

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2015

Bc. Tereza Sádlová

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích



Bc. Tereza Sádlová

Management kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním
onemocněním

Quality management of rehabilitation in patients with cerebrovascular accident

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Barbora Vaculíková, MBA

Odborný garant: plk. MUDr. Michal Říha, PhD., MBA

Praha 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 10. května 2015

Tereza Sádlová

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé diplomové práce, paní Mgr. Barboře Vaculíkové, MBA za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a návrhy.

Dále bych chtěla poděkovat primáři Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice v Praze panu plk. MUDr. Michalu Říhovi, PhD., MBA, který mi umožnil realizovat tuto diplomovou práci a byl mi nápomocen při tvorbě samotného Indikátoru kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním.

Na závěr chci také poděkovat všem svým dosavadním pacientům, kteří jsou pro mne velkou inspirací a svým dílem přispěli ke vzniku této práce.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno a příjmení autora: Bc. Tereza Sádlová
Vedoucí práce: Mgr. Barbora Vaculíková, MBA
Odborný garant: plk. MUDr. Michal Říha, PhD., MBA

Název diplomové práce:

Management kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním

Tato diplomová práce se zabývá managementem kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním a lze ji také zjednodušeně chápat jako všechno to, co je spojeno s kvalitou rehabilitace jako poskytované služby ve zdravotnickém zařízení.

Jako hlavní cíl své diplomové práce jsem si stanovila prezentovat možnou formu pro monitorování a hodnocení kvality poskytované rehabilitační péče pomocí Indikátoru kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním. Pro komplexní hodnocení vstupního a výstupního funkčního stavu pacienta jsem zohlednila všechny oblasti, které jsou v rámci poiktové rehabilitace trénovány.

Práce je rozdělena do dvou částí - teoretické a empirické. Teoretická část poskytuje základní informace o cerebrovaskulárních onemocněních, systému poiktové rehabilitace a managementu kvality ve zdravotnictví, který je vztažený k poskytování rehabilitačních služeb. Empirická část mapuje samotný proces tvorby Indikátoru kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním, jeho jednotlivé ukazatele a systém hodnocení. Prezentuje jeho výsledky u cílové skupiny pacientů, kteří absolvovali poiktovou rehabilitaci v letech 2013 a 2014 na Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny v rámci činnosti Komplexního cerebrovaskulárního centra Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice v Praze. Tento indikátor se zde prokázal jako vhodný a využitelný nástroj pro kontinuální sledování a zlepšování kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním.

Klíčová slova:

- 1) management kvality
- 2) kvalita rehabilitace
- 3) klinický indikátor
- 4) standard/doporučení
- 5) neurorehabilitace
- 6) cerebrovaskulární onemocnění
- 7) výstupy/klinické výsledky

ABSTRACT OF MASTER THESIS

Author: Bc. Tereza Sádlová
Supervisor: Mgr. Barbora Vaculíková, MBA
Expert guarantor: plk. MUDr. Michal Říha, PhD., MBA

Title of master thesis:

Quality management of rehabilitation in patients with cerebrovascular accident

This master thesis deals with quality management of rehabilitation in patients with cerebrovascular accident and we can also see her as a basic summary of everything what is connected with quality rehabilitation understood as a service provided in medical devices.

The main goal of this master thesis was determined as a presentation of possible form for monitoring and evaluating quality of rehabilitation using Indicator of quality stroke rehabilitation in patients with cerebrovascular accident. For the complex assessment of functional status of patient before and after stroke rehabilitation was reflected all items which are trained during physiotherapy, occupational therapy, speech therapy etc.

This master thesis is divided into two parts – theoretical and empirical. Theoretical part provides basic information of cerebrovascular accident, system of stroke rehabilitation and quality management of health care, which is relative to stroke rehabilitation. Empirical part describes a process of creating of Indicator of quality management of rehabilitation in patients with cerebrovascular accident. Also defines individual items and its assessment. There are also presented indicator's results of stroke rehabilitation patients from period 2013 and 2014. Results are collected from Department of Physical Medicine and Rehabilitation which belongs to the Cerebrovascular center of Military University Hospital in Prague. This indicator was found as a valid and useful for continual monitoring and improving stroke rehabilitation.

Key words

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1) quality management | 5) neurorehabilitation |
| 2) quality of rehabilitation | 6) cerebrovascular accident |
| 3) clinical indicator | 7) outcomes |
| 4) standard/guidelines | |

OBSAH

Úvod	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1. CEREBROVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ	11
1.1. Incidence onemocnění	11
1.2. Následky vzniklé onemocněním	12
1.2.1. Motorické a senzorické následky onemocnění	12
1.2.2. Kognitivní následky onemocnění	12
1.2.3. Fatické následky onemocnění	13
1.2.4. Emocionální následky onemocnění	13
1.3. Kvalita života lidí s cerebrovaskulárním onemocněním	13
1.4. Systém péče o osoby s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice ...	14
1.4.1. Komplexní cerebrovaskulární centrum	15
1.4.1.1. Komplexní cerebrovaskulární centrum ÚVN	16
1.4.2. Iktová centra	16
1.4.3. Ostatní cerebrovaskulární péče	17
2. REHABILITACE	18
2.1. Oblasti rehabilitace	18
2.1.1. Sociální rehabilitace	19
2.1.2. Pedagogická rehabilitace	19
2.1.3. Pracovní rehabilitace	19
2.1.4. Léčebná rehabilitace	20
2.2. Neurorehabilitace	20
2.2.1. Principy neurorehabilitace	22
2.2.2. Indikace neurorehabilitace	23
2.3. Komplexní neurorehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním ...	23
2.3.1. Funkční hodnotící škály	24
2.3.2. Sledování cílů terapie	26
3. MANAGEMENT KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ	29
3.1. Definice kvality	30
3.2. Kvalita služby	31
3.3. Základní stavební kameny zlepšování zdravotnictví	32
3.4. Zvyšování kvality ve zdravotnictví	34
3.5. Intervence a kroky k zajištění kvality	35
3.6. Indikátory kvality	36
3.6.1. Klasifikace indikátorů kvality	37
3.6.2. Vlastnosti indikátorů kvality	38
3.7. Kvalita v rehabilitaci	39
3.8. Hodnocení kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním .	42
3.8.1. Hodnocení kvality rehabilitace, pohledy ve světě	46
3.8.1.1. Dánsko	46
3.8.1.2. Skotsko	47
3.8.1.3. Austrálie	47

3.8.1.4. Německo	48
3.8.1.5. Mezinárodní klasifikace – ICF	48
3.8.2. Hodnocení kvality rehabilitace v České republice	50
3.8.2.1. Platná legislativa v rehabilitaci	50
3.8.2.2. Hodnocení kvality - legislativní úprava	52
3.8.3. Indikátor kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním	52
II. EMPIRICKÁ ČÁST	54
4. POIKTOVÁ NEUROREHABILITACE	56
4.1. Klinické guidelines	56
4.1.1. Standard fyzioterapie – cévní mozková příhoda	57
4.1.2. Standard ergoterapie – cévní mozková příhoda	57
4.1.3. Neurorehabilitační standardy – obecné	59
4.2. Proces tvorby klinického indikátoru	59
4.3. Funkční hodnotící škály v neurorehabilitaci, jednotlivé položky indikátoru	62
4.3.1. Vyšetření denních činností (soběstačnosti)	62
4.3.2. Vyšetření hybnosti	63
4.3.3. Vyšetření chůze	63
4.3.4. Vyšetření hybnosti horní končetiny	64
4.3.5. Vyšetření manipulačních funkcí pacienta	64
4.3.6. Vyšetření kognitivních funkcí	65
4.3.7. Vyšetření fatických funkcí	65
4.3.8. Vyšetření emocionálních funkcí	66
4.3.9. Sledování spokojenosti pacientů	66
4.3.10. Hodnocení cílů pacienta v neurorehabilitaci	67
4.3.10.1. Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM)	67
4.3.10.2. Hodnocení dosažení cíle (GAS)	68
5. METODOLOGIE VÝZKUMU	69
5.1. Cíle a hypotézy	69
5.2. Metodologie výzkumu	70
5.2.1. Pilotní šetření	71
5.2.2. Hlavní výzkumné šetření	71
5.3.2. Výzkumný vzorek	73
6. KOMPLEXNÍ ANALÝZA VÝZKUMU	74
6.1. Zpracování socio-demografických dat	74
6.1.1. Rok 2013	75
6.1.2. Rok 2014	82
6.2. Grafické znázornění výsledků výzkumu	89
III. DISKUZE	98
IV. ZÁVĚR	100
V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	102
VI. SEZNAM PŘÍLOH	112
VII. PŘÍLOHY	113

ÚVOD

Cerebrovaskulární onemocnění představují závažnou zdravotní, ale i sociální a ekonomickou problematiku. Tato onemocnění zanechávají dlouhodobé nebo trvalé následky různého rozsahu (Lippertová-Grünnerová, 2005: 23) a počet pacientů, kteří mají vlivem cerebrovaskulárních onemocnění těžce poškozen mozek, stále stoupá. Pacienti s těžkým, dříve smrtelným poškozením mozku často své onemocnění přežijí, ale s mnohdy těžkými funkčními následky. Nemocný po poškození centrální nervové soustavy bývá handicapován nejen motorickou poruchou, ale také poruchou kognitivní a fatickou, které ho mohou limitovat dokonce výrazněji než dysfunkce motorické. S cílem vypořádat se s touto nově vzniklou situací musí pacient a jeho rodina vytvořit a vyjednat „nový styl života“. K obnovení vzniklých deficitů slouží systém navazující včasné neurorehabilitace, který je, jak uvádí Klusáková (2012), rozhodující při návratu pacienta do normálního života. Z etických a zdravotně-politických důvodů je základním požadavkem, aby pacienti se vzniklými deficity v důsledku cerebrovaskulárního onemocnění, dosáhli po ukončení akutní lékařské péče a rychle zahájené neurorehabilitaci co nejlepší kvality života a soběstačnosti, která by jim umožnila opět najít své místo ve společnosti.

Pro dosažení dobrých léčebných výsledků je třeba hledat parametry předpovídající výsledek léčby, neboť u nemocných existují rozdíly v odpovědi na terapii. Pro získání potřebných údajů slouží řada měření a testů, které dovolují kvantifikovat velikost sledovaných parametrů. Pod pojmem hodnocení se dle Koláře (2009: 217) v rehabilitaci rozumí posouzení funkčních deficitů a jejich dopad na funkční schopnosti pacienta. Ke zhodnocení stavu pacienta, stanovení jeho schopností a omezení se provádí opakovaně rehabilitační vyšetření, na jejichž základě se stanovují cíle rehabilitace. Na tvorbě těchto cílů se pacient aktivně účastní a měly by být smysluplné s ohledem na jeho zdravotní stav a životní situaci, ve které se nachází. Také článek americké kardiologické asociace *“Measuring and Improving Quality of Care”* (2000: 1483) uvádí, že je velmi žádoucí při poskytování kvalitní rehabilitační péče sledovat dosažené cíle pacienta a jeho výsledný zdravotní stav srovnat před a po terapiích. Dále autoři článku doporučují vytvořit konkrétní guidelines pro léčbu pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním a na základě těchto guidelines vytvořit standard poskytované rehabilitační péče tak, aby mohla být míra kvality poskytované neurorehabilitace efektivně hodnocena.

Kvalita poskytované zdravotní péče platí totiž mezi nejpřednější tradiční hodnoty zdravotní péče. Je požadována kvalitní a účinná péče poskytovaná vzdělaným personálem s lidským přístupem, a to na všech úrovních, v hezkém a bezpečném prostředí s využitím moderních přístrojů a postupů. Vystává problém, jak vlastně kvalitu ve zdravotnictví či kvalitu poskytovaných zdravotních služeb definovat, určit její charakter, ideu a její rozsah (Princová, 2009). Autoři publikace (KPMG International, 2014) uvádějí, aby mělo vedení kvalitu péče „pod kontrolou“, musí existovat kultura dodržování kvality a bezpečnosti, být nastavena zodpovědnost jednotlivců, standardizované postupy a probíhat systematické měření výsledků v reálném čase. Těmto autorům se podařilo odhalit, co ve 21. století opravdu funguje: týmová spolupráce, bezpečnost a zlepšování ve velkém rozsahu založeném na vědeckých poznatcích. Pokud se zdravotnická organizace zaměří na management kvality, zvýší tím standard klinické péče a zároveň sníží náklady. Nejlepší způsob, jak převzít kontrolu nad kvalitou péče, je trvalé a dlouhodobé dosahování vynikajících výsledků.

