects of caring for this group of patients, any difficulties that may arise, attitudes and opinions, and their own needs and working conditions.

### **Message**

A total of eight themes then emerged from a thematic synthesis of the studies available: quality of care, risk management and safety; pain; ethical questions; communication; environment and climate; health professionals' conduct; cooperation; education and working conditions

## **Abstract**

**Background and purpose:** Interprofessional teamwork, positive communication, and the organisation and coherence of services all play a major role in meeting a patient's needs. This review aims to provide basic information and knowledge on the quality of care provided to older people in hospitals, as viewed and experienced by health professionals.

**Methods:** The following databases were searched for literature: Medline, Web of Science, ProQuest Central, Scopus, Cinahl, PsycINFO and Summon. Articles published in the years 2009–2019 were included.

**Results:** A total of 7 articles were analyzed. The results show that in the attempt to meet all of the requirements for acute care, some of the patient's fundamental needs and wishes were neglected, undermining human dignity and autonomy.

**Conclusion:** The scoping review reveals that care for older people in hospitals' does not take their specific needs into account, and does not adequately accommodate them.

**Keywords:** older person, quality of care, needs, acute care

## **1. Introduction**

A number of authors have raised questions concerning the quality of care and how older patients' needs are met. Individual articles have generally sought to highlight any difficulties and deficiencies in caring for these patients [1, 2, 3]. Two factors in particular are addressed, namely the patient's age and frailty. The findings and models of care presented in the literature and research projects can accordingly facilitate the developing of appropriate strategies and the allocating of resources to improve healthcare for older people [1, 2, 3]. As some authors point out, the quality of care for older people is a much broader concept than can be demonstrated by quantitative outputs such as morbidity and mortality [4, 5, 6].

In care for older people, the emphasis is not just on the quality and availability of healthcare, but also on other aspects of life such as values and religious beliefs, and human dignity and autonomy. A holistic and caring approach of carers is important, also as a support for families and friends [7, 8].

Given the heterogeneous structure of this population, it is essential to adapt the care for older people to their functional capacities and needs in line with their degree of dependence, i.e. whether they are fully or partially self-sufficient or entirely dependent. It must also be stressed that older people today are not just passive recipients of care, but want to decide for themselves and assert their own interests. The patient's wishes and free will must therefore be respected [9, 10, 11].

Moreover, it is generally known that hospitalisations of older people lead to a number of complications that significantly affect the quality of care and patients' safety, including negative consequences of treatment or even death. The complexity of older patients' condition (where there is generally a high risk of poor prognoses and complications) is characterised by "*geriatric syndromes*" [12]. Among the most common are cognitive impairment and impaired consciousness, functional decline, incontinence, falls and injury. The risks presented by individual conditions and complications are often related, e.g. cognitive impairment may be connected with falls, functional decline, pain and incontinence. Impaired mobility tends to be a risk factor for delirium, falls, functional decline, injury and incontinence [13]. A worsening functional condition during hospitalisation is associated with delirium, cognitive impairment, incontinence and injury [13].

### **1.1 Research into older patients' needs**

It is evident from the preceding, and from the data available in the literature, that the question of care for older patients is receiving more attention [1]. There are several reasons for this; one is that with the rising number of older people in the population, there is also an increasing number of chronically sick older people with acute care needs in healthcare facilities [6]. However, the healthcare system in such facilities is not optimal for older patients, and it cannot respond to the specific needs of older people [3]. For instance in their study Patterson et al. [14] note that compared with other groups of patients, frail older people receive suboptimal caring in hospital. He also points out that in care for older people, their abilities and skills are underestimated [14].

This scoping review is based on the following research question: *“What are the specific aspects of caring for older people in the hospital environment from the perspective of health professionals?”* This study seeks to provide overview of care and how older people’s needs are met in hospital care.

## **2. Methods**

It is related to another study in which we examined how older people’s needs are met in hospital care from the patient’s perspective [15].

For the purposes of this scoping review, and in the context of the research question and a lack of relevant studies, an review of the literature was produced in line with PRISMA-P (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta Analysis Protocols) [16] . The research question was defined using the PICO model [17] (participants, interventions, comparators, and outcomes), i.e. studies were identified that focused on the needs of older people in hospital care, and which evaluated the issue and how needs were met from health professionals’ perspective. The following databases were searched for literature: Medline, Web of Science, ProQuest Central, Scopus, Cinahl, PsycINFO and Summon. As the Summon search engine allows searches of all information sources available from the National Medical Library, ultimately the results for the articles identified in the aforementioned databases were compared with the results from this latter database, which yielded two more articles related to the issue in question. The search was conducted between May and August 2019.

### **2.1 Inclusion and exclusion criteria**

Studies published over the last ten years were searched by the individual keywords and their combinations, using Boolean operators. Only reviewed articles related to the research question and published in English-language specialist journals

were included. Duplicates were excluded, as were studies where it was evident from their titles and abstracts that they did not concern caring for older people in hospital care. Next a full-text analysis was performed, and the selection was narrowed to articles concerning the quality of care and the satisfaction of older people's needs as viewed by health professionals. Table no 1. Shows the search criteria. Seven databases were searched, it was evident that some publications could not be found, because grey literature was not included in the review. Also restricting the selection to English-language articles may mean that only some countries are represented in the search results.

## **2. 2 Data analysis**

After eliminating duplicates, a total of 785 studies were identified on the basis of the research question, the study's objective, the keywords and the selection criteria (inclusion, exclusion). Inductive thematic analysis was used to analyze data from the articles retrieved. Significant terms were first inductively assigned codes according to their meaning and content and sorted into related categories. Categories developed by an open coding process were then grouped again according to related topics. The reviewers together discussed their decisions and interpretations throughout the process. A synthesis in the form of a model was developed to portray the findings in a comprehensive way that can inform future interventions in the care of these patients. In line with the methodology for the approach taken, the contents of an article were then divided into quantitative or qualitative research. In the final selection only articles where needs were evaluated by health professionals remained.

## **3. Results**

The final synthesis featured a total of 59 articles about caring for older people in hospital care, but the majority of publications only covered this issue at the theoretical level ( $n = 37$ ). Of the total number of articles included, substantially fewer articles were identified ( $n = 7$ ) where aspects of older people's needs and care were evaluated by health professionals (two of them in combination with patients). Figure 1 shows the results of the search, which identified a total of 837 articles, and the numbers of articles selected. Table no. 2 lists the publications selected and their basic characteristics.

For the purposes of this scoping review, articles on health professionals' experiences and views were used. The reason for this was that in caring for older people, health professionals' perspective is a source of information that is just as important as the opinions of the patients themselves and/or their informal caregivers,

and it may potentially affect the quality of care provided. Moreover, care for older people may be negatively affected by factors such as unsuitable working conditions, little support from hospitals' management, inadequate equipment, lack of training for staff, and insufficient time when caring for these patients.

Of the final number of publications selected, both qualitative (n = 4) and quantitative research was used (n = 2), or a combination of both (n = 1). Questionnaires were the most frequently used research method (n = 4), followed by interviews (n = 3), which in one article were supplemented with observation. A case study was also used (n = 1). The research presented was carried out in acute care departments (n = 5) or emergency departments for adults (n = 2). The most frequent objectives were to determine or verify the quality of the services provided, management, and the system for organising care for older people. Other objectives were mapping health professionals' attitudes, values and prejudices, including their conduct and experience. Some studies also evaluated pain management and staff's knowledge of this field. Other topics were the social and cultural climate, and whether workplaces were suitably equipped for older residents. One of the aspects evaluated was dignity. From the research surveys, various themes were identified concerning the quality of care provided. They are summarised in table no. 3 below.

#### **4. Discussion**

A total of seven articles were identified that present data where health professionals comment on specific aspects of caring for this group of patients, any difficulties that may arise, attitudes and opinions, and their own needs and working conditions. A total of eight themes then emerged from a thematic synthesis of the studies available.

An analysis of the data this a scoping review obtained reveals that although there are many studies concerning older people, they are based more on theory and only rarely on practical knowledge of caring for these vulnerable patients. Most studies are quite general; some examine the quality of care for patients in hospitals. But it is precisely carers' experience and practical skills that can serve as an important source of information and a stimulus to improve care and adapt it to the needs of older people. In this respect any obstacles carers face are also very important.

#### **Quality of care, risk management and safety**

Health professionals stated that the requirement to ensure safe care should be a priority when caring for older people. They understand that older patients comprise one

of the most vulnerable patient groups, and they are also aware that the higher incidence of risks for older people is caused by patients' age and frailty. According to health professionals' experience, frailty syndrome is related to a higher incidence of falls and other injuries, additional complications and stress factors (loneliness, new situation). Patients' self-sufficiency also worsens [3].

All staff noted the distinctive demands of older people's acute nursing care work (i.e. the complexity of acute care needs combined with requirements for personal and psychological care). Older patients were reported as increasingly more dependent on nursing staff for care. Most nurses expressed feelings of guilt, low morale and frustration because of their felt inability to offer good care [18].

Staff feel they are insufficiently qualified for working with older people. Moreover, the nature of working in acute care departments often means they have to make compromises when caring for older people in terms of what kind of care they prioritise (e.g. food or hygiene) [18]. Added complications in caring for these patients include changes in their psychological and cognitive condition and consciousness, or behavioural changes such as disorientation and even aggression and self-harm. In this respect communication is also very demanding, as patients often cannot understand instructions, or they forget them, and very often they have impaired sensory perception. Staff at all levels identified safety as being their prime concern when caring for confused older patients [3].

### **Pain**

It is evident from the research in this field that health professionals are aware that older people see pain as a natural aspect of aging and frequently fail to mention any pain they may be suffering from; health professionals therefore stress that greater attention must be devoted to pain symptoms, with regular monitoring [19]. The investigation revealed good results for health professionals' skills in assessing pain, with the majority of respondents (96%) answering correctly. However, there was insufficient knowledge of health professionals about the application of opioids (use and effects of opioids, opioid addiction) and familiarity with their side effects, administration methods and duration. Only 25% of respondents had completed education or training about pain in the last two years. Staff also reported they were disturbed by the side effects patients experienced because of their medication [19].

### **Ethical questions**



Dignity, respect for old age, patience and protecting patients' privacy were frequently investigated and evaluated. Staff were aware of the existence of prejudices about older people that affect the quality of care provided. Negative attitudes and the prioritising of younger patients were documented [20]. Health professionals expressed their fears of undignified care and differences in how staff and patients understood dignity. The majority of those surveyed thought that older people must be approached with sensitivity and consideration [18]. The prevailing view was that dignified care should be the priority, but this required targeted education and practical training. Nurses have a major role in ensuring dignified care for older people in hospital [21]. Other often discussed topics were empathetic care, understanding, politeness and respect. As important factors were highlighted: positive communication, partnership, cooperation and allowing patients to decide for themselves. It was established that employees' education and qualifications gave older people more confidence in how they would be cared for [22].

### **Communication**

Health professionals agree that communication with older people poses greater demands on their time and skills. Some health professionals also expressed their fears about communicating with these patients. They see the greatest difficulties and negative aspects of communication in terms of their high workload and their lack of knowledge about how to approach frail older people with dementia. They highlight the need to adopt simpler language, with frequent repetitions of information, and a sensitive and patient approach. It is evident that in this respect there are high demands on staff, with special requirements for communication [18, 3, 20, 22].

### **Hospital environment**

Hospitals' acute care and emergency departments are not usually suitably equipped or designed for caring for older people [22]. Patients and their families find orientation and movement difficult here, with a risk of falls and injuries. Health professionals agree that in the view of the specific care requirements, these environments must be furnished and designed to be more user-friendly. The acute environment was viewed as a barrier to optimal care delivery [3]. Policy- and decision-makers are called upon to implement strategies to foster practice environments that prioritize the care of older people [23]. Senior managers and leaders need to invest in staff work environments to ensure quality patient care [18].

### **Health professionals' conduct**

The majority of those questioned reported that working with older patients is physically and mentally demanding and stressful, which can result in staff feeling overworked. Caring for these patients is highly demanding work, where important factors include the specific knowledge and skills of staff caring for patients with dementia and delirium. Adequate time and a sensitive approach are also important. Some health professionals reported that care for these patients was influenced by what they sensed was a generally negative attitude towards them [18, 3]. The research also established that health professionals' conduct was influenced by other factors such as age, sex and education. A positive approach from staff was recorded more among women, as well as among those sharing a household with an older person, and those who had previous experience of caring for older people. Evaluation of the approaches of nurses and physicians towards older patients showed that the majority were more respectful and patient towards older patients [20]. Some of the nurses said they were aware that these patients received average or lower-quality care. Health professionals also expressed their anxiety and unease if they were unable to satisfy a patient's needs [22].

### **Cooperation**

The quality of care provided is influenced by how the work is organised, the quality of interpersonal relationships and communication within the team. There is also an emphasis on coordinated interdisciplinary cooperation. Staff see the patient's family and loved ones as an important element in optimising care, and they prioritise cooperation with the family [18]. In terms of the specific geriatric nursing practice environmental supports, nurses perceive that they have mid-range interprofessional collaboration and organizational value of older people's care and slightly below average geriatric resources [23].

### **Education and working conditions**

Health professionals report a lack of theoretical knowledge and practical skills. They point out that ongoing education or training can help them to improve care for these patients, and can also facilitate such care [22]. When caring for patients with dementia, it is essential to be able to diagnose these symptoms promptly and to choose an individual approach accordingly. Staff lack support from hospital management, and their work is further complicated by unsuitable environments, insufficient time and staff shortages [18, 3, 22]. However one study points out that nurses' perceptions of older

people's care and the geriatric nursing practice environment differ by professional designation but not hospital teaching status [23].

### **Strengths and limitations**

The findings presented in this study provide an evidencebased framework that can serve as a guide for person-centered hospital care planning. Restricting the selection to English-language articles may mean that only some countries are represented in the search results. This in the review, representing a limitation for holistic validity and transferability to diferent cultural environments. It is also possible that our search strategy missed some relevant studies as the automated search failed to find numerous eligible articles.

### **Conclusion**

The scoping review findings reveal that in health professionals' view, care for older people in hospitals' acute and emergency departments is inadequate and fails to take into account the specific context of care for such patients and their needs. An inductive thematic analysis identified eight key themes that provide a comprehensive overview of the available information. The results show that in the attempt to satisfy all of the requirements for acute care, some of the patient's fundamental needs and wishes are neglected, undermining human dignity and autonomy. These findings can help in designing an appropriate strategy, staff training and models to improve the quality of care for frail older people. Further research could contribute to developing and evaluating other interventions required when caring for such patients (for example support for self-sufficiency, prevention of loneliness and social isolation, respecting independence). Given that older people comprise a significant and increasingly large patient group, much more attention must be paid to this issue, both in research and in practice.

### **Funding**

This study was supported by the Charles University Grant Agency, project No. 760219.

### **Conflict of Interest Declaration**

None

### Literature used:

1. Nicholson C, Morrow EM, Hicks A, Fitzpatrick J (2017) Supportive care for older people with frailty in hospital: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 66:60–71. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.015>
2. Edvardsson D, Nay R (2010) Acute care and older people: challenges and ways forward. *Australian Journal of Advanced Nursing* 27:63–69.
3. Moyle W, Borbasi S, Wallis M, Olorenshaw R, Gracia N (2010) Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. *J Clin Nurs*. 20:420-428. <https://doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03521.x>
4. Antořová V, Bédiová M, Birčiaková N, Kubíčková L, Rařticová M (2016) Analýza kvality seniorů v České republice. MPSV.
5. Ruiz M, Bottle A, Long S, Aylin P (2015) Multi-Morbidity in Hospitalised Older Patients: Who Are the Complex Elderly? *PLoS ONE* 10(12): e0145372. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145372>
6. García-Peña C, Pérez-Zepeda MU, Robles-Jiménez LV et al. (2018) Mortality and associated risk factors for older adults admitted to the emergency department: a hospital cohort. *BMC Geriatrics* 18:144. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0833-0>
7. Holmerová I. et al (2014) Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče. Grada, Prague.
8. Foss Ch (2010) Elders and patient participation revisited – a discourse analytic approach to older persons’ reflections on patient participation. *Journal of Clinical Nursing* 20: 2014–2022. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03505.x>
9. Holmerová I, Baumanová M, Staňková K, Štefl M, Vaňková H (2014) Specifické aspekty péče o starší pacienty. *Urgentní medicína* 17:20–21.
10. Ekelund Ch, Mártensson L, Eklund K (2014) Self-determination among frail older persons – a desirable goal older persons’ conceptions of self-determination. *Quality in Ageing and Older Adults* 15(2):90–101. doi:10.1108/QAOA-06-2013-0015
11. Ekdahl AW, Andersson L, Wirehn AB, Friedrichsen M (2011) Are elderly people with co-morbidities involved adequately in medical decision making when hospitalised? A cross-sectional survey. *BMC Geriatrics* 11:46. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-46>
12. Gupta D, Kaur G, Gupta A (2016) Geriatric syndromes. In *Progress in Medicine* 355:1754-1758 <https://www.researchgate.net/publication/328772991>.
13. Mudge A, Hubbard R (2019) Management of frail older people with acute illness. *Internal Medicine Journal* 49:28-33. <https://doi:10.1111/imj.14182>
14. Patterson M, Nolan M, Rick J, Brown J, Adams R, Musson G (2010) From metrics to meaning: culture change and quality of acute hospital care for older people. NIHR SDO Project (08/1501/93).
15. Blahova H, Bartova A, Dostalova V, Holmerova I (2020) the needs of older patients in hospital care: a scoping review. *Aging Clin Exp Res: Online* 2020-10-21. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01734-6>
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med* 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
17. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart L, PRISMA-P Group (2015) Preferred reporting items for systematic review

- and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation 2015:349:g7647. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
18. Maben J, Adams M, Peccei R, Murrells T, Robert G (2012) Poppets and parcels: the links between staff experience of work and acutely ill older peoples' experience of hospital care. *International Journal of Older People Nursing* 7:83–94. <https://doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00326.x>
  19. Furjanic M, Cooney A, McCarthy B (2016) Nurses' knowledge of pain and its management in older people. *Nurs. Older People* 28:32-37. <https://doi:10.7748/nop.2016.e814>
  20. Polat U, Karadağ A, Ulger Z, Demir N (2014) Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: Ageism in a hospital in Turkey. *Contemp Nurse* 48:88-97. <https://doi:10.5172/conu.2014.48.1.88>
  21. Tauber-Gilmore M, Addis G, Zahran Z, Black S, Baillie L, Procter S, Norton C (2017) The views of older people and health professionals about dignity in acute hospital care. *Journal of Clinical Nursing* 27:223–234. <https://doi.org/10.1111/jocn.13877>
  22. Kelley ML, Parke B, Jokinen N, Stones M, Renaud D (2011) Senior-friendly emergency department care: an environmental assessment. *Journal of Health Services Research and Policy* 16:6–12. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.009132>
  23. Fox T, Sidani S, Butler JI, Tregunno D (2017) Nurses' Perspectives on the Geriatric Nursing Practice Environment and the Quality of Older People's Care in Ontario Acute Care Hospitals. *Can J Nurs Res.* 49:94-100. <https://doi:10.1177/0844562117707140>

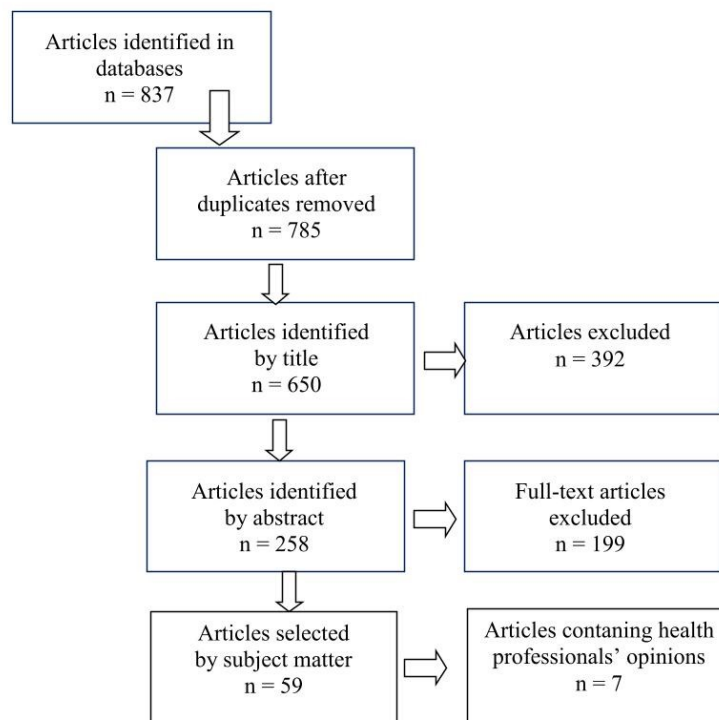


Figure 1 – PRISMA flowchart showing the identification, screening and selection of research papers

Table no. 1 – Search criteria

---

*Search criteria*

---

<i>Inclusion criteria</i>	<i>Exclusion criteria</i>
Published 2009–2019 English-language publications Peer-reviewed articles (before publication) <u>Keyword combinations:</u> needs, satisfied and unsatisfied needs, older people, older person, frail person, persons aged over 65, acute medical care, hospital care, quality of life, geriatrics	Duplicate articles Theoretical analyses: integrative reviews, systematic reviews, scoping reviews Articles on palliative care Evaluations of needs and care as viewed by patients or their families Conference reports, books and dissertations

Table no. 2 – Summary of publications selected and their basic characteristics

<i>Author / year / country</i>	<i>Aims and objectives</i>	<i>Research type</i>	<i>Participants</i>	<i>Research methodology</i>	<i>Themes covered</i>
Fox et al 2017 Canada	To investigate the quality of care and nurses' perceptions of care in the context of geriatric nursing	QUANTITATIVE	Emergency and acute care department in a hospital	Questionnaire for nurses	- quality of care - working conditions - cooperation - education
Furjanic et al 2016 Ireland	To identify nurses' knowledge of pain and its management in older people in acute hospitals	QUANTITATIVE	Hospital acute care departments	Questionnaire for nurses about pain	- pain assessment - caring for patients in pain - pain management
Kelley et al 2011 Canada	To assess the system for caring for older people, including the suitability of the environment, the social climate and organisational management in a hospital emergency department	QUANTITATIVE QUALITATIVE	Emergency department in a hospital	Interviews with patients (or their proxies) and staff Observation Administrative data	- organisation and quality of care - decision making - communication - environment
Maben et al 2012 UK	To examine staff experience of caring for older people in hospital care	QUALITATIVE	Hospital acute care departments	Case studies, interviews with patients and staff	- quality of care - dignity - risks and safety - barriers to care
Moyle et al 2010 Australia	To assess the management of care for older people with dementia in an acute hospital setting	QUALITATIVE	Hospital acute care departments	Semi-structured interviews with staff	- care for older patients with dementia - barriers to care - environment - dignity - safety - risk prevention - education
Polat et al 2014 Turkey	To determine health professionals' attitudes, values, conduct and prejudices in care for older people	QUALITATIVE	Hospital acute care departments	Questionnaire for nurses and doctors	- attitudes and behaviour towards older people - ageism - quality of care - respect and patience
Tauber-Gilmore et al 2017 UK	To determine the standard of care provided in the context of human dignity	QUALITATIVE	Hospital acute care departments	Semi-structured questionnaire for patients and staff	- dignity - meaning of dignity - perception of dignity - organisational culture



Table no. 3 – Themes

<i>Theme</i>	<i>Issues</i>
Quality of care, risk management and safety	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falls</li> <li>• Self-harm</li> <li>• Restraints</li> <li>• Medication</li> </ul>
Pain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pain assessment</li> <li>• Pain management</li> <li>• Opioid medication (use, side effects...)</li> <li>• Staff's knowledge</li> </ul>
Ethical questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dignity</li> <li>• Decision making</li> <li>• Respect</li> </ul>
Communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarity</li> <li>• Sufficient information</li> <li>• Kindness</li> <li>• Tactfulness</li> <li>• Patience</li> </ul>
Environment and climate (social, cultural...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Functionality</li> <li>• Suitability</li> <li>• Age adaptation</li> <li>• Risk prevention</li> </ul>
Health professionals' conduct	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Values</li> <li>• Attitudes</li> <li>• Expectations</li> <li>• Prejudices</li> <li>• Ageism</li> </ul>
Cooperation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients and their families</li> <li>• Within the medical team / healthcare facility</li> </ul>
Education and working conditions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Availability and standard of education</li> <li>• Adequate staffing</li> <li>• Sufficient time</li> <li>• Support from managers</li> </ul>

# Příloha č. 8 Pouster k aktivní účasti na konferenci 29th Alzheimer Europe konference konanou ve dnech 23. 10. - 25. 10. 2019 v Holandsku (Haag)

PO7.23

## The needs of vulnerable older patients receiving healthcare at home with focus on persons with dementia

Vladimíra Dostálová<sup>1</sup>, Alžběta Bártová<sup>1</sup>, Hana Bláhová<sup>1</sup>, Kate Shiells<sup>1</sup>, Iva Holmerová<sup>1</sup>

1- Charles University, Faculty of Humanities, Prague, Czech Republic



CHARLES  
UNIVERSITY  
IN PRAGUE

### Objective

To provide a comprehensive overview of the self-reported needs of older people with dementia living at home.

### Background

Based on evidence meeting the individual needs increasing the quality of care and subsequently quality of life of PwD. Thus, fulfilling individual needs leads to:

- Easier communication between PwD and their carer
- Increasing patients' confidence in the health care system
- Improving care outcomes

### Methods

A scoping review was carried out using PubMed, PsycInfo and Web of Science.

- Studies published between 2009 – 2018 in English or Czech
- Search terms "Dementia" and "Needs"
- Exclusion criteria:
  - PwD living in nursing homes
  - Needs of PwD from the perspective of carer

12 qualitative and quantitative articles were included in a thematic analysis.

### Results

Based on an inductive thematic analysis, five areas of PwD needs were identified:

- Social needs (company, daytime activities, meaningful activities and one's role in society)
- Coping with psychological distress
- Coping with general health issues
- Expert services (information, diagnostic, post-diagnostic support)
- Safety

### Conclusion

The needs of the PwD are mostly categorized by using quantitative research assessment tools such as CANE, JHDCNA or other hierarchy models used in qualitative research; even the categorization of this review. However, all needs usually overlap. An unmet need in one area makes it impossible to meet other needs in an opposing area.

PwD are important informants about individual needs. It is necessary to consider these needs in planning and providing quality care in order to ensure individually catered care.

### Next steps

Qualitative research with PwD receiving healthcare in the hospital and at home in the Czech Republic will be conducted in order to elicit their view on meeting having needs met.

### About GAUK

The Grant Agency of Charles University (GAUK) supports students' scientific and research work, especially at doctoral level. For more information: <https://cuni.cz/ukeng-33.html>

### References

Cobban, Noni. Improving Domiciliary Care for People with Dementia and their Carers: The Raising the Standard Project. In: Innes A, Archibald C, Murphy C, editors. Dementia and Social Inclusion: Marginalised Groups and Marginalised Areas of Dementia Research, Care and Practice. London: Jessica Kingsley Publishers; 2004. (e-book)

Miranda-Castillo, Claudia, Bob Woods a Martin Orrell. The needs of people with dementia living at home from user, caregiver and professional perspectives: a cross-sectional survey. BMC Health Services Research [online]. 2013, 13(1) [cit. 2019-08-19]. DOI: 10.1186/1472-6963-13-43. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <http://bmchealthservices.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-43>

Zimmer, Rachel a Mia Yang. Feature Article: Growing Role of Home-Based Primary Care for Individuals With Dementia. The Journal for Nurse Practitioners [online]. 2018, 14(3), 166-171 [cit. 2019-08-18]. DOI: 10.1016/j.nurpra.2017.11.019. ISSN 1554155.

Author/Year/Country	Aim	Study population	Study design and methods	Assessments / Tools	Unmet needs
Black (2013), USA	To determine the prevalence and correlates of unmet needs in a sample of community-residing PwD and their informal caregivers.	Community-residing PwD (n=254) and their informal caregivers (n=246)	Analysis of cross-sectional, baseline participant characteristics before randomization in a care coordination intervention trial.	In-home assessments of dementia-related needs based on the Johns Hopkins Dementia Care Needs Assessment.	Safety (90.6%) - fall risk management (74.8%) - home safety evaluation (44.5%) - wander risk management (33.9%) General health and medical care (82.6%) Meaningful activities (53.1%) Legal issues and advance care planning (48.9%) Evaluation and diagnosis of dementia (31.5%)
Kepershoek (2017), INT	(I) to describe the domains and level of needs in a group of people with middle stage dementia and their informal carers who do not yet use formal care and (II) to describe the relationship of needs and quality of life from different perspectives.	From eight European countries 451 community-dwelling people with dementia and their carers participated.	Data from the European prospective cohort study AscotCare (Access to timely formal care), carried out in NL, DE, UK, IE, SE, NOR, PT and IT. Participants were followed for one year, and data were collected about service use, needs, quality of life (QoL) and several other domains.	Needs were measured with CANE, QoL was measured with the QoL-AD, and carer quality of life was measured with the CareQoL. The relationship between needs and QoL was analysed with multiple regression analyses.	Company (15%) Information (13%) Daytime activities (9%)
Mazank (2017), Poland	Assess the needs of people with dementia living at home.	47 people diagnosed with mild to moderate dementia and 41 informal carers, PwD and their carers were interviewed separately.	Observational study	The needs were assessed using the CANE. Other scales used were: the MMSE, the GDS and the QoL-AD.	Psychological distress (31.9%) Company (29.8%) Daytime activities (25.5%)
Miranda-Castillo (2010), UK	Identify the relationship between unmet needs, social networks and quality of life of PwD living at home.	152 community-dwelling PwD and 128 carers.	Cross sectional survey. All the interviews with PwD were carried out at their homes. Whenever possible, PwD and carers were interviewed separately.	CANE, MMSE, QoL-AD	Daytime activities (77 / 50.7%) Company (60 / 39.5%) Psychological distress (47 / 30.9%) Eyesight/hearing (33 / 22.0%) Accidental self-harm (23 / 15.1%)

The research presented in this poster was supported by GAUK under grant agreement number 760219.