Pojmy jako kvalita v rehabilitaci, kvalita v poskytování rehabilitační péče nebo indikátor kvality rehabilitační péče jsou poměrně nové a nemají ve své historii ještě své pevné a jasně vymezené místo. Při poskytování rehabilitačních služeb se stejně jako to uvádí zákon o zdravotních službách poskytuje zdravotní péče, tudíž by mělo každé oddělení rehabilitace nebo každé rehabilitační zdravotnické zařízení mít svůj vlastní interní systém pro zpětnou kontrolu kvality.

Téma této diplomové práce lze také zjednodušeně chápat jako všechno to, co je spojeno s kvalitou rehabilitace jako poskytované služby ve zdravotnickém zařízení. Smyslem je zpracování základního sumáře informací, které by mohly sloužit nejen jako předloha pro zavedení systému interního hodnocení kvality poskytovaných rehabilitačních služeb, ale také by měly poukázat na nutnost zabývat se kvalitou v rehabilitaci a jejím trvalým zvyšováním. Jako hlavní cíl své diplomové práce jsem si stanovila prezentovat možnou formu pro monitorování a hodnocení kvality poskytované rehabilitační péče. Při tvorbě Indikátoru kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním jsem pro komplexní hodnocení vstupního a výstupního funkčního stavu pacienta zohlednila všechny oblasti, které jsou v rámci poiktové rehabilitace trénovány. Do těchto oblastí patří základní tělesné a psychické funkce a nedílnou součástí celého indikátoru je také hodnocení dosažených cílů pacienta, jelikož samotný pacient (rehabilitant) je ústřední osobou, které se neurorehabilitace týká.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. CEREBROVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Cerebrovaskulární nemoci jsou obecně definovány jako skupina onemocnění centrální nervové soustavy, které vznikají na podkladě poruch mozkových cév s následným špatným prokrvením mozku ischemií nebo krvácením do mozkové tkáně.¹ Jako nejčastější příčinu vzniku cerebrovaskulárních onemocnění uvádějí autoři aterosklerózu spojenou s vysokým krevním tlakem, trombózu, embolii a některé vrozené vady mozkových cév.

Náhle vzniklá mozková porucha způsobená poruchou cerebrální cirkulace, jak ji definuje Ambler (2011: 140), je iktus neboli cévní mozková příhoda. Jakýkoli patologický proces postihující cévy může člověku způsobit toto onemocnění (Carraro, 2002). Cévní mozkové příhody vznikají v důsledku poruchy prokrvení části nebo celého mozku (ischemické cévní mozkové příhody), krvácením do mozkové tkáně (hemoragické cévní mozkové příhody) nebo krvácením do subarachnoidálního prostoru (subarachnoideální krvácení).

Obecně představují cévní onemocnění mozku závažnou zdravotní, ale i sociální a ekonomickou problematiku. Česká republika patří k zemím s vysokou frekvencí výskytu těchto onemocnění (Ambler, 2011: 140). Velký význam má aktivní vyhledávání osob s rizikem výskytu tohoto typu onemocnění a preventivní ovlivňování všech zjištěných rizikových faktorů.

1.1. Incidence onemocnění

Věstník Ministerstva zdravotnictví (2010, částka 2) poukazuje na vážnost cerebrovaskulárních onemocnění a uvádí, že např. cévní mozkové příhody jsou ve vyspělých, stejně jako v rozvojových zemích druhou příčinou úmrtí a nejčastější příčinou invalidity u lidí středního a vyššího věku. Neumann (2007: 30-31) také poukazuje na vzrůstající trend incidence cévní mozkové příhody v České republice a Kolář (2009: 386) dodává, že cévní mozkové příhody jsou svou incidencí 35 000 nových pacientů ročně v České republice druhou největší příčinou mortality a největší příčinou invalidity (Václavík, 2006: 134). Následkem nedostatečné neurorehabilitace má většina z těchto pacientů dlouhodobé či trvalé následky, a jsou tak často odkázáni na pomoc svého okolí (Klusáková, 2012).

¹ <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/cerebrovaskularni-nemoci>

1.2. Následky vzniklé onemocněním

Většina neurologických onemocnění, stejně jako cerebrovaskulární onemocnění zanechává dlouhodobé nebo trvalé následky různého rozsahu (Lippertová-Grünnerová, 2005:23). Počet pacientů, kteří mají vlivem neurologických onemocnění těžce poškozen mozek, stále stoupá. Pacienti s těžkým, dříve smrtelným poškozením mozku často své onemocnění přežijí, ale s mnohdy těžkými funkčními následky. Nemocný po poškození centrální nervové soustavy bývá dle Adamčové (2005: 295) handicapován nejen motorickou poruchou, ale také poruchou kognitivní a fatickou, které ho mohou limitovat dokonce výrazněji než dysfunkce motorické. S cílem vypořádat se s touto nově vzniklou situací musí pacient a jeho rodina vytvořit a vyjednat „nový styl života“. Rüdiger et al. (2013: 38-45) říká, že zotavení se z motorických, sensorických, kognitivních nebo emocionálních deficitů v důsledku vzniku cévní mozkové příhody může trvat od několika hodin až po mnoho měsíců nebo roků. K obnovení vzniklých deficitů slouží systém navazující včasné neurorehabilitace který je, jak uvádí Klusáková (2012), rozhodující při návratu pacienta do normálního života.

1.2.1. Motorické a sensorické následky onemocnění

Vlivem cerebrovaskulárního onemocnění může být porušena hybnost, koordinace a cílení pohybů. Dochází ke vzniku spasticity, křečí, ochablosti či zesláblosti svalů, snížení rozsahu a plynulosti pohybů, třesu, dále vznikají poruchy rovnováhy a závratě, únava a vyčerpání, bolesti hlavy, poruchy polykání, epilepsie a mimo jiné i inkontinence moči a stolice. Do poruch sensorických funkcí bychom mohli zařadit zhoršené zpracování a interpretace smyslových vjemů zprostředkovaných neporušenými smyslovými orgány, poruchy zrakového vnímání (neschopnost rozpoznat a identifikovat tváře a objekty, dvojité vidění, zúžení zorného pole, slepota, atd.), poruchy sluchu (ztráta sluchu, tinnitus, závratě), poruchy prostorového vnímání (neschopnost odhadnout vzdálenost mezi dvěma objekty, poruchy orientace v prostoru, atd.) a také poruchy chuti, čichu a kožní citlivosti. (Powell, 2010)

1.2.2. Kognitivní následky onemocnění

Powell (2010), Lippertová-Grünnerová (2005) i Umphred (2007) sepisují, co všechno patří mezi nejčastější poruchy kognitivních funkcí: poruchy pozornosti a koncentrace, poruchy paměti (poruchy paměti krátkodobé nebo dlouhodobé, anterográdní nebo retrográdní amnézie, neschopnost zapamatovat si nové informace), poruchy rychlosti zpracování informací, poruchy vnímání (např. neschopnost poznávat předměty a známé obličeje, poruchy vnímání vlastního

těla, narušení prostorového vnímání), poruchy vykonávání účelných pohybů (apraxie - pacient má např. problémy se správným používáním předmětů, gestikulaci, mluvou, psaním, koordinaci chůze atd.), poruchy exekutivních funkcí (narušení organizačních schopností, problémy s plánováním, řešením problémů, usuzováním, rozhodováním a vlastní kontrolou činností, pacient není schopen vykonávat činnosti vyžadující více dílčích kroků).

1.2.3. Fatické následky onemocnění

Poruchy začínají od lehčích problémů s výslovností a čtením až po těžké komplexní problémy v podobě globální afázie a obtížemi s porozuměním mluvené řeči. Dále sem autor zahrnuje poruchy čtení, psaní a počítání. (Powell, 2010)

1.2.4. Emocionální následky onemocnění

Mezi poruchy chování a emocí patří nejčastěji frustrace, ztráta sebedůvěry, úzkost, deprese a emoční labilita, dále vztek a impulzivita (podrážděnost, nekontrolovatelné výbuchy hněvu až agresivita), poruchy chování (např. změny osobnosti, zvýraznění předchozích osobnostních rysů), disinhibice (ztráta sebekontroly či sebeovládání, jejichž důsledkem je společensky nevhodné chování), sebestřednost, apatie, ztráta iniciativy a motivace, v neposlední řadě také sexuální problémy (snížená nebo zvýšená sexuální potřeba). (Powell, 2010)

1.3. Kvalita života lidí s cerebrovaskulárním onemocněním

Lippertová-Grünnerová (2005:23) tvrdí, že kvalita života pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním závisí po ukončení intenzivní lékařské péče na rychlém zahájení neurorehabilitace. Z etických a zdravotně-politických důvodů je základním požadavkem, aby pacienti se vzniklými deficity v důsledku cerebrovaskulárního onemocnění, dosáhli po ukončení akutní lékařské péče co nejlepší kvality života a soběstačnosti, která by jim umožnila opět najít své místo ve společnosti. K dosažení optimální kvality života je nutno, jak uvádí Lippertová-Grünnerová (2005: 25), zajistit základní prostředky včasné neurorehabilitace, mezi které patří absolvování cílené fyzioterapie, ergoterapie, logopedie, neuropsychologie, činnost sociálního pracovníka a také eventuálně dle možností muzikoterapie, arteterapie a dalších.

Kvalitu života pacientů lze v české praxi hodnotit standardizovaným dotazníkem tzv. Short Form 36. Vhodnost tohoto dotazníku, jak uvádí Vaňásková (2005: 312), byla právě potvrzena pro pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním. Popularita SF-36 je způsobena stručností a

komplexností dotazníku. Pacient v tomto dotazníku sám hodnotí své zdraví a omezení v rámci orientace, mobility, fyzické závislosti, ekonomické soběstačnosti, zaměstnání a sociální integrace (Bělousovová, 2012). Znění dotazníku SF-36 viz Přílohy.

1.4. Systém péče o osoby s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice

Na základě doporučení European Stroke Organization (dále ESO) z roku 2008 je potřebné v České republice vytvořit síť specializovaných pracovišť pro cílenou léčbu cerebrovaskulárních onemocnění na trojstuňňové úrovni tak, aby se odstranila nesystematická roztrůštěnost péče o tyto pacienty, které je v České republice často řešena na neodpovídající úrovni. Všechna cerebrovaskulární péče musí zahrnovat také včasnou multidisciplinární rehabilitaci na lůžkových odděleních včasné léčebné rehabilitace.

ESO doporučuje následovnou trojstuňňovou úroveň:

- I. úroveň – **Komplexní cerebrovaskulární centra (KCC)**
- II. úroveň – **Iktová centra (IC)**
- III. úroveň – **Ostatní cerebrovaskulární péče**

V článku „*Neurorehabilitace se českým pacientům mnohdy nedostává*“ autorka Klusáková poukazuje na skutečnost, že neurorehabilitační kliniky a oddělení pro léčbu pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice prakticky neexistují. V okolních zemích Evropské unie je tento model přitom běžný.

Smrčka (in Klusáková, 2012) uvádí, že neurorehabilitace je od samého počátku naprostou nezbytností v péči o pacienty s poškozením mozku (kam zahrnujeme i cerebrovaskulární onemocnění s následky tohoto onemocnění, viz kapitola 1.2.). Dále uvádí, že neurorehabilitace začíná již od prvních dnů po poškození u pacientů v hlubokém bezvědomí a pozvolna pokračuje až do okamžiku, kdy se začínají objevovat některé neurologické funkce a poté dále aktivně pokračuje. Zdravotničtí pracovníci (vesměs nelékařské zdravotnické profese) si stěžují na absenci celkového systémového a organizačního zaštitění této péče. Uvádějí, že v řadě evropských zemí fungují speciální neurorehabilitační oddělení, která se zabývají nejen léčbou neurologických onemocnění, ale i následnou neurorehabilitací v součinnosti mezioborového týmu.

Smrčka (in Klusáková, 2012) shrnuje výčet jednotlivých profesí, které se aktivně účastní týmové práce:

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| ✓ lékař | ✓ speciální pedagog |
| ✓ fyzioterapeut | ✓ protetik |
| ✓ ergoterapeut | ✓ zdravotní sestra |
| ✓ klinický logoped | ✓ ošetřující personál |
| ✓ neuropsycholog | ✓ rodina pacienta |

Klusáková (2012) nyní optimisticky popisuje situaci, kdy v České republice nově vznikají cerebrovaskulární centra, jejichž součástí jsou i včasná rehabilitační, respektive neurorehabilitační lůžková oddělení. Ta jsou nyní zřízena v České republice ve 33 nemocnicích. Nejúčinnějším prostředkem ke snižování těchto nepříznivých ukazatelů je zkvalitnění primární i sekundární prevence cévních mozkových příhod a také zřizování specializovaných pracovišť, která budou poskytovat adekvátní péči těmto pacientům. Poskytovaná péče v těchto specializovaných pracovištích musí být intenzivní a kvalifikovaná odborná léčebná, rehabilitační a ošetrovatelská. Tato zařízení, jak popisuje Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky (2010, částka 2), musejí být dále schopná zavádět nové, sofistikované léčebné metody.

1.4.1. Komplexní cerebrovaskulární centrum

Komplexní cerebrovaskulární centrum definují autoři Doporučení k managementu ischemické cévní mozkové příhody a tranzitorní ischemické ataky² jako centrum, která poskytují jak potřebnou diagnostiku a léčbu pro většinu pacientů s iktem, tak také technologicky náročnou konzervativní a chirurgickou péči, rehabilitační metody, specializované testy apod.

Komplexní cerebrovaskulární centrum (dále KCC) tvoří v rámci zdravotnického zařízení funkčně ucelenou jednotku, která má požadované personální složení (tým lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků) a do níž jsou směřováni všichni pacient s cerebrovaskulárním onemocněním daného spádového území. Komplexní cerebrovaskulární centrum musí splňovat personální, materiálně technická a organizační kritéria, která jsou daná Věstníkem Ministerstva zdravotnictví – částka 02/2010. KCC vede evidenci hospitalizovaných pacientů, kterým byla poskytnuta zdravotní péče v rámci celého pracoviště. Ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví – částka 8/2010 (str. 9-10) jsou vyčtena všechna komplexní cerebrovaskulární centra, která tyto požadavky nyní v České republice splňují:

² http://www.eso-stroke.org/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO_Guidelines_CZ.pdf

Komplexní cerebrovaskulární centra v České republice:

1. Komplexní cerebrovaskulární centrum Nemocnice na Homolce
2. Komplexní cerebrovaskulární centrum Ústřední vojenské nemocnice Praha
3. Komplexní cerebrovaskulární centrum Fakultní nemocnice u sv. Anny a Fakultní nemocnice Brno
4. Komplexní cerebrovaskulární centrum Nemocnice České Budějovice, a.s.
5. Komplexní cerebrovaskulární centrum Fakultní nemocnice Plzeň
6. Komplexní cerebrovaskulární centrum Fakultní nemocnice Hradec Králové
7. Komplexní cerebrovaskulární centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.
8. Komplexní cerebrovaskulární centrum Krajské zdravotní, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
9. Komplexní cerebrovaskulární centrum Fakultní nemocnice Ostrava
10. Komplexní cerebrovaskulární centrum Fakultní nemocnice Olomouc

1.4.1.1. Komplexní cerebrovaskulární centrum ÚVN

Komplexní cerebrovaskulární centrum Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice v Praze (ÚVN)³ zahájilo svou činnost 1.1.2011 a poskytuje komplexní péči v rámci Prahy, Středočeského, Karlovarského a Severočeského kraje. Hlavním úkolem centra je poskytování komplexní zdravotní péče pacientům s cévními mozkovými příhodami. KCC ÚVN je, jak uvádějí webové stránky, jedním z nejvýznamnějších center cévní neurochirurgie a intervenční neuroradiologie a zaujímá přední místo v rámci celé České republiky.

1.4.2. Iktová centra

Činnost iktového centra je koordinována oborem neurologie s neurologickou jednotkou intenzivní péče. Iktová jednotka zajišťuje komplexní diagnostikou, léčebnou a včasnou rehabilitační péči o pacienty s cévními mozkovými příhodami. Iktová centra musí splňovat personální, materiálně technická a organizační kritéria, která jsou daná Věstníkem Ministerstva zdravotnictví – částka 02/2010.

Z incidence cévní mozkové příhody vyplývá - aby mohlo být alespoň 70% nemocných s tímto onemocněním hospitalizováno na iktové jednotce, měla by být alespoň čtyři iktová lůžka na 100 000 obyvatel, což je podle Václavíka (2006: 134) 400 lůžek na Českou republiku. Uvádí, že v současné době je 221 neurologických intenzivních lůžek, která částečně slouží jako iktové

³ http://www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=2136&Itemid=1200&lang=cs

jednotky, což znamená, že téměř polovina iktových lůžek chybí. Ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví – částka 10/2012 jsou vyčtena všechna iktová centra s příslušnými spádovými oblastmi.

1.4.3. Ostatní cerebrovaskulární péče

Ostatní cerebrovaskulární péče je poskytována akutními a následnými lůžkovými a ambulantními zdravotnickými zařízeními v oborech neurologie, vnitřní lékařství, geriatric, rehabilitační a fyzikální medicíny. Tato péče je určena zejména pro dispenzarizaci a doléčování pacientů akutně ošetřených na pracovištích vyšší úrovně.

2. REHABILITACE

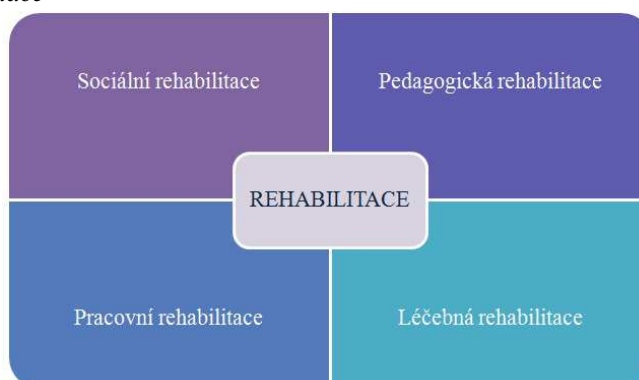
Rehabilitaci velmi obecně definuje Seidel (2004) jako činnost, jejímž cílem je optimální znovuoobnovení fyzických, psychických, sociálních a pracovních schopností jedince, které byly sníženy v důsledku úrazu či onemocnění. World Health Organization (WHO, Světová zdravotnická organizace, in Kolář, 2009) specifičtěji definovala rehabilitaci jako „kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovuzískání co možná nejvyššího stupně funkční schopnosti obsahující všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita, následný handicap, a usiluje o společenské začlenění postiženého.“

Rehabilitace je nedílnou součástí zdravotně-sociální politiky každého vyspělého státu a je součástí akutní medicíny, která je odpovědná za diagnostický proces a výstup procesu léčebného do aktivního života. Autorka Lippertová-Grünnerová (2005: 13) tvrdí, že se kvalita pacientů v mnoha případech nedá plně navrátit. V těchto případech je důležitá sociální, pedagogicko-výchovná a pracovní složka rehabilitace. Rehabilitace se mění v průběhu času spolu se změnou životního stylu a vývojem technických možností léčebných, sociálních, pracovních a dalších prostředků, z nichž se rehabilitace skládá.

2.1. Oblasti rehabilitace

Podle charakteru využívaných prostředků a rehabilitačních opatření rozděluje Kolář (2009: 2) na následující oblasti:

Obr. 1: Oblasti rehabilitace



Toto členění se uvádí pro lepší orientaci v komplexním pojmu rehabilitace. Pro aplikovanou formu tohoto pojmu v praxi ji nelze rozdělovat na jednotlivé oblasti, neboť vždy musí jít o kombinované, vzájemně provázané a koordinované využití všech daných prostředků podle potřeby.

2.1.1. Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je dle definice Koláře (2009: 5) proces, ve kterém pacient s dlouhodobým či trvalým zdravotním postižením absolvuje nácvik potřebných dovedností směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v maximální možné míře s ohledem na jeho zdravotní postižení, a to za účelem co nejvyšší úrovně jeho sociálního začlenění. V České republice tyto služby nejčastěji zabezpečují nestátní neziskové organizace, některá zdravotnická zařízení a také nadace, které začaly provozovat střediska, ve kterých mají osoby se zdravotním postižením možnost naučit se potřebným dovednostem. Tato střediska navíc poskytují lidem se zdravotním postižením potřebné poradenské služby.

2.1.2. Pedagogická rehabilitace

V oblasti vzdělávání osob se zdravotním postižením je v současnosti vytvořen prostor pro zajišťování odpovídajících podmínek k uspokojování speciálních vzdělávacích potřeb formou pedagogické rehabilitace (Kolář, 2009: 6). Cílem je dosáhnout u osob se zdravotním postižením co nejvyššího stupně vzdělání při respektování jejich individuálních specifických potřeb a možnosti podpořit jejich samostatnost a zapojení do všech obvyklých aktivit společenského života. Vzdělávání se uskutečňuje v několika variantních organizačních formách. Je umožněno zřizovat školy samostatně určené pro osoby se zdravotním postižením, popř. zřizovat samostatné třídy pro tyto žáky a studenty. Základní tendencí je ovšem plná integrace a začlenění osob se zdravotním postižením do škol hlavního vzdělávacího proudu.

2.1.3. Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace se zaměřuje na získání a udržení vhodného zaměstnání pro osoby se zdravotním postižením, které na základě žádosti této osoby zabezpečují v České republice úřady práce. Tato oblast rehabilitace je opatřením aktivní politiky zaměstnanosti k vyrovnání příležitostí osoby se zdravotním postižením na trhu práce. Snahou této politiky je plná integrace člověka se zdravotním postižením do pracovního procesu. Zařazení osob do procesu pracovní rehabilitace vychází dle Koláře (2009: 7) z posouzení jejího zdravotního stavu, pracovní způsobilosti, dosaženého vzdělání, získaných dovedností a situace na trhu práce. Na základě výsledků se sestaví s žadatelem o pracovní rehabilitaci individuální plán pracovní rehabilitace, jehož jednotlivé části mohou obsahovat následující aktivity: poradenské činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost – přípravu na budoucí povolání, práci, specializované rekvalifikační kurzy, vytváření podmínek vhodných pro výkon zaměstnání.

2.1.4. Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je komplex medicínských preventivních, diagnostických a terapeutických opatření směřujících k obnovení maximální funkční zdatnosti jedince postiženého na zdraví cestou odstranění či substituce, případně snížením nebo zpomalením progresu. (Wikipedie: Léčebná rehabilitace) Léčebná rehabilitace je zajišťována v rámci nemocniční lůžkové péče, ambulantní péče a péče v odborných léčebných ústavech včetně lázeňské péče. Jak uvádí Kolář (2009: 2), v případě že je léčebná rehabilitace poskytnuta včas, až jedna třetina osob po úrazu nebo onemocnění využije pouze léčebnou rehabilitaci a vůbec se nedostane do celého systému komplexní rehabilitace. Vrací se zpět do původního prostředí a zaměstnání, tedy do původní kvality života. Léčebně-rehabilitační proces vychází z krátkodobého a dlouhodobého léčebně-rehabilitačního plánu. Jedná se o stanovení konkrétních postupů a jejich koordinace v časově omezeném úseku, jehož délka závisí na zdravotním stavu a akutnosti, resp. progresi onemocnění. Stanovené postupy by měly optimálně vést ke konkrétním cílům léčebné rehabilitace pacienta a jeho vzniklých deficitů.