**Příloha č. 9 Pouster k aktivní účasti na konferenci 30th Alzheimer Europe konference konanou ve dnech 20. 10. - 22. 10. 2020 v Rumunsku (online)**

# The Needs of People Living with Dementia in Acute Hospital Care



CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE

Hana Bláhová<sup>1</sup>, Vladimíra Dostálová<sup>1</sup>, Alžběta Bártová<sup>1</sup>, Iva Holmerová<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Charles University, Faculty of Humanities, Prague, Czech Republic

## Objective

To provide a comprehensive overview of the needs of older people with dementia and experiences of care for patients with dementia in an acute hospital setting.

## Background

Based on the evidence, satisfying patients' individual needs enhances the quality of care for patients with dementia in acute hospital care (and other forms of care). Satisfying their individual needs facilitates:

- Easier communication between dementia patients and hospital staff
- Improving patients' confidence in the health care system
- Better care outcomes

## Methods

A scoping review was conducted using PubMed, PsychInfo, Scopus, ProQuest Central, CINAHL and Web of Science.

- Studies published in 2009–2020 in English or Czech
- Search terms: "Dementia"; "Needs"; "Patient\*"; "Acute care"; "Hospital"
- Inclusion criteria
  - People with cognitive deficits or dementia in acute hospital care

- Self-reported needs and experiences of patients with dementia
- Needs of people with dementia and experiences of care from the perspective of family carers
- Needs of people with dementia and experiences of care from the perspective of hospital staff

After the search, twelve qualitative articles were included in a thematic analysis.

## Results

Based on the thematic analysis, five areas of PwD needs were identified:

- Family carers' involvement
- Professional skills of care staff
- Environment
- Autonomy
- Occupation and meaningful activities

## Conclusion

Person-centred care has been identified as the ideal approach to caring for people with dementia. To ensure the quality of such care for people with dementia in an acute hospital care setting, it is essential to include the perspective of all participants in care: professional carers, family carers and the patients themselves.

Author / year / country	Title	Aim	Design	Method	Participants	Findings
Claire Bamford (2019), UK	Equipping Staff With the Skills to Maximise Recovery of People With Dementia After an Injurious Fall	To understand existing service provision and to explore the views of a range of stakeholders on both current services and the content and delivery of a new intervention	Qualitative	Semi-structured interviews and focus groups	112 professionals were approached for interview (53 were interviewed and a further 28 took part in focus groups) 13 patients or patient-carer dyads were approached for interview following observation and 11 following the diary study, leading to interviews with four patients and nine carers. 20 professionals observed while delivering care or instruction to a total of 85 patients/clients	Staff skills: - An understanding of dementia - Adapting communication style - Negotiating meaningful activities - Embedding activities into daily life - Involving carers to support rehabilitation activities
Philip Clissett (2013), UK	The challenges of achieving person-centred care in acute hospitals: A qualitative study of people with dementia and their families	To explore the way in which current approaches to care in acute settings had the potential to enhance personhood in older adults with dementia.	Qualitative	72 h of ward-based non-participant observations of care complemented by 30 formal interviews after discharge concerning the experiences of the 29 patients with cognitive impairment	29 patients with cognitive impairment.	Kitwood's five dimensions of personhood: Attachment Inclusion Identity Occupation Comfort
Anthony Scerri (2018), Malta	The Perceived and Observed Needs of Patients With Dementia Admitted to Acute Medical Wards	To categorise the perceived and observed needs of persons with dementia admitted in acute medical wards and to explore whether these needs are being or have been met.	Qualitative	Semi-structured interviews + Observation using Dementia Care Mapping	13 PwD in three medical wards	Maslow's Hierarchy of Needs was used as a framework to categorise care needs: Basic needs such as toileting, feeding, drinking, continence and comfort were not always met. Safety needs at the expense of other needs. The patients' need for social contact and self-esteem such as dignity and respect were often ignored.

## Next steps

Qualitative research into family carers for people with dementia in acute hospital care in the Czech Republic will be conducted to elicit their views on satisfying their relatives' needs.

## About GAUK

The Charles University Grant Agency (GAUK) supports students' scientific and research work, especially at doctoral level. This paper was supported by GAUK. Project No. 760219.

For more information: <https://cuni.cz/ukeng-33.html>

## References

- Digby, R., Lee, S., & Williams, A. (2016). Interviewing people with dementia in hospital: recommendations for researchers. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7-8), 1156–1165. doi:10.1111/jocn.13141
- Scerri, A., Scerri, C., & Innes, A. (2018). The perceived and observed needs of patients with dementia admitted to acute medical wards. *Dementia*, 14(13)0121881438. doi:10.1177/1471301218814383
- McCorkell, G., Harkin, D., McCrory, V., Lafferty, M., & Coates, V. (2017). Care of patients with dementia in an acute trauma and orthopaedic unit. *Nursing Standard*, 31(56), 44–53. doi:10.7748/ns.2017.010250
- Reilly, J. C., & Houghton, C. (2019). The experiences and perceptions of care in acute settings for patients living with dementia: A qualitative evidence synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 82–90. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.04.018

# Příloha č. 10 Pouster k aktivní účasti na konferenci Second Krems Dementia Conference Virtual konanou ve dnech 16. 11. - 18. 11. 2020 v Rakousku



CHARLES  
UNIVERSITY  
IN PRAGUE

## The needs of people with dementia: persons with dementia as important informants of one's individual needs

Alžběta Bártová<sup>1</sup>, Hana Bláhová<sup>1</sup>, Vladimíra Dostálová<sup>1</sup>, Iva Holmerová<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Charles University, Faculty of Humanities, Prague, Czech Republic

### Objective

To present the results of a scoping review of available studies on:

1. Self-reported needs of people with dementia living at home and receiving home nursing care
2. Self-reported needs of vulnerable older people in home care who have not been diagnosed with dementia

### Background

Based on the available evidence it is possible to conclude that meeting individual needs increases the quality of care and subsequently quality of life. Thus, fulfilling individual needs leads to:

- Easier communication between PwD and their carer
- Increasing patients' confidence in the health care system
- Improving care outcomes

### Results

Based on a thematic analysis, three main areas in which PwD and vulnerable older persons report their needs were identified:

- Health status
- Psychological status
- Environmental support
  - Social needs
  - Physical environment
  - Care support

### Next steps

Qualitative research with PwD and vulnerable elderly receiving healthcare in the hospital and at home in the Czech Republic will be conducted in order to elicit their view on meeting having needs met.

### Methods

A scoping review was carried out using PubMed, PsycInfo, Web of Science, CINAHL, ProQuest Central and Scopus. Studies used were published in the last ten years in either English or Czech.

#### 1. Scoping review

- Search terms "Dementia" and "Needs"
- Exclusion criteria:
  - PwD living in nursing homes or in hospital care
  - Needs of PwD from the perspective of carer
- 12 qualitative and quantitative articles were included in a thematic analysis

#### 2. Scoping review

- Search terms "Elderly", "Frail elderly", "Home care", "Home health care", "Home health nursing", "Needs"
- Exclusion criteria
  - Hospitalized, living in nursing homes or long-term care facilities
  - People with diagnoses of dementia
- 23 articles were included in the inductive thematic analysis

### Conclusion

The needs of PwD and vulnerable older persons can be categorised, but all needs usually overlap. An unmet need in one area makes it impossible to meet other needs in an opposing area. PwD and vulnerable older persons are important informants about one's individual needs. It is necessary to consider these needs in planning and providing quality care in order to ensure individually catered care.

### About GAUK

The Grant Agency of Charles University (GAUK) supports students' scientific and research work, especially at doctoral level. For more information: <https://cuni.cz/ukeng-33.html>

### References

An overview of references is available from the authors.

The research presented in this poster was supported by GAUK under grant agreement number 760219.



# The needs of people with dementia: persons with dementia as important informants of one's individual needs

Alžběta Bártová<sup>1</sup>, Hana Bláhová<sup>1</sup>, Vladimíra Dostálová<sup>1</sup>, Iva Holmerová<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Charles University, Faculty of Humanities, Prague, Czech Republic

## Objective

To present the results of a scoping review of available studies on:

1. Self-reported needs of people with dementia living at home and receiving home nursing care
2. Self-reported needs of vulnerable older people in home care who have not been diagnosed with dementia

## Background

Based on the available evidence it is possible to conclude that meeting individual needs increases the quality of care and subsequently quality of life. Thus, fulfilling individual needs leads to:

- Easier communication between PwD and their carer
- Increasing patients' confidence in the health care system
- Improving care outcomes

## Results

Based on a thematic analysis, three main areas in which PwD and vulnerable older persons report their needs were identified:

- Health status
- Psychological status
- Environmental support
  - Social needs
  - Physical environment
  - Care support

## Next steps

Qualitative research with PwD and vulnerable elderly receiving healthcare in the hospital and at home in the Czech Republic will be conducted in order to elicit their view on meeting having needs met.

## Methods

A scoping review was carried out using PubMed, PsycInfo, Web of Science, CINAHL, ProQuest Central and Scopus. Studies used were published in the last ten years in either English or Czech.

### 1. Scoping review

- Search terms "Dementia" and "Needs"
- Exclusion criteria:
  - PwD living in nursing homes or in hospital care
  - Needs of PwD from the perspective of carer
- 12 qualitative and quantitative articles were included in a thematic analysis

### 2. Scoping review

- Search terms "Elderly", "Frail elderly", "Home care", "Home health care", "Home health nursing", "Needs"
- Exclusion criteria
  - Hospitalized, living in nursing homes or long-term care facilities
  - People with diagnoses of dementia
- 23 articles were included in the inductive thematic analysis

## Conclusion

The needs of PwD and vulnerable older persons can be categorised, but all needs usually overlap. An unmet need in one area makes it impossible to meet other needs in an opposing area. PwD and vulnerable older persons are important informants about one's individual needs. It is necessary to consider these needs in planning and providing quality care in order to ensure individually catered care.

## About GAUK

The Grant Agency of Charles University (GAUK) supports students' scientific and research work, especially at doctoral level. For more information: <https://cuni.cz/ukeng-33.html>

## References

An overview of references is available from the authors.

The research presented in this poster was supported by GAUK under grant agreement number 760219.



# The needs of people with dementia: persons with dementia as important informants of one's individual needs

Alžběta Bártová<sup>1</sup>, Hana Bláhová<sup>1</sup>, Vladimíra Dostálová<sup>1</sup>, Iva Holmerová<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Charles University, Faculty of Humanities, Prague, Czech Republic

## Objective

To present the results of a scoping review of available studies on:

1. Self-reported needs of people with dementia living at home and receiving home nursing care
2. Self-reported needs of vulnerable older people in home care who have not been diagnosed with dementia

## Background

Based on the available evidence it is possible to conclude that meeting individual needs increases the quality of care and subsequently quality of life. Thus, fulfilling individual needs leads to:

- Easier communication between PwD and their carer
- Increasing patients' confidence in the health care system
- Improving care outcomes

## Results

Based on a thematic analysis, three main areas in which PwD and vulnerable older persons report their needs were identified:

- Health status
- Psychological status
- Environmental support
  - Social needs
  - Physical environment
  - Care support

## Next steps

Qualitative research with PwD and vulnerable elderly receiving healthcare in the hospital and at home in the Czech Republic will be conducted in order to elicit their view on meeting having needs met.

## Methods

A scoping review was carried out using PubMed, PsycInfo, Web of Science, CINAHL, ProQuest Central and Scopus. Studies used were published in the last ten years in either English or Czech.

### 1. Scoping review

- Search terms "Dementia" and "Needs"
- Exclusion criteria:
  - PwD living in nursing homes or in hospital care
  - Needs of PwD from the perspective of carer
- 12 qualitative and quantitative articles were included in a thematic analysis

### 2. Scoping review

- Search terms "Elderly", "Frail elderly", "Home care", "Home health care", "Home health nursing", "Needs"
- Exclusion criteria
  - Hospitalized, living in nursing homes or long-term care facilities
  - People with diagnoses of dementia
- 23 articles were included in the inductive thematic analysis

## Conclusion

The needs of PwD and vulnerable older persons can be categorised, but all needs usually overlap. An unmet need in one area makes it impossible to meet other needs in an opposing area. PwD and vulnerable older persons are important informants about one's individual needs. It is necessary to consider these needs in planning and providing quality care in order to ensure individually catered care.

## About GAUK

The Grant Agency of Charles University (GAUK) supports students' scientific and research work, especially at doctoral level. For more information: <https://cuni.cz/ukeng-33.html>

## References

An overview of references is available from the authors.

The research presented in this poster was supported by GAUK under grant agreement number 760219.



# The needs of people with dementia: persons with dementia as important informants of one's individual needs

Alžběta Bártová<sup>1</sup>, Hana Bláhová<sup>1</sup>, Vladimíra Dostálová<sup>1</sup>, Iva Holmerová<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Charles University, Faculty of Humanities, Prague, Czech Republic

## Objective

To present the results of a scoping review of available studies on:

1. Self-reported needs of people with dementia living at home and receiving home nursing care
2. Self-reported needs of vulnerable older people in home care who have not been diagnosed with dementia

## Background

Based on the available evidence it is possible to conclude that meeting individual needs increases the quality of care and subsequently quality of life. Thus, fulfilling individual needs leads to:

- Easier communication between PwD and their carer
- Increasing patients' confidence in the health care system
- Improving care outcomes

## Results

Based on a thematic analysis, three main areas in which PwD and vulnerable older persons report their needs were identified:

- Health status
- Psychological status
- Environmental support
  - Social needs
  - Physical environment
  - Care support

## Next steps

Qualitative research with PwD and vulnerable elderly receiving healthcare in the hospital and at home in the Czech Republic will be conducted in order to elicit their view on meeting having needs met.

## Methods

A scoping review was carried out using PubMed, PsycInfo, Web of Science, CINAHL, ProQuest Central and Scopus. Studies used were published in the last ten years in either English or Czech.

### 1. Scoping review

- Search terms "Dementia" and "Needs"
- Exclusion criteria:
  - PwD living in nursing homes or in hospital care
  - Needs of PwD from the perspective of carer
- 12 qualitative and quantitative articles were included in a thematic analysis

### 2. Scoping review

- Search terms "Elderly", "Frail elderly", "Home care", "Home health care", "Home health nursing", "Needs"
- Exclusion criteria
  - Hospitalized, living in nursing homes or long-term care facilities
  - People with diagnoses of dementia
- 23 articles were included in the inductive thematic analysis

## Conclusion

The needs of PwD and vulnerable older persons can be categorised, but all needs usually overlap. An unmet need in one area makes it impossible to meet other needs in an opposing area. PwD and vulnerable older persons are important informants about one's individual needs. It is necessary to consider these needs in planning and providing quality care in order to ensure individually catered care.

## About GAUK

The Grant Agency of Charles University (GAUK) supports students' scientific and research work, especially at doctoral level. For more information: <https://cuni.cz/ukeng-33.html>

## References

An overview of references is available from the authors.

The research presented in this poster was supported by GAUK under grant agreement number 760219.



# The needs of people with dementia: persons with dementia as important informants of one's individual needs

Alžběta Bártová<sup>1</sup>, Hana Bláhová<sup>1</sup>, Vladimíra Dostálová<sup>1</sup>, Iva Holmerová<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Charles University, Faculty of Humanities, Prague, Czech Republic

## Objective

To present the results of a scoping review of available studies on:

1. Self-reported needs of people with dementia living at home and receiving home nursing care
2. Self-reported needs of vulnerable older people in home care who have not been diagnosed with dementia

## Background

Based on the available evidence it is possible to conclude that meeting individual needs increases the quality of care and subsequently quality of life. Thus, fulfilling individual needs leads to:

- Easier communication between PwD and their carer
- Increasing patients' confidence in the health care system
- Improving care outcomes

## Results

Based on a thematic analysis, three main areas in which PwD and vulnerable older persons report their needs were identified:

- Health status
- Psychological status
- Environmental support
  - Social needs
  - Physical environment
  - Care support

## Next steps

Qualitative research with PwD and vulnerable elderly receiving healthcare in the hospital and at home in the Czech Republic will be conducted in order to elicit their view on meeting having needs met.

## Methods

A scoping review was carried out using PubMed, PsycInfo, Web of Science, CINAHL, ProQuest Central and Scopus. Studies used were published in the last ten years in either English or Czech.

### 1. Scoping review

- Search terms "Dementia" and "Needs"
- Exclusion criteria:
  - PwD living in nursing homes or in hospital care
  - Needs of PwD from the perspective of carer
- 12 qualitative and quantitative articles were included in a thematic analysis

### 2. Scoping review

- Search terms "Elderly", "Frail elderly", "Home care", "Home health care", "Home health nursing", "Needs"
- Exclusion criteria
  - Hospitalized, living in nursing homes or long-term care facilities
  - People with diagnoses of dementia
- 23 articles were included in the inductive thematic analysis

## Conclusion

The needs of PwD and vulnerable older persons can be categorised, but all needs usually overlap. An unmet need in one area makes it impossible to meet other needs in an opposing area. PwD and vulnerable older persons are important informants about one's individual needs. It is necessary to consider these needs in planning and providing quality care in order to ensure individually catered care.

## About GAUK

The Grant Agency of Charles University (GAUK) supports students' scientific and research work, especially at doctoral level. For more information: <https://cuni.cz/ukeng-33.html>

## References

An overview of references is available from the authors.

The research presented in this poster was supported by GAUK under grant agreement number 760219.





# The needs of people with dementia: persons with dementia as important informants of one's individual needs

Alžběta Bártová<sup>1</sup>, Hana Bláhová<sup>1</sup>, Vladimíra Dostálová<sup>1</sup>, Iva Holmerová<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Charles University, Faculty of Humanities, Prague, Czech Republic

## Objective

To present the results of a scoping review of available studies on:

1. Self-reported needs of people with dementia living at home and receiving home nursing care
2. Self-reported needs of vulnerable older people in home care who have not been diagnosed with dementia

## Background

Based on the available evidence it is possible to conclude that meeting individual needs increases the quality of care and subsequently quality of life. Thus, fulfilling individual needs leads to:

- Easier communication between PwD and their carer
- Increasing patients' confidence in the health care system
- Improving care outcomes

## Results

Based on a thematic analysis, three main areas in which PwD and vulnerable older persons report their needs were identified:

- Health status
- Psychological status
- Environmental support
  - Social needs
  - Physical environment
  - Care support

## Next steps

Qualitative research with PwD and vulnerable elderly receiving healthcare in the hospital and at home in the Czech Republic will be conducted in order to elicit their view on meeting having needs met.

## Methods

A scoping review was carried out using PubMed, PsycInfo, Web of Science, CINAHL, ProQuest Central and Scopus. Studies used were published in the last ten years in either English or Czech.

### 1. Scoping review

- Search terms "Dementia" and "Needs"
- Exclusion criteria:
  - PwD living in nursing homes or in hospital care
  - Needs of PwD from the perspective of carer
- 12 qualitative and quantitative articles were included in a thematic analysis

### 2. Scoping review

- Search terms "Elderly", "Frail elderly", "Home care", "Home health care", "Home health nursing", "Needs"
- Exclusion criteria
  - Hospitalized, living in nursing homes or long-term care facilities
  - People with diagnoses of dementia
- 23 articles were included in the inductive thematic analysis

## Conclusion

The needs of PwD and vulnerable older persons can be categorised, but all needs usually overlap. An unmet need in one area makes it impossible to meet other needs in an opposing area. PwD and vulnerable older persons are important informants about one's individual needs. It is necessary to consider these needs in planning and providing quality care in order to ensure individually catered care.

## About GAUK

The Grant Agency of Charles University (GAUK) supports students' scientific and research work, especially at doctoral level. For more information: <https://cuni.cz/ukeng-33.html>

## References

An overview of references is available from the authors.

The research presented in this poster was supported by GAUK under grant agreement number 760219.



# The needs of people with dementia: persons with dementia as important informants of one's individual needs

Alžběta Bártová<sup>1</sup>, Hana Bláhová<sup>1</sup>, Vladimíra Dostálová<sup>1</sup>, Iva Holmerová<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Charles University, Faculty of Humanities, Prague, Czech Republic

## Objective

To present the results of a scoping review of available studies on:

1. Self-reported needs of people with dementia living at home and receiving home nursing care
2. Self-reported needs of vulnerable older people in home care who have not been diagnosed with dementia

## Background

Based on the available evidence it is possible to conclude that meeting individual needs increases the quality of care and subsequently quality of life. Thus, fulfilling individual needs leads to:

- Easier communication between PwD and their carer
- Increasing patients' confidence in the health care system
- Improving care outcomes

## Results

Based on a thematic analysis, three main areas in which PwD and vulnerable older persons report their needs were identified:

- Health status
- Psychological status
- Environmental support
  - Social needs
  - Physical environment
  - Care support

## Next steps

Qualitative research with PwD and vulnerable elderly receiving healthcare in the hospital and at home in the Czech Republic will be conducted in order to elicit their view on meeting having needs met.

## Methods

A scoping review was carried out using PubMed, PsycInfo, Web of Science, CINAHL, ProQuest Central and Scopus. Studies used were published in the last ten years in either English or Czech.

### 1. Scoping review

- Search terms "Dementia" and "Needs"
- Exclusion criteria:
  - PwD living in nursing homes or in hospital care
  - Needs of PwD from the perspective of carer
- 12 qualitative and quantitative articles were included in a thematic analysis

### 2. Scoping review

- Search terms "Elderly", "Frail elderly", "Home care", "Home health care", "Home health nursing", "Needs"
- Exclusion criteria
  - Hospitalized, living in nursing homes or long-term care facilities
  - People with diagnoses of dementia
- 23 articles were included in the inductive thematic analysis

## Conclusion

The needs of PwD and vulnerable older persons can be categorised, but all needs usually overlap. An unmet need in one area makes it impossible to meet other needs in an opposing area. PwD and vulnerable older persons are important informants about one's individual needs. It is necessary to consider these needs in planning and providing quality care in order to ensure individually catered care.

## About GAUK

The Grant Agency of Charles University (GAUK) supports students' scientific and research work, especially at doctoral level. For more information: <https://cuni.cz/ukeng-33.html>

## References

An overview of references is available from the authors.

The research presented in this poster was supported by GAUK under grant agreement number 760219.



# The needs of people with dementia: persons with dementia as important informants of one's individual needs

Alžběta Bártová<sup>1</sup>, Hana Bláhová<sup>1</sup>, Vladimíra Dostálová<sup>1</sup>, Iva Holmerová<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Charles University, Faculty of Humanities, Prague, Czech Republic

## Objective

To present the results of a scoping review of available studies on:

1. Self-reported needs of people with dementia living at home and receiving home nursing care
2. Self-reported needs of vulnerable older people in home care who have not been diagnosed with dementia

## Background

Based on the available evidence it is possible to conclude that meeting individual needs increases the quality of care and subsequently quality of life. Thus, fulfilling individual needs leads to:

- Easier communication between PwD and their carer
- Increasing patients' confidence in the health care system
- Improving care outcomes

## Results

Based on a thematic analysis, three main areas in which PwD and vulnerable older persons report their needs were identified:

- Health status
- Psychological status
- Environmental support
  - Social needs
  - Physical environment
  - Care support

## Next steps

Qualitative research with PwD and vulnerable elderly receiving healthcare in the hospital and at home in the Czech Republic will be conducted in order to elicit their view on meeting having needs met.

## Methods

A scoping review was carried out using PubMed, PsycInfo, Web of Science, CINAHL, ProQuest Central and Scopus. Studies used were published in the last ten years in either English or Czech.

### 1. Scoping review

- Search terms "Dementia" and "Needs"
- Exclusion criteria:
  - PwD living in nursing homes or in hospital care
  - Needs of PwD from the perspective of carer
- 12 qualitative and quantitative articles were included in a thematic analysis

### 2. Scoping review

- Search terms "Elderly", "Frail elderly", "Home care", "Home health care", "Home health nursing", "Needs"
- Exclusion criteria
  - Hospitalized, living in nursing homes or long-term care facilities
  - People with diagnoses of dementia
- 23 articles were included in the inductive thematic analysis

## Conclusion

The needs of PwD and vulnerable older persons can be categorised, but all needs usually overlap. An unmet need in one area makes it impossible to meet other needs in an opposing area. PwD and vulnerable older persons are important informants about one's individual needs. It is necessary to consider these needs in planning and providing quality care in order to ensure individually catered care.

## About GAUK

The Grant Agency of Charles University (GAUK) supports students' scientific and research work, especially at doctoral level. For more information: <https://cuni.cz/ukeng-33.html>

## References

An overview of references is available from the authors.

The research presented in this poster was supported by GAUK under grant agreement number 760219.

# Příloha č. 11 Článek publikovaný v *Aging Clinical Experimental Research* 2020

Aging Clinical and Experimental Research  
https://doi.org/10.1007/s40520-020-01505-3

REVIEW



## The needs of older people receiving home care: a scoping review

Vladimíra Dostálová<sup>1</sup> · Alžběta Bártová<sup>1</sup> · Hana Bláhová<sup>1</sup> · Iva Holmerová<sup>1</sup>

Received: 15 November 2019 / Accepted: 6 February 2020  
© Springer Nature Switzerland AG 2020

### Abstract

**Background** Most people in a state of illness or reduced self-sufficiency wish to remain in their home environment. Their physiological needs, and their psychological, social, and environmental needs, must be fully met when providing care in their home environment. The aim of this study is to provide an overview of the self-perceived needs of older people living with illness or reduced self-sufficiency and receiving professional home care.

**Methods** A scoping review of articles published between 2009 and 2018 was conducted by searching six databases and Google Scholar. Inductive thematic analysis was used to analyze data from the articles retrieved.

**Results** 15 articles were included in the analysis. Inductive thematic analysis identified six themes: coping with illness; autonomy; relationship with professionals; quality, safe and secure care; role in society; environment.

**Conclusion/discussion** Older home care patients living with chronic illness and reduced self-sufficiency are able to express their needs and wishes. Care must, therefore, be planned in line with recipients' needs and wishes, which requires a holistic approach.

**Keywords** Wishes · Needs · Care provision · Home care

### Introduction

According to a prognosis by the World Health Organization (WHO), 20% of the world's population will be over 60 years of age by 2050 [1] compared with 12% in 2015. People aged 65 and over are expected to live another 19 years, 10 of which will be spent with illness or disability [2]. Advancing age is associated with an increase in geriatric syndromes such as frailty, instability and falls, incontinence, and dementia [3].

Despite illness and disability, most people want to live in their home environment [3]. To meet this wish both health-care and social care are provided in their homes, in line with WHO recommendations [1]. Care and services need to be interconnected and coordinated [4] and tailored to their needs [1] to facilitate autonomy and allow them to remain independent for as long as possible [5].

Human needs, as well as those related to health, can be characterized from different points of view (scientific,

psychological, social, economic, etc.) [6–9]. According to Abraham Maslow, human behavior is usually motivated by the desire to satisfy needs in the following categories: physiological, safety, love and belonging, esteem, and self-actualization. These needs are individual and vary according to age, gender, social status, health status, culture, life experience, etc. [10]. Some researchers investigating the needs of the elderly divide their needs into four categories: environmental, physical, psychological, and social [11, 12]. Although Maslow's theory has been criticized [8], nursing theories tend to draw on his ideas [7].

Of the studies examining the needs of older people living with chronic illness or reduced self-sufficiency, some examine the topic from the perspective of professionals and family members rather than the older persons themselves. Some studies also focus primarily on caregiving-related needs [13–19]. A number of studies also investigate the needs of older people living in nursing homes or long-term care facilities rather than in their home environment [20–26].

The present study seeks to provide an overview of the self-perceived needs of older people living with illness or reduced self-sufficiency and receiving professional home care.

✉ Vladimíra Dostálová  
vladka.dostalova@seznam.cz

<sup>1</sup> Department of Longevity Studies, Faculty of Humanities, Charles University, Prague, Czech Republic

## Methods

### Scoping review methodology

A scoping review based on a systematic search, selection, and synthesis of existing knowledge [27] has been chosen as the appropriate methodology to address the research question. Arksey and O'Malley [28] describe the scoping review methodology as a five-step process involving identifying the research question, identifying relevant studies, study selection, charting the data, and collecting, summarizing and reporting the results. This methodology is recommended by Levac et al. [29] and has been used as a guide for this review.

### Search strategy

#### Identifying relevant studies

The research team and the librarian developed a detailed overview of suitable search terms. Combinations of keywords relevant to the needs of older people receiving home care were used to search the databases, including: 'frail elderly', 'aged', 'elderly', 'older', 'geriatric', 'home health nursing', 'home health care', 'home care', 'need', 'needs' and 'needs assessment'. Six databases (CINAHL, Web of Science, ProQuest Central, PubMed, Scopus and PsycInfo) and Google Scholar were searched to obtain as many relevant studies as possible. Table 1 lists the exact search string used for each database. The bibliographies for the studies included in the review were also searched. This process ensured that as many resources were identified as possible. The search was completed when it was no longer

possible to find other relevant studies, resulting in 826 articles found through databases and 26 articles identified through other sources.

#### Inclusion and exclusion criteria

The inclusion and exclusion criteria were discussed and selected by the authors V. D. and I. H., and they were reviewed by all authors throughout the process. Articles featured in the review include those using both qualitative and quantitative data to examine the needs of frail older people living in their own homes, sheltered houses or communities and receiving home care that were published in peer-reviewed journals between 2009 and 2018 in either English or Czech. Articles that examined the needs of people diagnosed with dementia, whether hospitalized or living in nursing homes or other long-term care facilities, were excluded from the review. To ensure the quality and transparency of the screening process, the PRISMA recommendation for systematic evaluation was applied [30], see Fig. 1.

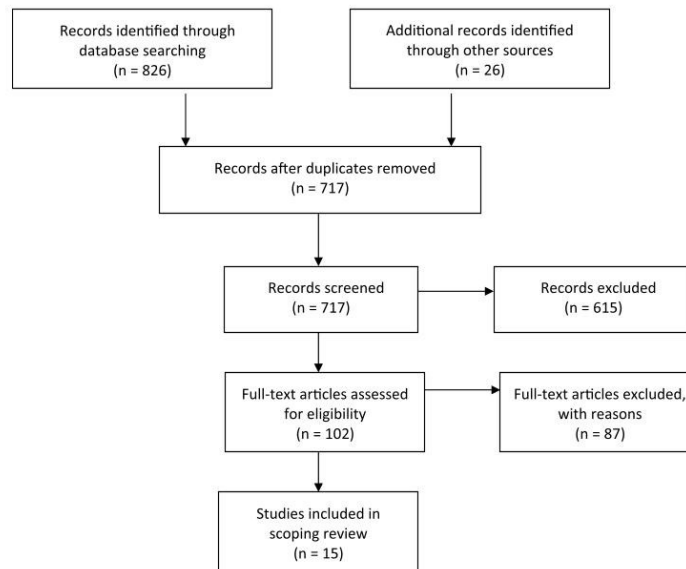
#### Critical appraisal

The mixed methods appraisal tool (MMAT) for systematic mixed studies review [31] was applied independently by the authors V. D., A. B. and I. H. to appraise the quality of the qualitative, quantitative, and mixed studies included in the review. No studies were excluded from the review following this appraisal.