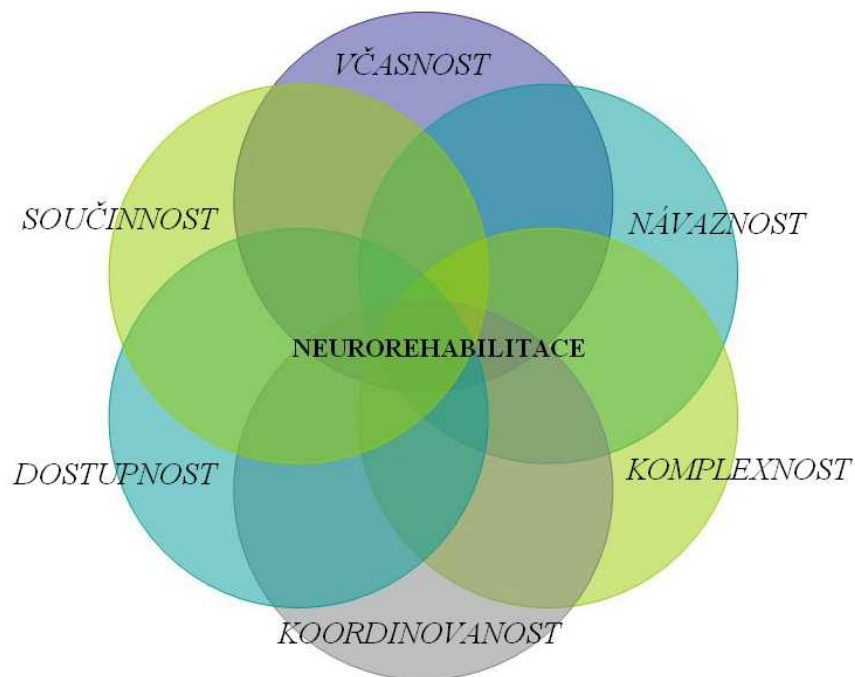
2.2. Neurorehabilitace

Přístup k rehabilitaci pacientů, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, byl dle Sandin (2012) již mnohdy empirický a terapeuti se řídili spíše obecně známými a široce využívanými metodikami, často odindividualizovaným přístupem, než tím, co bylo prokázáno jako efektivní a účinné na základě vědeckého výzkumu. V důsledku toho docházelo k nedostatku osobního přístupu a nespecifické terapie vzhledem ke stanoveným cílům pacienta. V posledních letech se však tato situace začala měnit. Pokroky neurovědy, které vysvětlují princip neuroplasticity mozku, vedly ke změnám myšlení o individuálních cílech pacienta a terapeutických přístupech k neurorehabilitaci.

Amit (2013) charakterizuje neurorehabilitaci jako proces, ve kterém pacienti trpící následky svého neurologického onemocnění, získávají – pokud je to možné - zpět své dřívější schopnosti. Dále popisuje, že neurorehabilitace je dynamický, progresivní proces orientovaný na dosahování stanovených cílů. Cílem neurorehabilitace pacienta s cerebrovaskulárním onemocněním je umožnit této osobě se vzniklou disabilitou dosáhnout zpět svých poškozených fyzických, kognitivních, emocionálních, komunikativních a sociálních funkcí. Včasná neurorehabilitace, která by podle autorky Lippertové-Grünnerové (2005: 24) měla být zahájena již na neurologickém nebo neurochirurgickém oddělení intenzivní péče, je integrovanou součástí terapie a provází pacienta již od akutní fáze onemocnění. Terapeutický program se v první řadě orientuje na stávající deficity s ohledem na možnost aktuální osobní zátěže.

Důležitost ucelené rehabilitace – zejména spolupráci lékaře, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, logopeda, ošetřujícího personálu a dalších potvrzuje ve své rozsáhlé studii „*Important Clinical Studies in Stroke Rehabilitation*“ také Teasell et al. (2013) a mnoho dalších autorů, zabývajících se touto problematikou.

Obr. 2: Základní charakteristiky koordinované neurorehabilitace



Nedávný vývoj v oblasti neurorehabilitace, jak jej popisuje Rüdiger et al. (2013: 38), doporučuje terapeutům „ušít“ pacientům terapii na míru tak, aby terapie respektovala dosažení jejich vytyčených, ale reálných cílů. Jednotlivé neurorehabilitační přístupy se mohou lišit dle individuálních potřeb pacienta, ale v zásadě všechny musí splňovat následující:

- 1) velmi brzkou mobilizaci pacienta
- 2) nácvik lokomoce a chůze
- 3) základní funkční trénink horní končetiny
- 4) trénink manipulačních funkcí horních končetin
- 5) terapii zamezeného užívání (tzv. Constraint-Induced Movement Therapy)
- 6) trénink somatosenzoriky a čítí
- 7) trénink fatických funkcí
- 8) trénink kognitivních funkcí

Rüdiger et. al (2013: 42) dále uvádí, že k posílení efektu neurorehabilitace je vhodné využívat tzv. robotické terapie. Úkolem robotické terapie je maximalizovat efekt repetitivního tréninku na bázi virtuální reality, což může být pro pacienty velmi atraktivní. Rehabilitační robotické systémy mají implementované diagnostické a terapeutické funkce, které v konečném důsledku výrazně pomáhají a ulehčují práci terapeuta při obtížné reedukaci pohybu neuropacienta. Pokud hovoříme o rehabilitačních robotických systémech z pohledu jejich funkčního využití, rozlišujeme systémy např. na funkční pohybovou terapii horních končetin (Armeo®, Amadeo®, Pablo®), reedukace chůze pomocí robotických systémů a biofeedbacku (Lokomat®, Rehawalk®), laboratoř chůze (Rehawalk®) a včasnou vertikalizaci (Erigo®).

2.2.1. Principy neurorehabilitace

Lippertová-Grünnerová (2005:23) shrnula principy neurorehabilitace následovně:

- **Princip celistvosti.** (Rehabilitace se neorientuje pouze na stávající funkční deficity, ale musí vždy obsáhnout celou osobnost a vztahovat se k životní situaci pacienta a jeho sociálnímu zázemí. Podkladem terapie nejsou diagnózy, ale přesná analýza funkčních deficitů a schopností rehabilitanta a jeho dopad na osobnost a sociální zázemí).
- **Princip včasnosti a dlouhodobosti.** (Rehabilitace musí začít co nejdříve, tzn. již v akutní fázi hospitalizace a může trvat mnoho týdnů, měsíců až roků).
- **Princip týmové práce.** (Spolupráce všech zúčastněných osob procesu včetně pacienta a jeho rodinných příslušníků).
- **Princip interdisciplinarity a multidisciplinarity.** (Z důvodů komplexnosti funkcí, které jsou při onemocnění centrální nervové soustavy narušeny, je nutno vytvořit vysoce specializované komplexní terapeutické koncepty).
- **Princip přijetí občanů se zdravotním postižením společností.** (Dlouhodobý úspěch rehabilitace závisí v rozhodující míře na tom, podaří-li se zabránit sociální izolaci občanů se zdravotním postižením a do jaké míry se následně znovu zařadí do společnosti).

Jako nejdůležitější jsou obecně pokládány takové neurorehabilitační terapie, které pacient s cerebrovaskulárním onemocněním shledá jako nejvyužitelnější pro výkon svých každodenních činností. Mnoho neurorehabilitačních programů, ať už je poskytují státní nemocnice nebo soukromá zařízení, specializované kliniky apod. mají širokou škálu specialistů, kteří pacientům poskytují rozmanitou paletu terapeutických přístupů v rámci neurorehabilitační léčby. (Wikipedie: Neurorehabilitation)

2.2.2. Indikace neurorehabilitace

Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky (2012, částka 10: 10) popisuje správnou indikaci včasné léčebné rehabilitace a následné péče: „*Pacient s funkčním deficitem (hybným, kognitivním, fatickým nebo psychickým) je indikován k okamžitému zahájení potřebné rehabilitace a rehabilitačního ošetřování již na akutním lůžku KCC a IC.*“

Po stabilizaci klinického stavu je pacient indikován k překladu na lůžko včasné léčebné rehabilitační péče v rámci KCC nebo IC. Při dalším zlepšování funkčního stavu a stabilizace klinických příznaků a při potřebě další komplexní léčebné rehabilitace se překládá do zdravotnického zařízení poskytovatele následné lůžkové péče. V případě, že funkční stav umožňuje samostatnou pohyblivost, dochází pacient na ambulantní rehabilitační pracoviště.

2.3. Komplexní neurorehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním

Rehabilitační program u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním by měl být sestaven tak, aby postihoval všechny neurologické poruchy, které jsou u pacienta vyjádřeny. Dle Koláře (2009: 389) jsou u pacientů přítomny sensorické poruchy, poruchy symbolických funkcí, kognitivních funkcí, hybnosti končetin (centrální parézy), postižení hlavových nervů, dále poruchy povrchové i hluboké citlivosti, poruchy vestibulární a cerebelární. Uvedené poruchy je třeba v rámci komplexního rehabilitačního programu cíleně ovlivňovat. U pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním je klinický obraz vždy kombinovaným vyjádřením strukturálních a útlumových změn. Při jednotlivých individuálních nebo skupinových terapiích by měl vždy daný specializovaný terapeut na začátku při vstupním vyšetření daného pacienta řádně vyšetřit a nejlépe oklasifikovat příslušnou hodnotící škálou nebo testem. Při ukončení terapií poté opětovně zhodnotit jeho stav. Progres terapie musí být vyhodnocen a zaznamenán v dokumentaci pacienta pro možné sledování kvality poskytnuté péče. V rámci poiktové rehabilitace je úkolem jednotlivých terapeutů stanovit a optimálně dosáhnout cílů pacienta.

Cíle poiktové rehabilitace jsou dle Kality (2006) a Vaňáskové (2005) následující:

- ✓ dosažení co nejlepšího začlenění rehabilitanta do života
- ✓ snížení závislosti na pomoci druhých
- ✓ zlepšení kvality života
- ✓ zlepšení funkční zdatnosti celého organismu
- ✓ minimalizace důsledků postižení
- ✓ podpoření návratu mozkových funkcí

- ✓ trénink všedních denních činností, pohybu a využívání pomůcek s cílem dosažení maximální možné soběstačnosti
- ✓ motivace k aktivnímu přístupu k léčbě
- ✓ reedukace řeči, nácvik substitučních mechanismů
- ✓ ovlivnění potíží s polykáním
- ✓ trénink kognitivních funkcí
- ✓ předcházení a řešení komplikací
- ✓ zmírnění psychických následků
- ✓ resocializace
- ✓ nácvik pracovních schopností

2.3.1. Funkční hodnotící škály

Nedoceněnou součástí dokumentace nemocného, jak upozorňuje Adamčová (2005: 295) je hodnocení funkčních schopností a jejich monitorování některým z testů, které umožňují předvídání míry soběstačnosti a zdůrazňují, na které aktivity denních činností se zaměřit k zajištění maximální možné nezávislosti nemocného. Pokud poskytujeme rehabilitační služby, pro hodnocení kvality a úspěšnosti je i podle Sivret et al. (2012: 2) důležité, věnovat adekvátní čas **klinickému vyšetření**. Měření efektivity jednotlivých terapeutických intervencí totiž hraje v praxi klíčovou roli.

Autorka Bělousovová (2012) uvádí, co všechno se v praxi u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním hodnotí při klinickém vyšetření:

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| → aktivní hybnost končetin | → hrubá a jemná motorika |
| → pasivní hybnost končetin | → manipulační funkce |
| → čítí | → vykonávání všedních denních aktivit |
| → svalový tonus | |
| → pohybové schopnosti | → schopnost komunikace |
| → poruchy rovnováhy | → psychické funkce |
| → patologické pohybové vzorce | → orofaciální poruchy |

Pro klinické hodnocení těchto oblastí se v literatuře se setkáváme se širokou paletou hodnotících testů, podle Lippertové-Grünnerové (2005: 52) hlavně ve formě anglických skórovacích systémů, které jsou rozdílné v určitých kritériích jako relevance, senzitivita, validita, reliabilita, praktičnost a srovnatelnost.

Salter et al. (2013: 4) popsali základní **hodnotící škály**, které jsou nejvíce využívány při stanovení rehabilitačních cílů v praxi k posouzení funkčních deficitů, které je nutné pro zahájení neurorehabilitace i pro umožnění průběžné diagnostiky. Jak uvádí Lippertová-Grünnerová (2005: 52): „*tyto nejrozličnější skórovací testy, klasifikace a škály jsou pro medicínu velmi cenné a mají široké konsekvence nejen pro vědeckou, ale i pro terapeutickou práci v klinické praxi. Jsou nástrojem zajištění kvality terapeutického procesu a základem vědecké práce.*“

Dle dělení Granger et al. (2013) jsem vybrala i ze své vlastní praxe s klinickým hodnocením následující hodnotící škály, které se zaměřují na určité oblasti:

HODNOTÍCÍ ŠKÁLY		
MOTORICKÉ FUNKCE	Testy k hodnocení všedních denních činností	Funkční míra nezávislosti (FIM) Barthelův Index (BI) Modifikovaný Barthelův Index Katzův Index všedních denních činností Frenchayský test denních aktivit
	Testy k hodnocení motorických funkcí	Rivermeadské vyšetření hybnosti Vyšetření hybnosti STREAM Chedoke-McMaster Stroke Assessment Scale
	Testy k hodnocení hybnosti horní končetiny	Fugl-Meyerovo hodnocení Frenchayský test paže (FTP) Test devíti děr Jebsen-Taylorovo standardizované hodnocení Minnesotský manuální test zručnosti Action Research Arm Test (ARAT) Chedoke Arm and Hand Activity Inventory (CAHAI) Box and Block test of manual dexterity
	Testy k hodnocení mobility pacienta	Bergerova funkční škála rovnováhy Timed „Up and Go“ test Deseti metrový test chůze (10MWT)
KOGNITIVNÍ FUNKCE	Testy k hodnocení kognitivních funkcí	Mini-mental State vyšetření (MMSE) Addenbrookský kognitivní test Montrealské kognitivní vyšetření (MOCA)
FATICKÉ FUNKCE	Testy k hodnocení komunikace	Mississippijské screeningové vyšetření afázie (MAST)
EMOCIONÁLNÍ FUNKCE	Testy k hodnocení deprese	Hamiltonova stupnice pro posuzování deprese Geriatrická škála deprese

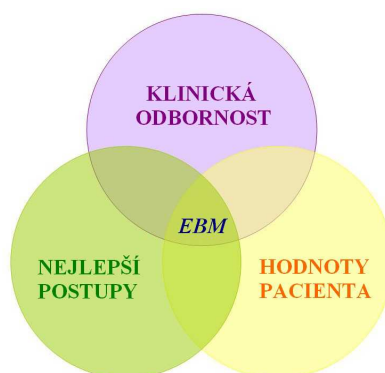
Tabulka 1: V praxi nejčastěji využívané hodnotící škály dle Granger et al. (2013)

2.3.2. Sledování cílů terapie

Sledování a hodnocení cílů je dle Sivret et al. (2012: 3) využitelné pro více oblastí zdravotní péče. Vyhodnocení klinických cílů prokazuje funkční zlepšení pacienta, dokazuje kvalitu poskytované rehabilitační péče a také pomáhá předpokládat průměrnou dobu potřebnou k rehabilitování dle podobných skupin onemocnění a výši potřebných nákladů poskytnuté péče. Sledování a vyhodnocení cílů rehabilitace může poskytovatelům zdravotní péče pomoci vytvořit tzv. evidence-based-medicine založené na klinických výsledcích terapie při poskytování ucelené rehabilitace např. pacientům s cerebrovaskulárním onemocněním mozku.

Evidence-Based-Medicine (EBM, neboli medicína založená na důkazech) je podle definice Sacketta (1996) „vědomé, zřetelné a soudné používání nejlepších současných důkazů při rozhodování o péči o jednotlivé pacienty.“ Jedná se o moderní trend klinické praxe, kdy se při léčbě pacienta využívá výhradně vědecky dokázaných medicínských poznatků.

Obr. 3: Základní oblasti evidence-based medicíny



Dle tvrzení Sivret et al. (2012: 2) – pokud chceme jít s dobou, detailní měření cílů a výsledků našich terapií bude nezbytné. Dále popisuje situaci stále více se rozrůstajícího trhu s poskytovateli rehabilitačních služeb a uvádí, že je velmi důležité věnovat pozornost klinickým výsledkům, jejich kontinuálnímu sledování a adekvátní dokumentaci těchto výsledků. Jednak pro jejich lepší prokazatelnost, ale také pro eventuální prezentaci úspěšnosti poskytovaných terapií a zlepšení zdravotního stavu pacientů. Doložitelností těchto výsledků je poté dané zdravotnické zařízení schopno objektivně prokázat vysokou úroveň kvality poskytované péče. Sivret et al. (2012: 2) dále uvádí, že právě tyto skutečnosti jsou to, za co budou rehabilitační zařízení odměňována svojí plnou obsaditelností a vytížeností lůžek a zájem o jejich poskytované služby bude stoupat. Dle Salter et al. (2013: 4) je zase měření efektivnosti jednotlivých intervencí a cílů rehabilitace bráno jako základ dobré praxe. Van der Putten (1999, in Saletr 2013: 4) poukázal na to, že měření eventuelně hodnocení cílů poskytované

péče je hlavní složka pro vyhodnocení efektivity terapie a zajištění důkazů pro tzv. evidence-based-medicine.

Na základě získaných dat z funkčních vyšetření (viz předchozí kapitola) se stanoví funkční potenciál pacienta a terapeutické cíle rehabilitace. Tyto cíle by měly být pro pacienta dosažitelné, reálné a smysluplné a měly by se měnit podle aktuálního stavu pacienta tak, aby dosáhl svého co nejvyššího rehabilitačního potenciálu. (Bélousovová, 2012) Podle výsledků měření můžeme hodnotit efekt terapie a srovnat úspěšnost různých terapeutických postupů. Při testování pacienta nás nejvíce zajímá stanovení funkční a pohybové úrovně pacienta a vyjádření jeho kvality života. Z těchto vyšetření samozřejmě vycházíme při stanovení optimálního postupu rehabilitace.

Hodnocení cílů shrnul Sivret et al. (2012) do následujících třech kroků:

- Hodnocení cílů – směřuje k výsledkům služby (rehabilitace).
- Hodnocení terapie – vychází z hodnocení cílů, terapie musí být zaměřeny na dosahování stanovených cílů a jejich absolvováním by mělo být vytyčených cílů adekvátně dosaženo. Může probíhat dílčí vyšetření, hodnocení. Také je v případě potřeby možné přeformulovat cíle, ale pouze okrajově. Terapeut musí být schopen obhájit náplň svých terapií tak, aby výsledkem bylo dosažení vytyčeného cíle.
- Hodnocení kvality – zaměřeno uceleně na celý proces poskytování rehabilitační péče na základě účinnosti, účelnosti a vhodnosti dané léčby. Komplexní zhodnocení rehabilitace.

Dále tento autor doplňuje, že nejefektivnější strategie pro hodnocení a sledování cílů je založena na následujících přístupech, které vzešly z jeho praxe:

- vstupní detailní zhodnocení funkčního stavu, se kterým rehabilitant přichází
- průběžné hodnocení funkčního stavu a jeho případných změn (zlepšení/zhoršení)
- závěrečné znovu-hodnocení funkčního stavu nejlépe stejným způsobem jako při vstupním hodnocení (měření, metodiky, vyšetření) rehabilitanta, dále uvádí, že pro adekvátní srovnání je třeba uvést bodové hodnocení.

Stanovení, měření a hodnocení rehabilitačních cílů poskytované rehabilitační péče je centrální komponentou vymezení terapeutické efektivity na základě poskytované evidence-based-medicine. Studie poukazují na smysluplný systematický přístup k popisování a klasifikování cílů rehabilitační péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním. Dále autoři upozorňují,

že pro efektivní a správné stanovení rehabilitačních cílů prostřednictvím funkčních hodnocení je důležité podrobně znát a ovládat jednotlivé škály, kterými mohou být pacienti s cerebrovaskulárním onemocněním klasifikováni.

Také článek americké kardiologické asociace “*Measuring and Improving Quality of Care*“ (2000: 1483) uvádí, že je velmi žádoucí při poskytování kvalitní rehabilitační péče sledovat dosažené cíle pacienta a jeho výsledný zdravotní stav srovnat před a po terapiích. Dále autoři článku doporučují vytvořit konkrétní **guidelines pro léčbu pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním** a na základě těchto guidelines vytvořit **standard poskytované rehabilitační péče**. Sivret et al. (2012: 3) ovšem upozorňuje na absenci tohoto standardu. V praxi sice existuje fyzioterapeutický standard pro léčbu pacientů s cévní mozkovou příhodou, kterou vydala profesní organizace fyzioterapeutů České republiky (UNIFY ČR), tento standard není ale běžně v praxi používán a mnoho fyzioterapeutů ani neví o jeho existenci. V rámci ergoterapie byl díky jedné diplomové práci vytvořen pilotní standard ergoterapie pro léčbu pacientů s cévní mozkovou příhodou, nebyl ale zatím nijak dál publikován. O existenci logopedických standardů není známo. V České republice tedy obecně chybí standardy pro objektivní klinické hodnocení v rehabilitaci a také guidelines pro léčbu pacientů s tímto onemocněním, což znemožňuje všem terapeutům postupovat uceleným způsobem. Více viz kapitola 4.1. této diplomové práce.

Díky absenci těchto standardů je proto nutné v praxi zatím využívat objektivních klinických vyšetření a důsledně zaznamenávat jejich výsledky. Autoři článku⁴ sepsali následující zásady k výběru jednotlivých hodnotících škál:

- I.** Funkční vyšetření musí být pro pacienta nebo jeho rodinu smysluplné. Stanovené cíle musí být vztaženy k očekávanému výsledku terapií.
- II.** Funkční vyšetření musí být validní a reliabilní. Pokud má funkční vyšetření sloužit jako indikátor kvality poskytované péče, musí být možné rozdělit jej na strukturu – proces – výsledek (viz Donabedianův model, kapitola 3.5.).
- III.** Funkční vyšetření musí být možno využít u jakéhokoli pacienta s cerebrovaskulárním onemocněním (nezáleží na genderu, věku ani rozsahu disability).
- IV.** Funkční vyšetření zaznamená progres funkčního stavu pacienta. Vývoj funkčního stavu by mělo pacienta motivovat k dosažení lepších výsledků jednotlivých terapií.

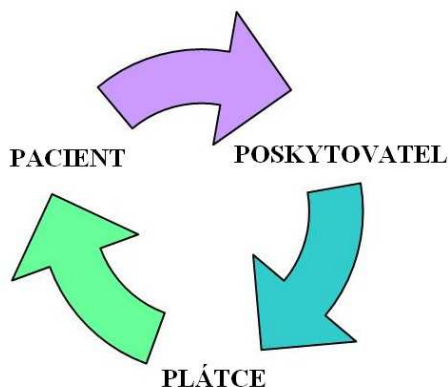
⁴ <http://circ.ahajournals.org/content/101/12/1483.full.pdf+html>

3. MANAGEMENT KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ

Kvalita poskytované zdravotní péče je velmi diskutovaným pojmem, což potvrzuje tvrzení Jurka (1998: 29) a dodává, že jde spíše o proces konkretizace něčeho, co bylo vždy součástí profesionální zdravotnické praxe.

Dle Studie kvality zdravotní péče (OECD, 2014) dosáhla Česká republika v posledních desetiletích značných pokroků v oblasti zvyšování kvality zdravotní péče. Ve srovnání s ostatními zeměmi však platí, že aktivity v oblasti sledování a zvyšování kvality zůstávají na elementární úrovni. Důraz je kladen téměř výlučně na zajištění dodržování minimálních standardů a snaha o neustálé zvyšování kvality je opomíjena. Studie OECD dále uvádí, chce-li Česká republika v oblasti stálého zvyšování kvality postoupit do další fáze, potřebuje lépe využívat informace ve zdravotnictví, především formou zveřejňování většího množství ukazatelů výsledků péče.

Obr. 4: Strany zajišťující kvalitu ve zdravotnictví



Plátcí, regulátoři a vlády očekávají, že zdravotnická zařízení poskytující služby budou schopna zajistit a prokázat bezpečnost a vysokou kvalitu. Užitek pacienta je díky péči poskytované komfortním způsobem (spokojenost pacienta) a odstraňování následků jeho onemocnění. Užitek plátce a poskytovatele je finanční stabilita (díky úhradě poskytované péče zdravotní pojišťovnou), růst zdravotnického zařízení na trhu poptávky po službách, dobrá pověst zařízení a také vnitřní růst (personál a management). Maaytová (2012: 78) uvádí, že v rámci kvality je sledována ekonomická efektivnost, medicínská účelnost, dostupnost, bezpečnost a přijatelnost péče pro pacienty a společnost. Při vnímání kvality zdravotní péče je základním hlediskem kvalita vlastního léčebného úkonu, tj. co poskytujeme. Nezanedbatelnou roli mají také doprovodné služby. (World Health Organization, WHO 2006)

Autorka Šliková (2005: 35) uvádí, že v současnosti stále neexistuje celostátní monitorovací systém, který bude schopný podávat objektivní informace o úrovni kvality zdravotní péče v České republice. Úroveň zdravotní péče je tedy záležitostí managementu jednotlivých zdravotnických zařízení. Nové a konkrétní rysy pojmu kvalita zdravotní péče jsou dány tím, že jsou formulovány a přijímány definované cíle kvality, jsou měřeny míry jejich plnění a zpětnou vazbou je dosahováno postupného a trvalého zlepšování všeho, co do komplexnosti pojmu kvalita patří.