**Table 1** Exact search strings

Database	Search terms	Records identified
ProQuest Central	ab((frail elderly) OR (aged) OR (elderly)) AND ab((home health nursing) OR (home care) OR (home health care)) AND ti((need) OR (needs))	98
Web of Science	TS=(frail elderly OR aged OR elderly) AND TS=(home health nursing OR home care OR home health care) AND TI=(need OR needs)	165
CINAHL	AB ((frail elderly) OR (aged) OR (elderly)) AND AB ((home health nursing) OR (home care) OR (home health care)) AND TI ((need) OR (needs))	41
PubMed	(((((((((frail elderly[Title/Abstract]) OR aged[Title/Abstract]) AND home health care[Title/Abstract]) AND need[Title]) OR needs[Title]) NOT nursing homes[Title/Abstract]) NOT long term care[Title/Abstract]) NOT cancer[Title/Abstract]) NOT palliative care[Title/Abstract]) NOT dementia [Title/Abstract])	234
Scopus	( ABS ("frailelderly" OR aged OR elderly) AND ABS ("home health nursing" OR "home care" OR "home health care") AND TITLE ( need OR needs))	44
PsycInfo	TI ( elderly or aged or older or elder or geriatric) AND TI(needs) OR TI (needs assessment) AND TI (home care) OR TI (home health care) OR TI (home health nursing) OR TI (home healthcare) NOT TI (nursing home) NOT TI (nursing facility) NOT TI (palliative care)	244
Total number of records		826

**Fig. 1** Search flowchart in accordance with PRISMA guidelines



### Data analysis

An inductive thematic analysis strategy consisting of three successive parts was used to analyze the data from the results section of the articles. Significant terms were first inductively assigned codes according to their meaning and content and sorted into related categories. Categories developed by an open coding process were then grouped again according to related topics [32]. The coding process was carried out by the author V. D. Based on the grouping of assigned terms, 18 related sub-themes were created and were subsequently assessed by the author I. H. In the final phase, the sub-themes were grouped according to their context by mutual agreement between the authors V. D. and I. H., resulting in six new themes (Table 2).

### Results

A total of 15 articles were analyzed. The most frequently declared aim in these articles was to explore participants' "experience" ( $n=4$ ), "needs" ( $n=2$ ), "meaning of home care" ( $n=2$ ), "independent decisions" ( $n=1$ ), "decision-making" ( $n=1$ ), "well-being" ( $n=1$ ), "sources of strength" ( $n=1$ ), "subjective perspectives" ( $n=1$ ), "quality of life" ( $n=1$ ), and "relationship" ( $n=1$ ). Of these 15 studies, 12 used a qualitative design, 2 used a quantitative design and

1 study used mixed methods. The most common method of collecting qualitative research data was interviews ( $n=12$ ), including in-depth interviews and semi-structured interviews. The questionnaires used in quantitative studies were a questionnaire distributed by mail that focused on respondents' health, well-being and home care ( $n=1$ ), and a structured questionnaire with closed and open-ended questions ( $n=1$ ) (Table 2).

### Themes

Based on the thematic analysis, six themes mentioned by the respondents in the articles reviewed were identified in the studies: (1) "coping with illness", (2) "autonomy", (3) "relationship with professionals", (4) "quality, safe, and secure care", (5) "role in society", and (6) "environment". Whenever possible, citations from the articles reviewed were used for data analysis rather than the authors' own interpretation of the data.

### Coping with illness

The need to cope with illness was a frequent theme among respondents, who understood that illness or reduced self-sufficiency meant they would have to overcome various obstacles and restrictions to remain in their own environment.

Table 2 Summary of individual studies

Author/year/country	Aim	Research type	Study design and methods	Study participants	Themes
Bagchus et al. (2015) Netherlands	To examine how the elderly themselves refer to their age and their needs and wishes for individual and collective participation in home-based care	Qualitative	Semi-structured in-depth interviews	18 participants aged 58–94 (average: 78) with experience as receivers of home care for at least 1 year	Coping with illness Autonomy Quality, safe, and secure care Role in society
Breitholtz et al. (2012) Sweden	To illuminate the meaning of older people's dependence on caregivers' help, and of their opportunity to make independent decisions	Qualitative	Interviews analyzed using a phenomenological hermeneutic method	12 older people aged 80–91 with daily help from the municipal home help services	Autonomy Quality, safe, and secure care
Breitholtz et al. (2013) Sweden	To illuminate the meaning of older persons' independent decision-making concerning their daily care	Qualitative	Interviews analyzed using a phenomenological hermeneutic method	7 older persons aged 80–91 with daily help from municipal home help services	Autonomy Relationship with professionals
Eloranta et al. (2010) Finland	To explore and compare older home care clients' (65+) and their professionals' perceptions of the clients' psychological well-being	Quantitative	Postal questionnaire	120 home care clients aged 67–96 (average: 84)	Coping with illness Autonomy Role in society
From et al. (2009) Sweden	To explore older people's lived experience of what good and bad care meant to them when it was offered by community care services	Qualitative	Interviews analyzed using a phenomenological approach	19 participants aged 70–94 cared for by the community services	Autonomy Relationship with professionals Quality, safe and secure care Environment
Janssen et al. (2012) Netherlands	To examine how older people mobilize sources of strength, often denoted under the concept of resilience, to maintain mastery over their lives in the context of significant threats to their function	Qualitative	Interviews analyzed using narrative analysis	Two older women, Mrs Verhoeven (aged 79) and Mrs Smits (aged 87), living in their home environment and receiving long-term professional care from at least one health and social care organization	Coping with illness Autonomy Role in society
Jarling et al. (2018) Sweden	To describe the meaning of the phenomenon of home care from the perspective of older persons who live alone with multimorbidity	Qualitative	Empirical study based on life-world perspective according to interviews	12 participants, aged 77–90 with a wide range of medical problems and receiving a variety of healthcare and social services	Autonomy Relationship with professionals
Liveng (2011) Denmark	To provide knowledge about the subjective perspectives of elderly persons	Qualitative	Grounded and reflective ethnographic approach using semi-structured interviews and observations	Three elderly persons, Mr. C (age not mentioned), Ms. T (75 years old) and Mrs. R (90 years old), characterized by complex problems	Autonomy

Table 2 (continued)

Author/year/country	Aim	Research type	Study design and methods	Study participants	Themes
Liobet et al. (2011), Spain	To identify the elements comprising quality of life for individuals aged 75 and over and receiving care at home	Mixed methods	Personal interview using questionnaire	26 individuals aged 75 and over (average: 84.5 years) included in a home health care program	Coping with illness Autonomy Role in society
McGarry (2010) United Kingdom	To explore the nature of relationships between nurses and older people within context of their home	Qualitative	Ethnographic approach using semi-structured interviews	13 older patients aged 70–94 receiving care from the district nursing service	Relationship with professionals
Moe et al. (2013), Norway	To illuminate the meaning of receiving help from home nursing care for chronically ill elderly persons living in their own homes	Qualitative	Narrative interviews analyzed by phenomenological hermeneutic interpretations	11 elderly people aged 80–92 (average: 88) living at home with chronic disease, receiving help from nursing care	Coping with illness Autonomy Relationship with professionals Quality, safe, and secure care Environment
Nicholson et al. (2012) United Kingdom	To understand the experience of home-dwelling older people living with frailty	Qualitative	Psychological narrative approaches: biographic narrative interpretative method and free association narrative interview method	17 frail community-dwelling elders aged 86–102 with health and social care services contact	Coping with illness Autonomy
Nicholson et al. (2013) United Kingdom	To understand the experience over time of home-dwelling older people with changing states of frailty	Qualitative	Psychosocial narrative approach and psycho-dynamically informed observation	15 frail older people aged 86–102 living at home with health and social care	Coping with illness Autonomy Relationship with professionals
Randsröm et al. (2013) Sweden	To explore the experience of older people and their supporting family member in relation to home rehabilitation, with a focus on activity and participation	Qualitative	Descriptive qualitative approach with recurrent interviews	6 older people aged 66–92 (average: 82) who had been treated at a clinic for illness or injury, with an estimated time for rehabilitation at home longer than 4 weeks; six family members	Coping with illness Autonomy Relationship with professionals Quality, safe and secure care Role in society
Županić et al. (2013) Croatia	To explore the everyday needs and activities of geriatric patients	Quantitative	Structured questionnaire with closed and open-ended questions	150 elderly people aged 65 and over who are clients of the Domnius home health care facility	Coping with illness Role in society



Physical restrictions due to impaired health were one of the reported obstacles that respondents faced. A number of respondents in various studies were experiencing pain, reduced mobility, loss of physical capability, visual and hearing impairment [33–37], increasing fatigue, and loss of strength [35]. To overcome these limitations, respondents were aware of the need for both professional and informal care and support from family members or friends [34–41], mainly concerning personal care, assistance, observation and support, and household activities [35, 36]. When talking about professional care, respondents most frequently expressed a need for assistance with personal hygiene, household activities, food preparation, and medication management [37, 39].

#### Autonomy

**Privacy and freedom** Providing professional home care in older persons' own environment was described as a restriction, a loss of privacy [38, 42, 43] or a loss of autonomy [35]. Even though some respondents understood that the possibility of remaining in their own environment allowed them to retain some autonomy, they saw home care provision as a curtailing of autonomy, as their home had become a 'working place for professional carers' [36]. It was very important for respondents to know the schedule and plan for their care in advance. If respondents were unfamiliar with this, it was perceived as a restriction of their freedom [36, 42, 43]. Home care respondents wanted professional carers to behave as guests in their home and respect their privacy [38]. Inadequate respect for intimacy during care provision was also described as a loss of privacy [42].

**Independence** Although respondents were living in a state of illness or reduced self-sufficiency, and were aware of their dependence on the help of both professional and informal carers, they wished to remain as independent as possible [40, 44]. Loss of independence was associated with poor health and limitations, and was described as a negative aspect of ageing [36].

Maintaining autonomy and independence was often characterized as maintaining quality of life [41]. Although maintaining independence was associated with how willing others were to assist with care, and respondents perceived help and care from family members or friends as an opportunity to maintain their independence, they struggled with a sense of placing a burden on family members [36, 43]. Respondents reported satisfaction when their independence was actively promoted in activities that they were able to perform, and when they received positive feedback from carers [39].

**Decision-making and participation** Respondents' chief priority was that they be involved in the decision-making process so they could influence care planning and choose among caring actions [36, 38, 42–46]. When planning care, respondents considered it important for their wishes and needs to be heard [36, 43, 44, 46] and for care to be provided in a respectful way [36, 45, 46]. The opportunity to participate in care provision was described as "having control over the situation" [43], or as equal cooperation between nurse and patient [38]. Nevertheless, for some respondents it was difficult to express their needs and wishes, despite being able to participate in care provision [33, 42]. Some of them viewed expressing their needs and wishes as complaining [33]. In some cases, respondents reported their inability to adequately express their needs and wishes due to professional carers having insufficient time [38].

**Daily activities** Respondents wished to live the lives they were used to [45]. It was important for them to maintain the activities comprising their daily routines, repeated at the same time every day, they created the rhythm of the day [34, 35, 45, 46]. Such routines included personal hygiene [46], eating at the same time every day [35, 46], watching a particular television program, and daily telephone calls to friends and neighbors [35]. Respondents' everyday activities also included leisure activities such as reading books, playing bridge, solving crossword puzzles and Sudoku or having tea or coffee with their loved ones [34, 40], as well as household activities [35, 40].

#### Relationship with professionals

Establishing a mutual relationship with professional caregivers was seen by respondents as essential [36, 38, 42] and was actively sought by professional caregivers and respondents alike [46]. Sometimes establishing a mutual relationship proved more difficult, especially when many different caregivers were providing care [42]. Some older persons described the relationship with their professional caregivers as professional and friendly [47]. The benefit of their relationship with them was the opportunity for conversation and sharing personal experiences [35, 43], doing things together and having fun [46]. After some time of caring, some respondents considered caregivers their friends [42], or as part of the family [38], and the relationship with professional caregivers reduced respondents' loneliness [42]. The opportunity to establish a relationship with them was seen as an indication of good care. Negative attitudes among professional caregivers when communicating with older people was perceived as a barrier to establishing a relationship [46].

### Quality, safe, and secure care

The provision of formal care in a professional way was important for respondents [46]. Respondents perceived care provided by qualified and experienced staff, with sufficient practical and social skills, to be professional care [33, 36, 38, 44, 46] and described it as 'good care' [46]. The provision of appropriate and continuous care with adequate time allocated was also considered a sign of quality care [38, 46]. Practical skills were assessed according to whether caregivers worked carefully, conscientiously and systematically, and were able to explain to the respondents the interventions they would undertake [38, 46]. Caregivers' social competence, their communication skills and sense of humor, were appreciated [46]. Respondents also expected sufficient empathy and respect from carers [38], as well as help with maintaining respondents' daily routines, such as the timing of personal hygiene and meals [46]. Care was considered poor when carers showed insufficient interest in older people: neglecting their needs, not completing their work, using their working hours for personal matters, as well as when there was the frequent rotating of different carers [46]. In some cases, respondents expressed dissatisfaction if they felt they were a burden to caregivers. They described this experience as caregivers' lack of interest in them, their lack of time for work, and a lack of communication [38].

### Role in society

Loneliness was one of the main problems reported by older people [37, 39]. In the context of ageing, worsening health and reduced self-sufficiency, respondents were aware of how their social role was changing, and they felt they could no longer participate in social life as before [33], or they stated that their participation in society was limited [36].

The opportunity to lead an active social life to help prevent social isolation was crucial for some respondents [41]. Respondents considered it important to maintain the interaction between them and their social environment through their involvement with community groups or social activities outside the home [39], contact with family, friends and professional carers [40], or going out and taking part in leisure activities [41]. However, respondents did not always consider engaging in social life important, in which case they were passive on this issue [33].

### Environment

Remaining in their own environment was important for respondents, as it allowed them to better cope with declining health. The familiar objects in their homes reminded respondents of their life in the past, while also keeping them in the present [38, 46], meaning they were older persons in a

positive sense ("elderly human") [38]. An unfamiliar environment where they were not surrounded by familiar objects caused feelings of stress and anxiety in respondents [46].

## Discussion

This scoping review focuses on the needs of older people living with illness or reduced self-sufficiency in their own homes, sheltered houses or communities and receiving home care.

The findings of the present review demonstrate that older people are able to express their needs and wishes when receiving home care. In some articles, respondents also described what interventions or strategies they or their carers chose to meet their needs. However, the identification of interventions and strategies was not the aim of this review, and, therefore, this was not analyzed.