Chtějí-li zdravotní organizace trvale poskytovat kvalitní péči, musí se podle autorů publikace (KPMG International, 2014: 7) věnovat čtyřem základním rozměrům kvality:

Obr. 5: Základní rozměry kvality ve zdravotnictví



3.1. Definice kvality

Definic, pohledů a přístupů ke kvalitě je podle tvrzení Madara (2004) mnoho. Definice kvality vznikají podle toho, na co se zaměřují a různí autoři definují kvalitu následovně:

Kvalitu ve zdravotnictví definovala např. v roce 1966 WHO jako: „*souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařských věd a praxe.*“ (WHO in Gladkij, 2003: 292) V roce 1982 WHO tuto definici pozměnila na „*stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje a souladu s ekonomickými možnostmi.*“ (WHO in Gladkij, 2003: 292) Autoři Suchý & Tůma (2007) dále definují kvalitu ve zdravotnictví jako očekávaný užitek snížení nebo odstranění negativních následků onemocnění.

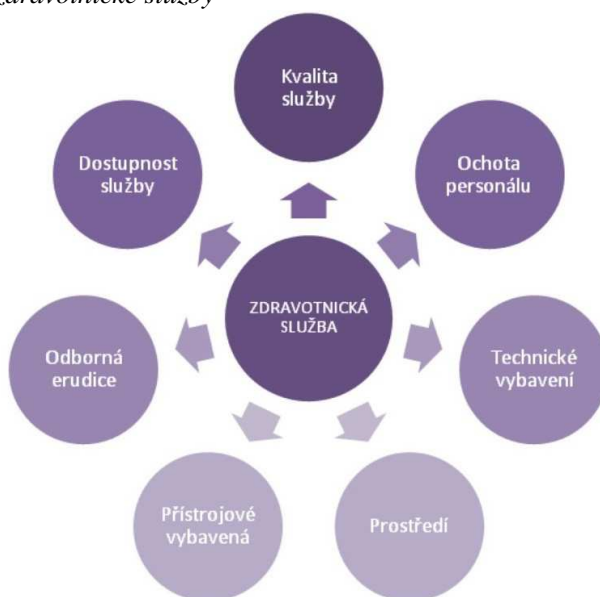
Vlček (2013) dále specifikuje, že kvalita je kategorie, která v kvantitativních i kvalitativních pojmech popisuje úroveň poskytované péči či poskytovaných služeb. Skládá se tedy ze dvou částí – kvantitativní části, která je měřitelná a části kvalitativní, která vychází z hodnotového systému. Jedná se o relativní, nikoli absolutní kategorii. Z této relativní povahy vyplývá skutečnost, že může být kvalita zlepšována nebo zhoršována. (Jurek, 1998: 39)

3.2. Kvalita služby

Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je bezpochyby zajímavým a citlivým tématem, které nezajímá pouze provozovatele léčebné péče, ale i širokou veřejnost. Madar (2004) říká, že o službě můžeme hovořit jako o produktu v nehmotné podobě. Jedná se o činnost odehrávající se přímo mezi zákazníkem a poskytovatelem. Poskytovatelem služby myslí dané zdravotnické zařízení, zákazníkem pak samotného pacienta, resp. jeho rodinu.

Služba je charakteristická tím, že těžištěm jsou vždy pracovníci v první linii a mají možnost pružněji reagovat na přání zákazníků. Zákazník je také ten, kdo formuluje požadavky na službu. Poskytované služby mají oproti výrobku jednu hlavní nevýhodu – požadavky zákazníků se plní mnohem obtížněji a také se hůře stanovují měřitelná kritéria poskytované služby. Mezi výše popsané služby patří samozřejmě i poskytování zdravotnických služeb. Blecharz (2011: 97) poukazuje na různorodost služeb, avšak uvádí, že existují obecné typické vlastnosti služeb, které mají univerzální platnost. Madar (2003: 32) a také Pešek (2003) výstižně popisují tyto univerzální požadavky na kvalitu zdravotnické služby. Popisují je jako komplex nároků, které jsou vyjádřeny v následujícím schématu:

Obr. 6: Charakteristiky zdravotnické služby



Spejchalová (2011:8) uvádí, že nekvalitně poskytované služby organizaci poškozují a ztráty vzniklé odlivem potencionálních zákazníků z důvodů nekvality poskytovaných služeb bývají značné. Dále uvádí, že za nespokojenost zákazníka se platí vysoká cena. Špičková kvalita poskytovaných služeb, která je navíc doložená příslušnými certifikáty kvality a doklady o zavedeném systému řízení kvality, může být vizitkou, která jistě přispívá ke kladnému povědomí reálných zákazníků.

Ministerstvo zdravotnictví uvádí, že kvalitní výkon zdravotní péče znamená, že:

- zdravotní péče je dostupná – dostupnost je vnímána geograficky i finančně, zjednodušeně to znamená, že pacient má přístup k dané službě
- organizace respektuje práva pacienta a jeho rodiny podílet se na procesu péče
- jsou určeny předpisy, podle kterých se řídí diagnostické postupy, např. zápis o průběhu léčby pacienta do příslušné dokumentace
- veškerá péče o pacienty (tj. poskytování péče, anesteziologická péče, chirurgická péče, podávání léčiv) se řídí stanovenými zásadami, postupy, zákony a nařízeními a je dostatečně dokumentována
- je zajištěna kontinuita péče
- existuje správný postup propuštění pacienta a následného sledování

Ve vyspělých zemích je samozřejmostí, že pacienti jako plátcí zdravotního pojištění a také pojišťovny očekávají od zdravotnických zařízení kvalitní, efektivní a standardizované služby. Navíc se od nich očekává, že budou schopni předložit kdykoli důkazy o kvalitě jimi poskytované léčebné a ošetrovatelské péče. Do komplexního obsahu termínu kvality péče také autor Jurek (1998: 30) uvádí i úroveň doprovodných služeb. Ve zdravotnictví je úroveň doprovodných služeb dána hlavně interpersonálním vztahem mezi zdravotníkem a pacientem.

3.3. Základní stavební kameny zlepšování zdravotnictví

I nejnávštěvnější organizace si uvědomují, že stále nacházejí na cestě k vysoké spolehlivosti a že se musí neustále věnovat čtyřem základním stavebním kamenům zlepšování zdravotnictví, které vyjmenoval Britnell (2014: 2) následovně:

- kultura kvality (1)
- odpovědnost (2)
- standardizace procesů (3)
- měření výsledků (4)

Vytváření kultury kvality (1) vynikajících výsledků vyžaduje, aby byli vedoucí pracovníci příkladem, kladli sami na sebe nejvyšší nároky a odmítali vše, co nedosahuje nejvyšší kvality poskytované péče. Zejména při vzniklých chybách a špatných postupech je důležité, aby se dokázali plně ztotožnit se svojí rolí v zajišťování nejvyšší kvality a bezpečnosti. Vysoce spolehlivá organizace za žádných okolností netoleruje porušení pracovních a bezpečnostních protokolů a prováděcích předpisů (směrnice, guidelines apod.)

Za klinické a finanční výsledky plánovaného postupu léčby pacienta musí být zodpovědní (2) určení pracovníci, kteří musí být připraveni reportovat vyšším řídicím pracovníkům. Bezpečnost a kvalita jsou pak ústředním motivem strategických cílů organizace a stávají se důležitou částí všech zasedání vedení.

Lékaři bývali typickými odpůrci standardizace (3) ve víře, že každý pacient je jedinečný. Tento individualistický přístup však ve skutečnosti jen zvyšuje pravděpodobnost lidské chyby. Je evidentní, že cesta k standardizaci může být složitá a komplikovaná, avšak je obecně známo, že nejúspěšnější poskytovatelé zdravotní péče dosáhli snížení úmrtnosti pacientů tím, že zavedli standardní pracovní pokyny a provozní postupy.

Nejúspěšnější zdravotnické organizace neustále měří kvalitu své práce, systematicky ji sledují a zveřejňují své výsledky (4). Dostávají tak zpětnou vazbu v reálném čase a pravidelně své výsledky srovnávají s podobnými organizacemi svého druhu. Díky tomuto měření dochází k pochopení klíčových faktorů, které výsledky péče ovlivňují. Pracovníci na všech úrovních jsou pak motivováni, aby své výsledky nejen měřili, ale aby se soustředili především na ty výsledky péče, které jsou pro pacienta zcela zásadní. Informace v dostatečném a přiměřeném objemu mohou působit jako katalyzátor zlepšení. Kliničtí pracovníci se tak mohou na vlastní oči přesvědčit, co funguje a co ne. Zveřejňování výsledků péče také vede ke zdravé soutěživosti v rámci oborových žebříčků, čímž se dále zvyšují standardy péče.

Podle Ministerstva zdravotnictví (in Zlepšení systému řízení zdravotní péče, 2004: 5) je v dlouhodobém vývoji metodik a užívaných ukazatelů trvalou snahou doplnit subjektivně podmíněný pohled na kvalitu péče pohledem pokud možno objektivním.

Objektivnost spočívá ve dvou prvcích:

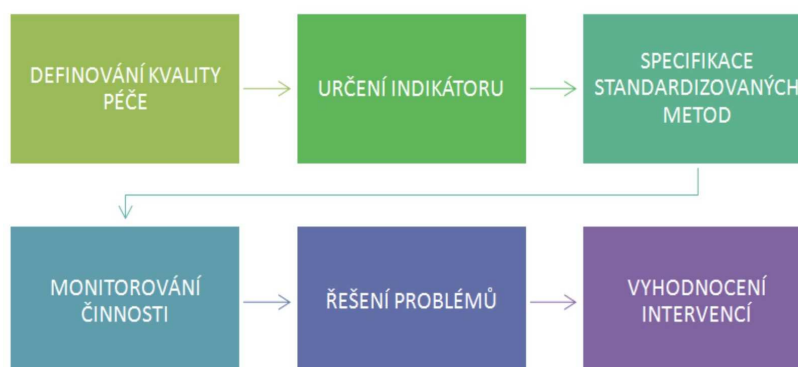
- ve zjišťování a hodnocení kvality péče a její kvantitativní (měřitelné) podobě
- v solidních podkladech pro interpretovatelnost těchto měření

3.4. Zvyšování kvality ve zdravotnictví

Sledovat a hodnotit výsledky péče o zdraví pacientů za celou epizodu zdravotní péče se v 21. století považuje za nutný standard. I studie OECD (2014) uvádí, že je především zapotřebí věnovat více úsilí přechodu k systematictější a trvalejší orientaci na měření a zvyšování kvality péče ve zdravotnictví. Tato studie dále uvádí, že model řízení kvality v České republice zaostává vinou nedůsledného přístupu a nevyjasněných cílů. Kuhlen (2014: 23, in KPMG International) říká, že: „*Nejlépe by měla fungovat mezinárodně standardizovaná měření. Vedlo by to k vykazování srovnatelných ukazatelů, umožnilo srovnávat klinické výsledky a dosáhnout pokroku v medicíně.*“

Jako efektivní řešení navrhují autoři publikace (KPMG International, 2014) systematické zaměření se na reporting klíčových parametrů, jež jsou důležité pro pacienty. V mnoha případech je získávání a vykazování těchto parametrů jednodušší, než se na první pohled zdá. Scher (in KPMG International, 2014: 6) říká: „*Budeme-li mít k dispozici smysluplné ukazatele, bude jednodušší zhodnotit, zda má konkrétní organizace kvalitu své péče pod kontrolou. Stejně tak budeme moci posoudit, jak si daný poskytovatel péče stojí v porovnání s ostatními.*“ Měření výsledků zdravotní péče popisuje Gladkij (2003: 85) jako velmi správné tendence, neboť úroveň zdravotnictví nemůžeme hodnotit jen podle úrovně vstupů (zdrojů), kterými zdravotnictví disponuje, ani podle procesů, ale při jakékoli činnosti je rozhodující výsledek. Dále uvádí, že ve zdravotnictví je velmi snadné měřit výstupy zdravotnických služeb, jako např. počet hospitalizovaných pacientů, počet provedených ošetření, počet dispenzarizovaných osob na určitou chorobu atd. Daleko obtížnější však uvádí měření výsledků zdravotní péče. Jako výsledek uvádí Gladkij (2003: 86) efekt zdravotnických služeb na zdravotní stav jedince či populační skupiny.