As mentioned in the introduction to this review, health-related needs can be viewed from a variety of perspectives. However, authors have also described various concepts of needs. Bradshaw [48] delineates four types of needs: normative needs are based on standards established according to the experience of experts and professionals, and they are related to the level of service provided. Felt need is recognized as a subjective feeling when people are able to define their needs or explain what they want. An expressed need is defined according to whether people use health services and to what extent, while comparative need is an objective comparative assessment of the relationship between the availability of healthcare services and the health status of individuals or various groups of the population. According to Stevens and Gabbay [49], health-related needs consist of three interrelated aspects: a feeling of need, an expression of this need, and an effective intervention to satisfy the need. In Haaster et al. [50], Toupin et al. divide needs in the healthcare system into three levels: (1) the problems patients are facing, (2) the interventions required alleviating or containing these problems; (3) the services needed to ensure these interventions.

Asadi-Lari et al. [6] point out that there is no consensus in the literature on the definition of needs, and the existing definitions should be redefined to reflect clinical reality, as there is still a gap between patient needs and the services offered.

To minimize this gap and meet not only the needs of patients but also of their carers, it is essential to assess their needs comprehensively. Most frequently, needs are identified using a variety of questionnaires designed to anticipate potential basic needs. In their systematic research, Figueredo et al. [51] identify 19 multidimensional instruments used to assess the needs of older people living in their home environment. These instruments assess needs in five dimensions: (1) physical, (2) psychological, (3) social support and

independence, (4) self-rated health behaviors, and (5) contextual environment.

As mentioned above, it is important to assess the needs of care recipients and their informal carers alike. Informal carers usually identify their needs concerning care recipients' physical care [13, 14, 19], health information and social support [19], while care recipients state their needs concerning autonomy, personal care, daily and social activities, and quality of care [52–57]. This is in line with the results of the present review. More specifically, it is important for older people to overcome any limitations resulting from their physical decline, to maintain their autonomy in terms of their independence, their daily routines and their ability to make decisions about their own care, to establish good relationships with caregivers, to have quality and safe care provided by trained staff, to participate in society and to live in their own environment.

Assessing needs helps healthcare and social care services to provide individual tailored care [11, 58, 59], which promotes the health and well-being of care recipients and their informal caregivers [58, 59]. In other words, satisfying their needs improves their quality of life [60–62].

### Implications

The findings presented in this study provide an evidence-based framework that can serve as a guide for person-centered care planning. It is important to take into account the needs and wishes of older adults and tailor care to their needs and wishes. Furthermore, whenever possible patients should be involved in their own care and be allowed to participate in care planning. It is also appropriate to promote patients' independence and support them in their daily routines.

### Limitations

Only articles in Czech and English were included in the review, representing a limitation for holistic validity and transferability to different cultural environments. Grey literature was not included in the review.

### Conclusion

The present study has set out an overview of the needs of particularly vulnerable and frail older people using home care services. Based on inductive thematic analysis, six key topics were identified to provide an overview of respondents' needs across the articles included in the scoping review. With regard to the extent of the needs identified, these were not only physical but also psychosocial and environmental. Interestingly there was no emphasis on religious or spiritual needs; further research would, therefore, be appropriate.

Additional research, especially qualitative research, will be required to gain a deeper understanding of the needs of frail older people receiving home care.

**Funding** This study was supported by the Charles University Grant Agency, Project No. 760219.

### Compliance with ethical standards

**Conflict of interest** The authors declare that they have no conflict of interest.

**Statement of human and animal rights** Not applicable.

**Informed consent** Not applicable.

### References

1. World Health Organization (2017) Global strategy and action plan on ageing and health. World Health Organization, Geneva
2. Organisation for Economic Co-operation and Development (2017) Health at a glance 2017: OECD indicators. OECD Publishing, Paris. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)
3. Holmerová I, Waageová D, Hradcová D et al (2014) Dlouhodobá péče: Geriatrické aspekty a kvalita péče. Grada, Prague
4. Holmerová I, Jurašková B, Zikmundová K et al (2007) Vybrané kapitoly z gerontologie. EV Public relations, Prague
5. Beachamp TL, Childress JF (2009) Principles of biomedical ethics, 6th edn. Oxford University Press, New York
6. Asadi-Lari M, Packham C, Gray D (2003) Need for redefining needs. Health Qual Life Outcomes. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-34>
7. Kollak I, Kim HS (2006) Nursing theories: conceptual and philosophical foundations. Springer, New York
8. Mizrahi T, Davis LE (2008) Encyclopedia of social work, 20th edn. National Association of Social Workers, Washington, D.C
9. Wright J, Williams R, Wilkinson JR (1998) (1998) Development and importance of health needs assessment. BMJ 316:1310–1313. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7140.1310>
10. Maslow AH (1943) A theory of human motivation. Psychol Rev 50:370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
11. Reynolds T, Thornicroft G, Abas M et al (2000) Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): development, validity and reliability. Br J Psychiatry 176:444–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.5.444>
12. Orrel M, Hancock G (2004) The Camberwell assessment of needs for the elderly (CANE). Gaskell, London
13. Ajay S, Østbye T, Malhotra R (2017) Caregiving-related needs of family caregivers of older Singaporeans. Australas J Ageing 36:E8–E13. <https://doi.org/10.1111/ajag.12370>
14. Bierhals CCBK, Santos NOD, Fengler FL et al (2017) Needs of family caregivers in home care for older adults. Revista Latino-Americana De Enfermagem 25:e2870. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1511.2870>
15. Fjelltun A-MS, Henriksen N, Norberg A et al (2009) Carers' and nurses' appraisals of needs of nursing home placement for frail older in Norway. J Clin Nurs 18:3079–3088. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02663.x>
16. Larsen A, Broberger E, Petersson P (2017) Complex caring needs without simple solutions: the experience of interprofessional

- collaboration among staff caring for older persons with multimorbidity at home care settings. *Scand J Caring Sci* 31:342–350. <https://doi.org/10.1111/scs.12352>
17. Liebel DV, Powers BA (2015) Home health care nurse perceptions of geriatric depression and disability care management. *Gerontologist* 55:448–461. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt125>
  18. Saunders MM (2014) Home health care nurses' perceptions of heart failure home health care. *Home Health Care Manag Pract* 26:217–222. <https://doi.org/10.1177/1084822314528938>
  19. Shyu Y-IL, Chen M-C, Wu C-C et al (2010) Family caregivers' needs predict functional recovery of older care recipients after hip fracture. *J Adv Nurs* 66:2450. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05418.x>
  20. Custers AFJ, Westerhof GJ, Kuin Y et al (2010) Need fulfillment in caring relationships: its relation with well-being of residents in somatic nursing homes. *Aging Mental Health* 14:731–739. <https://doi.org/10.1080/13607861003713133>
  21. Custers AFJ, Kuin Y, Riksen-Walraven M et al (2011) Need support and wellbeing during morning care activities: an observational study on resident-staff interaction in nursing homes. *Ageing Soc* 31:1425–1442. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10001522>
  22. Custers AFJ, Westerhof GJ, Kuin Y et al (2013) Need fulfillment in the nursing home: resident and observer perspectives in relation to resident well-being. *Eur J Ageing* 10:201–209. <https://doi.org/10.1007/s10433-013-0263-y>
  23. Dudman J, Meyer J (2012) Understanding residential home issues to meet health-care needs. *Br J Community Nurs* 17:434–438. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2012.17.9.434>
  24. Ferrand C, Martinet G, Durmaz N (2014) Psychological need satisfaction and well-being in adults aged 80 years and older living in residential homes: using a self-determination theory perspective. *J Aging Stud* 30:104–111. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.04.004>
  25. Ferreira AR, Dias CC, Fernandes L (2016) Needs in nursing homes and their relation with cognitive and functional decline, behavioral and psychological symptoms. *Front Aging Neurosci* 8:72. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2016.00072>
  26. Chuang Y-H, Abbey JA, Yeh Y-C et al (2015) As they see it: a qualitative study of how older residents in nursing homes perceive their care needs. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)* 22:43. <https://doi.org/10.1016/j.collegn.2013.11.001>
  27. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK et al (2014) Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J Clin Epidemiol* 67:1291–1294. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013>
  28. Arksey H, O'Malley L (2005) Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 8:19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
  29. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK (2010) Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
  30. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J et al (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 6:e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
  31. Pace R, Pluye P, Bartlett G et al (2012) Testing the reliability and efficiency of the pilot mixed methods appraisal tool (MMAT) for systematic mixed studies reviews. *Int J Nurs Stud* 49:47–53. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.002>
  32. Corbin JM, Strauss AL (2008) *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*, 3rd edn. Sage Publication, Los Angeles
  33. Bagehus C, Dedding C, Bunders JF (2015) 'I'm happy that I can still walk'—participation of the elderly in home care as a specific group with specific needs and wishes. *Health Expect* 18:2183–2191. <https://doi.org/10.1111/hex.12188>
  34. Nicholson C, Meyer J, Flatley M et al (2012) Living on the margin: understanding the experience of living and dying with frailty in old age. *Soc Sci Med* 75:1426–1432. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.06.011>
  35. Nicholson C, Meyer J, Flatley M et al (2013) The experience of living at home with frailty in old age: a psychosocial qualitative study. *Int J Nurs Stud* 50:1172–1179. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.01.006>
  36. Randström KB, Asplund K, Svedlund M et al (2013) Activity and participation in home rehabilitation: older people's and family members' perspectives. *J Rehabil Med* 45:211–216. <https://doi.org/10.2340/16501977-1085>
  37. Županić M, Kovačević I, Krikić V et al (2013) Everyday needs and activities of geriatric patients—users of home care. *Periodicum Biologorum* 115:575–580
  38. Moe A, Hellzen O, Enmarker I (2013) The meaning of receiving help from home nursing care. *Nurs Ethics* 20:737–747. <https://doi.org/10.1177/0969733013478959>
  39. Eloranta S, Arve S, Isoaho H et al (2010) Perceptions of the psychological well-being and care of older home care clients: clients and their carers. *J Clin Nurs* 19:847–855. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02994.x>
  40. Janssen BM, Abma TA, Regenmortel TV (2012) Maintaining mastery despite age related losses. The resilience narratives of two older women in need of long-term community care. *J Aging Stud* 26:343–354. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.03.003>
  41. Llobet MP, Ávila NR, Farràs JF et al (2011) Quality of life, happiness and satisfaction with life of individuals 75 years old or older cared for by a home health care program. *Revista Latino-Americana De Enfermagem* 19:467–475. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692011000300004>
  42. Jarling A, Rydström I, Ernsth-Bravell M et al (2018) Becoming a guest in your own home: home care in Sweden from the perspective of older people with multimorbidities. *Int J Older People Nurs*. <https://doi.org/10.1111/ohn.12194>
  43. Breitholtz A, Snellman I, Fagerberg I (2013) Living with uncertainty: Older persons' lived experience of making independent decisions over time. *Nurs Res Pract* 2013:1–8. <https://doi.org/10.1155/2013/403717>
  44. Breitholtz A, Snellman I, Fagerberg I (2012) Older peoples' dependence on caregivers' help in their own homes and their lived experience of their opportunity to make independent decisions. *Int J Older People Nurs* 8:139–148. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00338.x>
  45. Liveng A (2011) The vulnerable elderly's need for recognizing relationships—a challenge to Danish home-based care. *J Soc Work Pract* 25:271–283. <https://doi.org/10.1080/02650533.2011.597173>
  46. From I, Johansson I, Athlin E (2009) The meaning of good and bad care in the community care: older people's lived experiences. *Int J Older People Nurs* 4:156–165. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2008.00156.x>
  47. McGarry J (2010) Relationships between nurses and older people within the home: exploring the boundaries of care. *Int J Older People Nurs* 5:265–273. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00192.x>
  48. Bradshaw J (1972) Taxonomy of social need. In: McLachlan G (ed) *Problems and progress in medical care: essays on current research*, 7th series. Oxford University Press, London, pp 71–82
  49. Stevens A, Gabbay J (1991) Needs assessment needs assessment. *Health Trends* 23:20–30
  50. Haaster IV, Lesage AD, Cyr M et al (1994) Problems and needs of care of patients suffering from severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 29:141–148. <https://doi.org/10.1007/bf00796495>

51. Figueiredo DDR, Paes LG, Warmling AM et al (2018) Multi-dimensional measures validated for home health needs of older persons: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 77:130–137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.013>
52. Denson LA, Winefield HR, Beilby J (2013) Discharge-planning for long-term care needs: the values and priorities of older people, their younger relatives and health professionals. *Scand J Caring Sci* 27:3–12. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00987.x>
53. Esbensen BA, Hvitved I, Andersen HE et al (2015) Growing older in the context of needing geriatric assessment: a qualitative study. *Scand J Caring Sci* 30:489–498. <https://doi.org/10.1111/scs.12267>
54. Feldman S, Dickins ML, Browning CJ et al (2014) The health and service needs of older veterans: a qualitative analysis. *Health Expect* 18:2202–2212. <https://doi.org/10.1111/hex.12190>
55. Gabriëlsson-Järhult F, Nilsen P (2015) On the threshold: older people's concerns about needs after discharge from hospital. *Scand J Caring Sci* 30:135–144. <https://doi.org/10.1111/scs.12231>
56. Lee L-L, Lin S-H, Philp I (2015) Health needs of older aboriginal people in Taiwan: a community-based assessment using a multi-dimensional instrument. *J Clin Nurs* 24:2514–2521. <https://doi.org/10.1111/jocn.12842>
57. Turjamaa R, Hartikainen S, Kangasniemi M et al (2014) Living longer at home: a qualitative study of older clients' and practical nurses' perceptions of home care. *J Clin Nurs* 23:3206–3217. <https://doi.org/10.1111/jocn.12569>
58. Best Practice Evidence-based Guideline (2003) Assessment Process for Older People. New Zealand Guidelines Group. ISBN 0-473-09996-9
59. Challis D, Abendstern M, Clarkson P et al (2010) Comprehensive assessment of older people with complex care needs: the multidisciplinary of the Single Assessment Process in England. *Ageing Soc* 30:1115–1134. <https://doi.org/10.1017/s0144686x10000395>
60. Bamm EL, Rosenbaum P, Wilkins S (2012) Is health related quality of life of people living with chronic conditions related to patient satisfaction with care? *Disabil Rehabil* 35:766–774. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.707746>
61. Ju YJ, Kim TH, Han K-T et al (2017) Association between unmet healthcare needs and health-related quality of life: a longitudinal study. *Eur J Public Health* 27:631–637. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw264>
62. Schölzel-Dorenbos CJ, Meeuwse EJ, Rikkert MGO (2010) Integrating unmet needs into dementia health-related quality of life research and care: introduction of the hierarchy model of needs in dementia. *Aging Mental Health* 14:113–119. <https://doi.org/10.1080/13607860903046495>

**Publisher's Note** Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

## 2 Self-Reported Needs of People with Dementia Living at Home A Scoping Review

Alžběta Bártová, Iva Holmerová, Vladimíra Dostálová, Hana Bláhová  
and Michal Štefl

### 2.1 Introduction

Demographic changes are associated with an increased number of people with dementia.<sup>1</sup> Cognitive communication disorders and reduced ability to use the environment to meet one's own needs are part of the dementia syndrome.<sup>2</sup> The relationship between meeting one's needs and quality of life is generally accepted.<sup>3</sup> Quality of life is a very broad concept with different dimensions which can be approached from many perspectives. Also, needs can be approached from different perspectives: for example, objective and subjective.<sup>4</sup> Objective needs can be measured by relevant tools or reported by family or professional carers,<sup>5</sup> whereas subjective needs are based on individual feelings and self-perception.<sup>6,7</sup> Previous studies have shown that a higher quality of life is related to a lower number of unmet needs.<sup>6,8,9</sup> To ensure an adequate quality of life for a person with dementia, it is necessary to focus on meeting their objective as well as subjective needs.