Obr. 7: Proces činností zajišťujících kvalitu zdravotní péče dle Maaytové (2012: 78)



3.5. Intervence a kroky k zajištění kvality

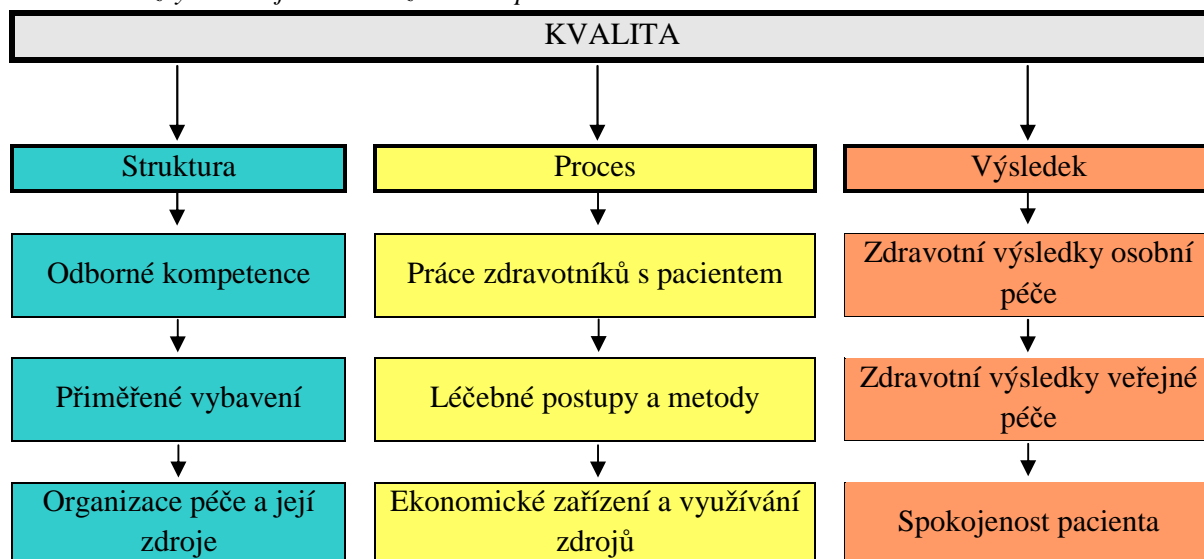
Zajišťování kvality zdravotní péče je současným trendem a má řadu příčin. Šliková (2005: 33-34) uvádí, že se zejména jedná o větší informovanost pacientů, jejichž nároky na kvalitu zdravotní péče rostou. Dále uvádí prokazatelnou rozdílnost úrovně zdravotní péče, kterou poskytují různé zdravotnické zařízení.

Současný ve světě obvyklý koncept zjišťování a vyhodnocování výkonnosti a kvality zdravotní péče, jak uvádí Ministerstvo zdravotnictví (in Systém řízení zdravotní péče, 2004: 5), je založen na pozorováních týkajících se vlastností prostředí, v němž je zdravotní péče poskytována (autoři ji nazývají „struktura“), způsobu, jakým je poskytována (nazývána „procesem“) a dosažení požadovaného cíle (nazývána „výsledkem“).

Donabedian in Jurek (1998) také popisuje stejným způsobem tento koncept, ve kterém definuje hlavní složky ovlivňující kvalitu zdravotní péče a rozděluje systém zdravotní péče na tři základní oblasti:

- oblast zdravotní struktury péče
- oblast procesů zdravotní péče
- oblast výsledků zdravotní péče

Obr. 8: Složky ovlivňující kvalitu zdravotní péče dle Donabediana



Jurek (1998: 40) dále tvrdí, že v každém článku výše popsaného schématu je třeba zavést systematické měřicí postupy, stanovit měřicí metodu s měrnými jednotkami a jejich úrovněnými stupnicemi, výsledky měření periodicky vyhodnocovat a řídicími akty zpětně ovlivňovat ty veličiny, které mají na kvalitu zdravotní péče zásadní vliv.

Avedis Donabedian ve spojitosti s měřením kvality zdravotní péče identifikuje tři základní pojmy:

- prvek
- indikátor
- standard

Prvek je chápán jako „základní údaj s jehož množinou lze popsat poruchu zdraví nebo poskytovanou péči“. Dále uvádí, že jasně definovaný prvek, který je měřitelný, má vztah ke kvalitě a popisuje strukturu, proces nebo výsledek zdravotní péče se poté transformuje v indikátor. Standard konečně znamená konkrétní, odborníky popsanou kvantitativní úroveň indikátoru, který je považován za dobrý příklad kvality péče. Standardy nejsou fixní, ale mění se s posunem vědeckého poznání v medicíně. Jurek (1998: 41) uvádí, že jednotlivé zdravotnické zařízení mohou standardy přejímat buď od ministerstva nebo od jiných zařízení (tzv. externí standardy). Ministerstvo zdravotnictví vydává tzv. guidelines formou metodických doporučení, které jsou publikovány ve Věstnicích ministerstva. Zdravotnická zařízení si je však mohou sama vytvářet podle vlastní potřeby (tzv. interní standardy).

3.6. Indikátory kvality

Indikátory kvality popisují autoři Škrála & Škrlová (2003) jako měřitelná kritéria, která v porovnání s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem ukazují, jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo. Indikátory kvality se mohou vztahovat na strukturu, proces nebo výsledek důležitého aspektu procesu nebo poskytované péče. Ukazatel nebo indikátor je statistické zjištění⁵, založené na číselných faktech, která slouží k poznání, monitorování nebo vyhodnocování fenoménu, který je předmětem našeho zájmu (např. vlastností zdravotních služeb). Ukazatel je používán tam, kde je oblast, ke které se vztahuje, špatně měřitelná nebo zcela neměřitelná přímou metodou. Důvodem tohoto stavu může být příliš velká komplexnost oblasti, její abstraktní povaha nebo nedostupnost.

⁵ http://www.health.vic.gov.au/clinicalengagement/downloads/pasp/clinical_indicators.pdf

Klinický indikátor⁶ je charakterizován jako měření nebo škálování jednotlivých položek poskytované péče, který pokud je prováděn v určitém časovém měřítku, poskytuje důkaznou metodu hodnocení kvality a bezpečí poskytované na úrovni zdravotnického systému.

V obecném smyslu definuje Ministerstvo zdravotnictví (in Zlepšení systému řízení zdravotní péče, 2004: 7) „ukazatel“ neboli „indikátor“ jako statistické zjištění, založené na číselných faktech, která slouží k poznání, monitorování nebo vyhodnocování fenoménu, který je předmětem našeho zájmu (např. vlastností zdravotních služeb).

Procesní ukazatele kvality mají dle Ministerstva zdravotnictví velmi úzký vztah ke klinickým procesním standardům (tzv. *clinical guidelines*). Dále tvrdí, že procesní ukazatel musí být založen na (vhodně již existujícím) procesním standardu. Ideální je stav, kdy procesní standard je koncipován tak, že již definuje vhodné metriky procesu. Vytvoření ukazatele spočívá v dopracování metodiky (týkající se např. sběru dat, návodu k interpretaci apod.) Důležité je především zcela shodné klinické vymezení ukazatele a standardu.

Ukazatele kvality, jak tvrdí Ministerstvo zdravotnictví (in Zlepšení systému řízení zdravotní péče, 2004: 38), musí splňovat vyváženým způsobem tyto čtyři kategorie požadavků:

- 1) požadavek na důležitost
- 2) požadavek na vědeckou správnost
- 3) požadavek na užitečnost
- 4) požadavek na (praktickou) proveditelnost

3.6.1. Klasifikace indikátorů kvality

Princová (2009: 35) a také další autoři rozdělují indikátory kvality na **kvalitativní a kvantitativní**. Kvantitativní indikátory neboli měřitelní ukazatelé nám poskytují numerické údaje, dají se dobře porovnávat nejen mezi zdravotnickými zařízeními v České republice, ale také na mezinárodní úrovni. Oproti tomu kvalitativní indikátory jsou ukazatelé závislí na žebříčku hodnot a jejich stanovení a také následném porovnání, což bývá mnohdy obtížné.

Dle dokumentů Oddělení řízení kvality zdravotní péče Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice v Praze (OŘKZP ÚVN, 2013) jsou indikátory kvality určeny pro dlouhodobé sledování kvality poskytované zdravotní péče, srovnávají zdravotníky, jednotlivá

⁶ http://www.health.vic.gov.au/clinicalengagement/downloads/pasp/clinical_indicators.pdf

oddělení, nemocnice a také obecně národní zdravotní služby. V jejich kompetenci je také sledovat účinnost nově zavedených systémů, identifikovat odchylky a nepříznivé trendy. Popisují dva základní druhy indikátorů:

- 1) **Indikátory kvality klinické** – sledující např. nutriční, medikační pochybení, podávání krve a krevních derivátů, nemocniční infekce, chirurgickou péči a anestezii.
- 2) **Indikátory kvality manažerské** – sledující např. jednotlivé selhání techniky, nedostupnost materiálu a léčiv, dále řízení rizik, spokojenost pacientů a spokojenost personálu, demografické údaje a finanční hospodaření.

3.6.2. Vlastnosti indikátorů kvality

V praxi je sledováno množství indikátorů, které sledují kvalitu zdravotnické péče, např. výskyt nozokomiálních nákaz, počet pádů a jiných poškození pacientů, spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí, spokojenost sester nebo udržování kožní integrity. Všechny vyčtené indikátory slouží pro hodnocení ošetrovatelské péče.

Vlastnosti indikátorů popisuje Bichel-Findlay (2011) následovně:

- ✓ indikátory jsou smysluplné, pomáhají zvyšovat kvalitu
- ✓ jedná se vždy o kvantitu, která popisuje kvalitu
- ✓ indikátor je vždy číslo
- ✓ jedná se o výstražné ukazatele, které mohou varovat, že něco není v pořádku
- ✓ nejsou neomylné
- ✓ mohou být zaměřené na pozitivní, ale i negativní jevy
- ✓ mohou se týkat práce lékaře, sestry, klinickou událost nebo systém
- ✓ výsledek indikátoru musí být zasazen do numerického kontextu, který umožňuje porovnání – bez kontextu jsou indikátory pouze statistikou

Současný stav se sledováním kvality v rehabilitaci je ve fázi tvorby procesních standardů (clinical guidelines). Procesní standardy vznikají jak na poli lékařské rehabilitační medicíny (např. léčby spasticity) nebo na poli terapeutické rehabilitační intervence (Doporučení neurorehabilitace). Samotný indikátor hodnotící kvalitu poskytované poiktové rehabilitační péče zatím všeobecně plošně využívaný není.

3.7. Kvalita v rehabilitaci

Gladkij (2003: 319) si velmi vhodně klade otázky, které se týkají úrovně terapeutické praxe. Velmi podobné otázky je vhodné si klást, pokud se zabýváme kvalitou rehabilitace a poskytujících rehabilitačních služeb.

Otázky jsou následující:

- ✓ Je léčba zahájena včas?
- ✓ Odpovídá platným standardům?
- ✓ Je akceptována kompetentními odborníky?
- ✓ Dostává se pacientům adekvátní péče vzhledem k jejich zdravotnímu stavu?
- ✓ Je péče dostatečně dokumentována?
- ✓ Je péče pro pacienty skutečně přínosná podle klinických kritérií?
- ✓ Je péče pro pacienty skutečně přínosná podle subjektivního posouzení?
- ✓ Je harmonizován proces léčebně preventivní péče optimální spoluprací ostatních oddělení?