Understanding and meeting the needs of people with dementia are particularly problematic because of dementia symptoms, for example, changed comprehension and difficulties in communication. However, the care experiences of people with dementia bring meaningful and useful information about their needs.<sup>10</sup> Identifying the individual needs of a person with dementia is essential to ensure person-centred care<sup>5,11</sup> and to avoid or delay institutionalisation.<sup>11</sup>

There is an increasing amount of research that focuses on meeting the needs of people with dementia. However, most of this research is carried out in residential establishments. Available research on the needs of people with dementia living in their home environment focuses mostly on the carers' perspective, and some studies focus directly on carers' needs.<sup>12</sup> Although family carers play an important role in

identifying and addressing the unmet needs of care recipients,<sup>13</sup> people with dementia are important informants about their own life and subjective well-being.<sup>14,15</sup> Previous studies have pointed out that people with dementia typically report a significantly lower number of unmet needs than their carers.<sup>7-9,16,17</sup> Even though differences between perspectives confirm the importance of examining the self-reported needs of people with dementia,<sup>9</sup> there is a lack of studies evaluating the subjective needs of people with dementia.<sup>5,12,18</sup> The aim of this scoping review therefore is to provide an overview of the self-reported needs of home-dwelling people with dementia.

### 2.2 Method

#### 2.2.1 Scoping Review Methodology

In order to provide an overview of this area and because of the lack of current research, a scoping review was selected as the appropriate methodology for this study. A scoping review maps the nature and extent of research and determines gaps in research activity to direct future research.<sup>19</sup> The scoping review methodology is described as a six-stage framework: (1) identifying the research question, (2) searching for relevant studies, (3) selecting studies, (4) charting the data, (5) collating, summarising and reporting the results and (6) consulting with stakeholders to inform or validate study findings.<sup>20</sup> Recommendations to clarify and enhance each stage<sup>21</sup> were used for the purposes of this review.

#### 2.2.2 Search Strategy

The databases PubMed, Web of Science, PsycINFO and Scopus were used in the search, which took place during August and September 2019. The search was

initially narrowed to include articles published between January 2009 and August 2019 in English or Czech using search terms 'dementia' and 'needs', which resulted in a total of 814 articles, and 18 articles were identified through other sources.

### 2.2.3 Inclusion and Exclusion Criteria

The inclusion and exclusion criteria were decided upon through discussion by authors AB, VD and IH and were reviewed by all authors throughout the process. Articles of both quantitative and qualitative study designs were included. After discarding duplicates, the authors identified appropriate studies using the primary inclusion criteria, that is, exploring the needs of people with dementia. Articles that examined the needs of people with dementia in a hospital or a long-term care facility were excluded from the review. Studies not seeking to obtain views of people with dementia themselves were not included. To ensure the quality and transparency of the screening process, the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) recommendation for systematic evaluation was carried out (Figure 2.1).

## 2.3 Results

### 2.3.1 Study Characteristics

The final review includes 13 studies both quantitative ( $n = 11$ ) and qualitative ( $n = 2$ ). Most of the quantitative studies were cross-sectional ( $n = 8$ ); fewer were longitudinal ( $n = 3$ ). As a measurement tool, the Camberwell Assessment of Needs for the Elderly (CANE) was used in most quantitative studies ( $n = 7$ ), then the Johns Hopkins Dementia Care Needs Assessment (JHDCNA) was used in three quantitative studies, and finally, the DelpHi Standard was used in one study. Semi-structured and narrative interviews were used in qualitative studies. In addition to people with dementia, family caregivers (whose responses and results are not included in the survey) participated in most studies ( $n = 12$ ). All selected studies focused on people with dementia living in the community. Table 2.1 provides a summary of the individual studies.

### 2.3.2 Domains of Reported Needs

Clear division of needs is difficult.<sup>22</sup> In the available studies included in this scoping review, the

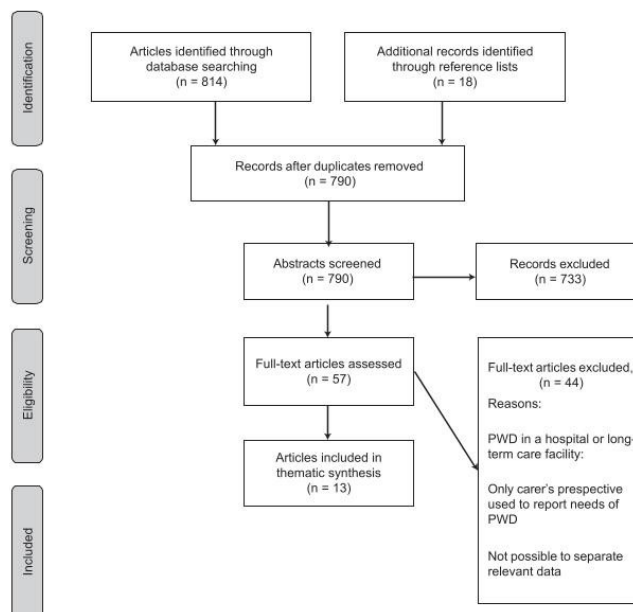


Figure 2.1 Search flowchart in accordance with PRISMA guidelines

Table 2.1 Summary of Articles Used in Thematic Analysis

Author (Year)/Country	Aim	Study Population	Research Type	Assessments/Tools	Reported Needs
Black et al. (2013)/USA	To determine the prevalence and correlates of unmet needs in a sample of community-residing people with dementia and their family caregivers	Community-residing persons with dementia (n = 254) and their family caregivers (n = 246)	Quantitative	JHDCNA	Safety: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Fall risk management</li> <li>· Home safety evaluation</li> <li>· Wandering risk management</li> </ul> General health and medical care Meaningful activities Legal issues and advance care planning Evaluation and diagnosis of dementia
Black et al. (2019)/USA	Determine the percentage of people with dementia having unmet needs and significant correlates of unmet needs in people with dementia	Community-living people with dementia and their family caregivers (n = 646)	Quantitative	JHDCNA	Home/personal safety <ul style="list-style-type: none"> <li>· Need for emergency planning</li> <li>· Fall risk management</li> <li>· Medication use</li> </ul> General healthcare Daily activities Neuropsychiatric symptoms management Legal issues and advance care planning
Eichler et al. (2016)/Germany	To describe the number and types of unmet needs of German primary care patients screened positive for dementia and factors associated with the number of unmet needs	227 persons with dementia (≥70 years, living at home) of the intervention group who had screened positive for dementia	Quantitative	Delphi Standard of Optimum Care	Social counselling and legal support mainly in power of attorney/legal representative Social integration/physical activities Pharmaceutical treatment and care Mobility limitation/risk of fall
Górska et al. (2013)/UK	This study aimed to develop a deeper understanding of the lived experience of people with dementia regarding their service-related needs	31 participants: 12 persons with dementia (39%) and 19 unpaid carers (61%)	Qualitative	Semi-structured, narrative interviews	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Diagnostic services</li> <li>· Post-diagnostic support</li> <li>· Coordination</li> <li>· Continuity</li> <li>· Non-pharmacological intervention</li> </ul>
Johnston et al. (2011)/USA	Determine whether a telephone screening method could identify individuals in the community in need of care for dementia; develop a multidimensional needs assessment tool for identifying the unmet needs related to memory disorders in the home setting	13 persons with dementia and carers	Quantitative	JHDCNA	Need for a dementia workup General medical care Environmental safety Assistance with activities of daily living impairments Access to meaningful activities
Kerpershoek et al. (2017)/INT	To describe the domains and level of needs in a group of people with dementia and their family carers who do not yet use formal care and to describe the relationship of needs and quality of life from different perspectives	451 community-dwelling people with dementia and their carers participated from eight European countries	Quantitative	CANE	Company Information Daytime activities
Mazurek et al. (2017)/Poland	Assess the needs of people with dementia living at home	47 people diagnosed with mild to moderate dementia and 41 family carers	Quantitative	CANE	Psychological distress Company Daytime activities
Mazurek et al. (2019)/Poland	Investigate whether the Meeting Centres Support Programme (MCSP) is effective in meeting the needs of older people with dementia	47 people diagnosed with mild to moderate dementia and 42 family carers	Quantitative	CANE	Daytime activities Psychological distress Company Memory
Miranda-Castillo et al. (2010)/UK	Identify the relationship between unmet needs, social networks and quality of life of people with dementia living at home	152 community-dwelling people with dementia and 128 carers	Quantitative	CANE	Daytime activities Company Psychological distress Eyesight/hearing Accidental self-harm
Miranda-Castillo et al. (2010)/UK	Identify the needs of people with dementia living alone and to compare the needs of people with dementia living alone versus those living with others	Of 152 people with dementia, one-third of the people with dementia (n = 50) were living alone and 128 carers	Quantitative	CANE	Daytime activities Company Psychological distress Eyesight/hearing Accidental self-harm
Miranda-Castillo et al. (2013)/UK	Compare perspectives on perceived needs among community-residing people with dementia, their family caregivers and professionals	125 community-dwelling people with dementia and carers	Quantitative	CANE	Psychological distress Daytime activities Company Information Eyesight/hearing
Morrisby et al. (2018)/Australia	To identify care and support needs, as reported by people with dementia and their spousal carers living in the community in metropolitan western Australia	10 dyads of spousal carers and people with dementia	Qualitative	Semi-structured interviews	Environmental enablers to support care Adaptation of daily life roles
van der Roest et al. (2009)/Netherlands	Assess the needs of community-dwelling people with dementia as reported by themselves and by their family carers; provide insight into the service use and gaps between needs and the availability of services	236 community-dwelling people with dementia and 322 family carers interviewed separately	Quantitative	CANE	Memory Information Company Psychological distress Daytime activities



communicated needs are categorised either through domains of individual questionnaires or by placing them in hierarchical needs models. However, the categories overlap, and the sorting is not exact. Needs interact with each other when an unmet need in one area causes an unmet need in another area.<sup>14</sup>

Each of the three assessments used in quantitative research contains different domains and numbers of items. Therefore, differences in unmet needs are reported in terms of using different assessments as well as needs reported in qualitative studies. A total of seven most frequently reported needs were identified according to the CANE assessment: information, company, daytime activities, psychological distress, memory, eyesight/hearing and accidental self-harm. Six most commonly mentioned needs were identified using the JHDCNA in the following areas: dementia evaluation or diagnosis, dementia workup, legal issues and advance care planning, meaningful/daily activities, general health and medical care and safety home and personal. DelpHi Standard of Optimum Care shows unmet needs in the following domains: social counselling and legal support mainly in power of attorney/legal representative, the need to increase physical activities listed in domain of social integration, pharmaceutical treatment and care and nursing treatment and care, especially in case of mobility limitation/risk of fall. In qualitative studies, people with dementia identified their unmet needs in the following areas: diagnosis, post-diagnostic care, environmental support, meaningful activities and roles and safe home and community.

To achieve the aim of the scoping review, a thematic analysis was chosen to unify reported needs. For thematic analyses, the constant comparative method has been used,<sup>23</sup> which revealed a total of five themes specified by subthemes: environmental needs (dementia evaluation or diagnosis, post-diagnostic support), social needs (company, meaningful activities and roles), psychological needs (psychological distress, memory), biological/physical needs (general physical health) and need of safety (home, personal and environmental).

### 2.3.3 Environmental Needs: Expert Services and Environmental Enabling Factors

#### 2.3.3.1 Dementia Evaluation or Diagnosis

Timely diagnosis was seen as an essential factor to access optimal services and drugs. Delayed diagnosis

has often been associated with lost opportunities to better manage the condition.<sup>24</sup> In one study, almost one-third of the people with dementia did not get prior dementia evaluation or diagnosis.<sup>25</sup> Numerous obstacles have been identified in obtaining a diagnosis, mainly due to inappropriate attitudes of primary care physicians. In some cases, especially when concerns were raised in the very early stages of dementia, it was reported that study participants<sup>24</sup> were advised to treat their symptoms as signs of normal ageing. Lack of communication between the services involved (primary care and specialised services) was cited as another possible cause of a delayed diagnosis. Insufficient coordination of the services forces people with dementia or their carers to secure medical examinations and transfer of information between services.<sup>24</sup> Many people with dementia identified unmet needs in the post-diagnostic phase: during the process from diagnosis to ongoing care. They experienced a lack of empathy from healthcare professionals and inconsistency of care provided (e.g., lack of referral to support services).<sup>18</sup>

#### 2.3.3.2 Post-Diagnostic Support

**Information and Coordination.** People with dementia highly appreciate the continuous communication and information about their condition from diagnosis to referral to other available services. Better provision of information can help people with dementia to more accurately consider their needs; it also helps them to cope better with disease and to better use available services.<sup>17</sup> The need for access to information at one single place and coordination of available services have been identified as important for effective case management.<sup>24</sup> The need for information was reported by people with dementia as one of the most frequent unmet needs in a total of three studies.<sup>7,8,17</sup> The people directly reported that they either did not receive information at all or the received information was scarce or unclear (e.g., only printed without further explanation).<sup>17</sup> One study even stated that the area dementia workup was the most frequent (9/11) unmet need.<sup>26</sup> Information should be specifically adapted to individual needs and wishes and must be appropriate to the stage of the disease. The fact that people with dementia are experiencing the need for access to information should raise concerns in the current healthcare system and requires more attention.<sup>26</sup>

**Continuity.** Optimal care and access to quality services that meet the individual needs of people with dementia often result in strong and lasting relationships with service providers.<sup>18</sup> Continuity of care and especially appropriate involvement of health and welfare professionals were considered necessary for the provision of quality care.<sup>24</sup> People with dementia may have difficulties in recognising and remembering new people; they need enough time to develop a positive relationship. Discontinuity of services and frequent changes of service providers may cause increased anxiety for a person with dementia. While ensuring continuity of care services for people with dementia, service providers must also support their sense of confidentiality and security.<sup>24</sup>

**Access to Non-Pharmacological Interventions/Psychosocial Interventions.** The need for accessibility and availability of non-pharmacological interventions is also important. These interventions support identity and social participation and mitigate changes in physical and mental health. Prevention of reduced activity and interest has been highlighted as an essential element of high-quality care.<sup>24</sup>

**Legal Issues and Advance Care Planning.** The area of legal issues and advance care planning includes different items: choosing a person who will ensure the general and medical power of attorney for a person with dementia, documenting the last wishes and overseeing the estate.<sup>11,25</sup> Timely planning of these issues needs to be addressed well in advance while a person with dementia has decision-making capacity.<sup>13</sup> Social counselling and legal support were reported mainly in the area of power of attorney/legal representative.<sup>11</sup>

### 2.3.4 Social Needs

Social needs are among the most frequently mentioned needs in 12 of 13 studies. The most frequently mentioned themes in this domain are company<sup>6-9,16,27</sup> and meaningful daytime activities,<sup>6-9,13,16,17,25,27</sup> which are any activities that enable a person with dementia to engage in appropriate social, stimulating or leisure activities.<sup>17</sup> Losing meaningful activities and relationships, being useful for others or intimacy with a partner and the potential conflicts with relatives were specific situations that persons with dementia have listed under the item daytime activities and company.<sup>17</sup> Social integration,<sup>11</sup> everyday activities (e.g., household) and social roles (e.g., active

grandparent role) are needed to maintain feelings of self-worth. Maintaining and continuing important roles or developing new roles requires the support of carers and sometimes also support services.<sup>18</sup> More than half of people with dementia reported unmet needs for meaningful activities that were described as day-care needs, visiting centres and home activities.<sup>25</sup> Unmet needs in daytime activities also include the need for help and support in the activities of daily living (ADLs), lack of meaningful activity or daily structure and physical inactivity or social isolation.<sup>6</sup> A supportive and knowledgeable social environment is also an important social need. The need for social support has three levels: family, friends and wider social networks.<sup>18</sup>

### 2.3.5 Psychological Needs: Mental State, Cognitive Functions and Memory

Coping and support in coping with the psychological distress and negative feelings such as anger, sadness, loneliness, confusion and fear<sup>17</sup> are the most frequently communicated self-reported needs of people with dementia living at home; they have been detected in more than half of studies.<sup>6,7,9,17,27</sup> Coping with memory problems is an area reported by people with dementia as one of the most commonly perceived unmet needs in two studies.<sup>7,16</sup>

### 2.3.6 Biological/Physical Needs: General Physical Health

General physical health includes requirements such as the need for dental care, specialist medical care, incontinence management and coping with polypharmacy, eyesight and hearing problems compensation or support in solving malnutrition and dehydration problems.

**Commutation of Chronic Health Problems.** Poly-morbidity often results in polypharmacy, and a person with dementia often has no cognitive capacity to manage such a condition.<sup>13</sup> In the domain of pharmaceutical treatment and care,<sup>11</sup> the most reported need is treatment with anti-dementia drugs, which could also be a topic of discussion because of the limited effect of these drugs.<sup>11</sup> Unmet needs in general health and medical care were identified in three studies.<sup>13,25,26</sup> One study highlighted pharmaceutical treatment as an unmet need.<sup>11</sup> Eyesight/hearing

problems management and compensation were specifically mentioned as an unmet need in three studies.<sup>6,16,17,27</sup> Sensory problems have a great influence on the ability to communicate (not only) for people with dementia. The unmet needs in eyesight/hearing indicate that a better treatment and/or compensation of these symptoms may enable better communication.<sup>17</sup>

### 2.3.7 Need for Safety

The care of home-dwelling people with dementia presents a great challenge, especially in ensuring safety. Safety issues may not be easily detected during formal care visits but may lead to a higher need for healthcare and a lower quality of life.<sup>13</sup> The need for safety,<sup>25</sup> specifically home and personal safety,<sup>13</sup> or environmental safety,<sup>14</sup> was reported as an important domain in three studies.<sup>13,25,26</sup> The most common need reported in this domain was avoiding the risk of falls,<sup>13,25</sup> wandering management,<sup>25</sup> and help with drug use.<sup>13</sup> Many people with dementia reported the need for a plan for dealing with emergencies (e.g., power outages)<sup>13</sup> or an emergency card for hospitalisation (which is a card identifying that the person has dementia and who their carers are and provides carer details).<sup>11</sup> The area of safety also includes safe driving, safe management of weapons and domestic tools<sup>25</sup> and prevention of abuse, neglect, or exploitation and fraud.<sup>13</sup> Accidental self-harm and creating dangerous situations unintentionally were listed as high in two studies.<sup>6,27</sup> Safety in the home and community and factors such as familiarity with surroundings, proximity of social support, safety and access to services were identified as reasons for wanting to remain living in their respective communities.<sup>18</sup>

## 2.4 Discussion

This scoping review provides a survey of self-reported needs of home-dwelling people with dementia. This population has been under-represented in research, even though meeting the individual needs of people with dementia is necessary for ensuring optimal care. The analysis of articles shows that people with dementia are able to express and communicate their needs themselves. Therefore, their experiences should be taken into account in person-centred care planning.

Needs and priorities in their perception are multi-dimensional and unique in each individual, and they

change throughout life, vary according to the level of cognitive impairment and functional abilities and differ in the various subtypes and stages of dementia.<sup>22,25</sup> Needs assessment should include previous life experiences, cultural backgrounds, preferences and identity.<sup>28</sup> Therefore, when assessing self-reported needs, it is necessary to include the biological, psychological, social and environmental contexts of a person with dementia so that a unique assessment of that person's needs can be made to provide person-centred care.<sup>22</sup>

Environmental needs include a wide range of themes and specific topics in which people with dementia express their needs. The first theme is diagnosis and dementia evaluation. The onset of dementia syndrome is usually gradual and inconspicuous, and symptoms of the disease are often considered as regular aging. Initial symptoms of dementia are often unrecognised by people with dementia, their families and even health or social care professionals. Overlapping symptoms and poly-morbidity in older age make the diagnostic process even more difficult.<sup>28</sup> Another barrier to recognising dementia is that people with dementia often overestimate their abilities despite the actual state.<sup>29</sup> However, timely diagnosis is crucial for an appropriate assessment of the needs of a person with dementia and any changes that occur as the disease progresses.<sup>30</sup> Lack of communication between involved professionals and/or services occurs during the diagnostic process as well as during post-diagnostic support, which was another frequently occurring theme conveyed. Throughout the disease, access to information and coordination and continuity of care are identically identified as crucial. Furthermore, the access to non-pharmacological interventions and the need for dealing with legal issues and advance care planning were reported. An appropriate approach to meet these needs is case management.<sup>28</sup>

Other significant themes people with dementia reported include the need for company and meaningful roles and activities, as well as coping with psychological distress and the need for safety. Regardless of the need for division into themes, it can be assumed that if one main need is met, it will affect the perception of other needs. At some point, the fulfilled needs can drive away feelings of fear, sadness and anger and allow for a positive experience.<sup>14</sup> Because of communication difficulties, people with dementia may express their needs through non-normative

behaviours. Evidence shows the link between behavioural and psychological symptoms in dementia (BPSD) and unmet needs,<sup>31</sup> for example, meaningful activities that focus on the individual interests and preserved skills of a person with dementia that increase that person's involvement, reduce BPSD and improve overall quality of life.<sup>32</sup> People with dementia express their needs through different behaviours, whereas a single type of behaviour can also convey different needs. The underlying needs associated with these behaviours thus must be understood before carrying out a person-centred care intervention.<sup>32</sup>

Biological needs are reported by people with dementia as a need for general and special medical care. One specific topic was the need for help with post-dementia changes, such as the ability to cope with drug management. The ageing of the population should be viewed as one of the main achievements of current healthcare. However, optimal management of healthcare for people with dementia is still a challenge that needs to be addressed in order to provide the basic human needs necessary to meet the full spectrum of individual needs and enable a person with dementia to live at home for as long as possible.

## 2.5 Implications

The findings presented in this scoping review provide an evidence-based framework that can serve as a guide in planning better care of people with dementia living at home. This review provides evidence that people with dementia are able to express their needs. Therefore, their perspective should be included in planning person-centred care together with a proxy account and observation.

## 2.6 Future Research

Several measurement tools have been used in quantitative studies to identify the needs of people with dementia; three of them were included in this scoping review (CANE, JHDCNA and the DelpHi Standard of Optimum Care). Each assessment described contained different domains and numbers of items, and comparing their results is almost impossible. This might be the reason for differences in numbers and frequency or even the existence of different needs reported in various studies. In addition, other findings and differences have been shown

in qualitative research. Further research on the needs of people with dementia, especially needs that those with dementia can formulate themselves, is still very necessary. An optimal needs-assessment instrument should assess needs comprehensively, be sensitive to change, allow re-evaluation of needs and leave additional space for written comments that go beyond the standardised needs items.<sup>22</sup>

## 2.7 Limitations

Four databases were used to search for articles; therefore, some articles may have been missed. The fact that most of the articles are in English can also mean that the results are more representative of a European or Western perspective.

## 2.8 Conclusion

The increasing numbers of people living with dementia need better support and care that can lead to a better quality of life. This review has shown that people with dementia themselves are important informants about their subjective needs and care experience, and therefore, they should not be neglected in research anymore. A total of five main themes were identified across the articles used in this scoping review. This provides evidence of a wide range of needs people with dementia experience in biological, psychological, social and environmental areas and the area of safety. To ensure optimal care, a comprehensive needs assessment in which the perceptions of people living with dementia are included is essential.

## Disclosure Statement

The authors report no conflict of interest.

## Funding

This study was supported by the Charles University Grant Agency, Project No. 760219.

## References

1. World Health Organization (WHO). *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017–2025*. Geneva: WHO; 2017.
2. Cohen-Mansfield J, Dakheel-Ali M, Marx MS, et al. Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? *Psychiatry Research* 2015; 228(1):59–64.

3. Abreu W, Tolson D, Jackson GA, et al. The relationship between frailty, functional dependence, and healthcare needs among community-dwelling people with moderate to severe dementia. *Health & Social Care in the Community* 2019; 27(3):642–53.
4. Schölzel-Dorenbos CJ, Meeuwse EJ, Olde Rikkert MG. Integrating unmet needs into dementia health-related quality of life research and care: Introduction of the Hierarchy Model of Needs in Dementia. *Aging & Mental Health* 2010; 14(1): 113–19.
5. van der Roest HG, Meiland FJ, Maroccini R, et al. Subjective needs of people with dementia: A review of the literature. *International Psychogeriatrics* 2007; 19(3):559–92.
6. Miranda-Castillo C, Woods B, Galboda K, et al. Unmet needs, quality of life and support networks of people with dementia living at home. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010; 8(1):1–14.
7. van der Roest HG, Meiland FJ, Comijs HC, et al. What do community-dwelling people with dementia need? A survey of those who are known to care and welfare services. *International Psychogeriatrics* 2009; 21(5):949–65.
8. Kerpershoek L, de Vugt M, Wolfs C, et al. Needs and quality of life of people with middle-stage dementia and their family carers from the European Actifcare study: When informal care alone may not suffice. *Aging & Mental Health* 2018; 22(7):897–902.
9. Mazurek J, Szcześniak D, Urbańska K, et al. Met and unmet care needs of older people with dementia living at home: Personal and informal carers' perspectives. *Dementia* 2019; 18(6):1963–75.
10. Scerri A, Scerri C, Innes A. The perceived and observed needs of patients with dementia admitted to acute medical wards. *Dementia* 2020; 19(6): 1997–2017.
11. Eichler T, Thyrian JR, Hertel J, et al. Unmet needs of community-dwelling primary care patients with dementia in Germany: Prevalence and correlates. *Journal of Alzheimer's Disease* 2016; 51(3):847–55.
12. Hansen A, Hauge S, Bergland Å. Meeting psychosocial needs for persons with dementia in home care services: A qualitative study of different perceptions and practices among health care providers. *BMC Geriatrics* 2017; 17(1):1–10.
13. Black BS, Johnston D, Leoutsakos J, et al. Unmet needs in community-living persons with dementia are common, often non-medical and related to patient and caregiver characteristics. *International Psychogeriatrics* 2019; 31(11):1643–54.
14. Kitwood T. The experience of dementia. *Aging & Mental Health* 1997; 1(1):13–22.
15. Shiells K, Pivodic L, Holmerová I, van den Block L. Self-reported needs and experiences of people with dementia living in nursing homes: A scoping review. *Aging & Mental Health* 2019; 24(10):1553–68.
16. Mazurek J, Szcześniak D, Lion KM, et al. Does the Meeting Centres Support Programme reduce unmet care needs of community-dwelling older people with dementia? A controlled, 6-month follow-up Polish study. *Clinical Interventions in Aging* 2019; 14:113–22.
17. Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. The needs of people with dementia living at home from user, caregiver and professional perspectives: A cross-sectional survey. *BMC Health Services Research* 2013; 13(1):1–10.
18. Morrisby C, Joosten A, Ciccarelli M. Needs of people with dementia and their spousal carers: A study of those living in the community. *Australasian Journal on Ageing* 2019; 38(2):e43–9.
19. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, et al. Scoping reviews: Time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology* 2014; 67(12):1291–4.
20. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology* 2005; 8(1):19–32.
21. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science* 2010; 5(1):1–9.
22. Schmid R, Eschen A, Rügger-Frey B, Martin M. Instruments for comprehensive needs assessment in individuals with cognitive complaints, mild cognitive impairment or dementia: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2012; 27(4):329–41.
23. Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Prague: Karolinum; 2000.
24. Górska S, Forsyth K, Irvine L, et al. Service-related needs of older people with dementia: Perspectives of service users and their unpaid carers. *International Psychogeriatrics* 2013; 25(7):1107–14.
25. Black BS, Johnston D, Rabins PV, et al. Unmet needs of community-residing persons with dementia and their informal caregivers: Findings from the maximizing independence at home study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2013; 61(12):2087–95.
26. Johnston D, Samus QM, Morrison A, et al. Identification of community-residing individuals with dementia and their unmet needs for care.

- International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011; 26(3):292–8.
27. Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. People with dementia living alone: What are their needs and what kind of support are they receiving? *International Psychogeriatrics* 2010; 22(4):607–17.
28. Holmerová, I. *Case management v péči o lidi žijící s demencí: koordinace péče zaměřená na člověka*. Prague: Fakulta Humanitních Studií Univerzity Karlovy; 2018.
29. Macháčová, K. Holmerová, I. *Aktivní gerontologie, aneb, Jak stárnout dobře*. Praha. Mladá fronta; 2019.
30. Iliffe S, Wilcock J, Synek M, et al. Case management for people with dementia and its translations: A discussion paper. *Dementia* 2019; 18(3):951–69.
31. Algase DL, Beck C, Kolanowski A, et al. Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease* 1996; 11(6):10–19.
32. Sheppard CL, McArthur C, Hitzig SL. A systematic review of Montessori-based activities for persons with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association* 2016; 17(2):117–22.


## Příloha č. 13 – Souhlas s uveřejněním publikace v ACER

Univerzita Karlova  
Fakulta humanitních studií

**Věc: Souhlas s uveřejněním publikace**

Souhlasím s tím, aby Mgr. Hana Bláhová, MBA ve své disertační práci uveřejnila jako spoluautorka publikaci, jejíž jsem hlavní autor, publikovanou v **Ageing Clinical Experimental Research** s názvem „*The needs of older people receiving home care: a scoping review*“ a to v rámci spolupráce projektu GAUK.

V Praze dne: 25. 6. 2021

  
Mgr. Vladimíra Dostálová

## Příloha č. 14 – Souhlas s uveřejněním publikace Cambridge University Press

Univerzita Karlova  
Fakulta humanitních studií

### Věc: Souhlas s uveřejněním publikace

Souhlasím s tím, aby Mgr. Hana Bláhová, MBA ve své disertační práci uveřejnila jako spoluautorka mnou publikovanou kapitolu v publikaci **Cambridge University Press** s názvem „*Self-Reported Needs of People with dementia Living at Home a Scoping Review*“ a to v rámci spolupráce projektu GAUK.

V Praze dne: 25. 6. 2021

Mgr. Alžběta Bartová