Na Bostonské univerzitě v rámci sledování kvality v rehabilitační praxi vytvořili autoři Rao et al. (2010) pro své pacienty celý manuál, který by jim měl být nápomocen vybrat si co možná nejkvalitnější zařízení, poskytující ucelenou rehabilitaci. Tento manuál slouží pro pacienty, kteří vyhledávají rehabilitační zařízení poskytující kvalitní služby.

Obr. 9: Úvodní schéma manuálu Bostonské univerzity



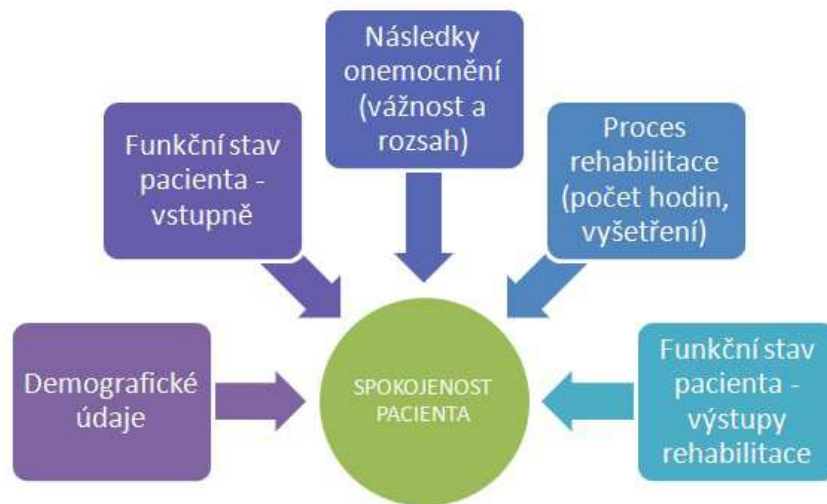
Pokud si vybíráme zdravotnické zařízení poskytující rehabilitační služby, kvalitu jejich poskytované péče můžeme srovnat porovnáním jednotlivých terapeutických programů tak, abychom poznali, který z nich nám nejvíce pomůže dosáhnout našich potřeb. Otázkou je, co daný pacient očekává od poiktové neurorehabilitace. Samotný proces rehabilitace má jak objektivní, tak subjektivní podklad. Objektivní část závisí na daném terapeutovi, použitých terapeutických konceptech a metodikách, vybavení rehabilitace a mnohých dalších faktorech. Významně důležitou částí je subjektivní složka rehabilitace, kterou má každý pacient nastavenou jinak. Někomu na lidském přístupu terapeutů záleží, někdo jej vnímá méně, stejně tak nastavení a očekávání pacientů je velmi rozdílné a každý subjektivně vnímá svůj funkční stav jinak. Po prodělaném cerebrovaskulárním onemocnění strádá pacient mnoha následky a každý vnímá svůj nový zdravotní stav jinak. Některým pacientům stačí, pokud jsou schopni opětovně nabýt základní soběstačnosti a fungovat adekvátně v rámci jejich životní role. Někteří pacienti mají naopak na svůj funkční stav velmi vysoké nároky a se základní soběstačností se nespokojí, jejich subjektivní pohled na cíle neurorehabilitace bude tedy diametrálně odlišný (Devreux et al., 2012: 73). V praxi se jako vhodné ukázalo sledování spokojenosti pacientů, které se zatím děje pouze jako dotazníkové šetření v známých sledováních (např. Kvalita očima pacientů, KOP) a jiných. Nevýhoda těchto dotazníkových šetření je skutečnost, že jsou plošně využívány a pro specifickou oblast zdravotnictví jako je rehabilitace, rehabilitační služby a zejména poiktová rehabilitace není plně využitelná.

Spokojenost pacienta je přitom jeden z důležitých výstupů rehabilitace, jelikož se týká komplexu kvality poskytovaných služeb (Custer, 2012). Tato autorka dále uvádí, že v praxi zatím neexistuje standard, který by měřil spokojenost pacienta s poskytovanou poiktovou rehabilitací nebo jakýkoli model popisující vztah mezi různými faktory týkajícími se spokojenosti pacienta. Beattie, Dowda, Turner, Michener & Nelson (in Custer, 2012: 1) definovali spokojenost pacienta jako: „*souhrn, který odráží celkový zážitek z individuálního vyšetření a léčby, který probíhá v určitém prostředí a specifickém časovém období.*“

Spokojenost pacienta je často v praxi, jak uvádí Custer (2012: 1), měřena pomocí hodnotících škál samotným pacientem. Škály hodnotící spokojenost pacienta jsou velmi subjektivní, na rozdíl od hodnotících škál zabývajících se měřením progresu terapie a funkčního stavu pacienta, které lze sledovat objektivně. Spokojenost pacienta je indikátor vysoce orientovaný na pacienta, tudíž jenom pacient může vnímat a zhodnotit svoji spokojenost. Spokojenost se obecně odráží od očekávání pacienta a skutečnými léčebnými postupy. V případě, že očekávání pacient je vyrovnáno s léčebnými postupy, je stejné – pacient je obecně spokojen. Naopak v případě, že poskytovaná služba nesplňuje očekávání, pacient je nespokojen.

Z pohledu přístupu na pacienta orientované praxe (tzv. client – centered practice) nastávají optimální výsledky terapie, pokud aktivně pacient spolupracuje se svými terapeuty v průběhu celého terapeutického procesu a společně se zaměří na řešení problémů týkajících se stanovených cílů terapií (Custer, 2012: 2).

Obr. 10: Zásadní faktory ovlivňující spokojenost pacienta dle Custer (2012: 2)



Custer (2012: 2) popisuje, že v současné době neexistuje žádný ucelený způsob k měření spokojenosti pacient s rehabilitačními službami, ale v tomhle ohledu již vznikají první pokusy. V České republice zatím také neexistuje jednotný způsob, který by měřil spokojenost pacienta s procesem a výsledky poiktové rehabilitace. Pro možná řešení této situace jsou v přílohách přiloženy dva dotazníky v originálním znění, které autorka Custer (2012) uvádí jako vhodné k sledování spokojenosti pacienta v rehabilitační praxi.

3.8. Hodnocení kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním

Snahy zdokonalovat rehabilitační péči jdou napříč všemi zařízeními poskytující poiktovou rehabilitaci v České republice i v zahraničí. Například americká Asociace kardiologů se od roku 2000 snaží zdokonalovat management rehabilitační péče, definovat strategie ke zvýšení kvality poskytované péče a konečně také zlepšit funkční výsledky pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním (tzn. zmírnit jejich disabilitu).

Dále autoři Grube et al. (2012: 142) doplňují, že se trend sledování a hodnocení kvality poskytovaných služeb pacientům s akutně vzniklým cerebrovaskulárním onemocněním stále více rozšiřuje jak v Evropě, tak v Americe. Tato úsilí jsou pozorována jednak v oblasti poskytované péče obecně, ale zejména také v rámci poskytování rehabilitace. Navzdory tomuto tvrzení, autoři dále uvádějí, že pro hodnocení kvality rehabilitace existuje pouze omezené množství indikátorů ke sledování kvality rehabilitace. Uvádějí, že tyto indikátory vytvořil Stroke Speciality Program pod záštitou Akreditační komise rehabilitačních zařízení (Commission of Accreditation of Rehabilitation Facilities). Proto se Grube et al. (2012: 143) rozhodli vytvořit sadu indikátorů, které umožní sledovat a hodnotit kvalitu poiktové rehabilitace hospitalizovaných i ambulantních pacientů. Pro vytvoření těchto indikátorů využili přístupy evidence-based-medicine standardní poiktové neurorehabilitace. Dle vzoru Donabedianova modelu struktura - proces - výsledek (viz schéma níže), také např. Grube et al. (2012: 143) nebo Zumsteg et al. (2012: 387) postupovali stejným způsobem.

Jejich popis je následující:

- Struktura – týká se vlastností a zdrojů poskytujícího zařízení
- Proces – týká se využití příslušných terapeutických a diagnostických metod
- Výsledek – týká se výsledného funkčního stavu pacienta po ukončených terapiích

Obr. 11: Charakteristika modelu kvality



Pracovní skupina, zabývající se tvorbou indikátorů kvality poiktové rehabilitace, definovala tyto hlavní komponenty pro sledování indikátorů:

- základní diagnóza
- sekundární prevence
- stav kognitivních funkcí
- řeč a polykání
- řešení komplikací
- sensorimotorické funkce
- mobilita a lokomoce
- stav při propuštění
- vývoj stavu

Autoři Grube et al. (2012: 143) dále rozdělují následující komponenty na tři dimenze kvality zdravotní péče a sedm složek rehabilitace po cévní mozkové příhodě a uvádějí, že slouží pro definování možných ukazatelů kvality, aniž by nereflektovaly některou z důležitých součástí poiktové rehabilitace. Autoři dále zdůrazňují, že tento model zavedli jako funkční v Německu a dalším zemím jej nabízejí jako možný pro sledování, hodnocení a následné zlepšování kvality poskytované poiktové rehabilitační péče. Při praktické tvorbě Indikátoru kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice jsem se tímto modelem nechala inspirovat a základy českého indikátoru jsem položila na něm. Zachovala jsem Donabedianův model a podle něj sestavila jednotlivé položky indikátoru. Více o samotné tvorbě indikátoru viz kapitola 4.2.

FINÁLNÍ PODOBA INDIKÁTORŮ POIKTOVÉ REHABILITACE			
Komponenty péče	Indikátory kvality	Popis	S-P-V
• Základní diagnóza (sledování etiologie vzniku)	Dlouhodobé kardiologické sledování pacientů pro riziko vzniku embolie a následné cévní mozkové příhody	Procento pacientů užívajících dlouhodobou monitorace srdeční činnosti (>24 h), pacient s trvalou antikoagulační léčbou	Proces
• Sekundární prevence	Nutriční sledování obézních pacientů	Procento pacientů s body mass index (BMI) > 30	Proces
	Kontrolní sledování tlaku krve	Procento pacientů s nejméně dvěma z posledních tří hodnot měření krevního tlaku (<130/85 mm Hg) dokumentovaných v průběhu rehabilitace	Výsledek
• Stav kognitivních funkcí	Screening kognitivních funkcí pacienta při přijetí	Procento pacientů vyšetřených po přijetí kognitivním testem nebo neuropsychologickým vyšetřením	Proces
	Screening deprese	Procento pacientů vyšetřených po přijetí testem odhalujícím depresi	Proces
• Řeč a polykání	Screening polykací funkce při přijetí pacienta	Procento pacientů vyšetřených standardizovaným testem k odhalení dysphagie	Proces
	Cílené vyšetření logopedem	Procento pacientů vyšetřených po přijetí pro odhalení afázie nebo dysartrie	Proces
• Management vzniku komplikací	Terapie spasticity	Procento pacientů vyšetřených spastickým protokolem při přijetí a při propuštění	Proces
• Sensorimotorické funkce a obnova hybnosti	Obnova mobility	Procento pacientů, kteří jsou při přijetí schopni pohybovat se nezávisle (i s využitím vozíku) Barthel Index – položka Mobilita > 5 b., z těch pacientů, kteří byli při přijetí nechodící (Barthel Index – Mobilita = 0)	Výsledek
	Obnova lokomoce (chůze)	Procento pacientů, kteří se byli při propuštění schopni pohybovat nezávisle (Barthel Index – Mobilita = 15) z těch, kteří byli při přijetí imobilní nebo na vozíku (Barthel Index – Mobilita < 15)	Výsledek
	Obnova motoriky horní končetiny	Procento pacientů, kteří dokážou při propuštění zvednout míč oběma rukama (např. úkol č. 5 v Rivermead Motor Assessment) z těch, kteří při přijetí toto nevládli	Výsledek

	Obnova úchopové funkce ruky	Procento pacientů, kteří dokážou při propuštění zvednout list papíru ze stolu a položit jej zpět 5x za sebou (např. úkol č. 8 v Rivermead Motor Assessment) z těch, kteří při přijetí toto nezvládli	Výsledek
• Stav při propuštění	Žádost o umožnění další následné rehabilitace	Procento pacientů, kteří při propuštění potřebují žádost o další následnou ambulantní terapii, individuální konzultace atd.	Proces
	Poradenství v otázkách sociálních služeb	Procento pacientů, kteří potřebují poradenství sociální pracovníce	Proces
• Sekundární prevence	Programy pro odvykání kouření	Dostupnost zařízení poskytujících programy pro odvykání kouření	Struktura
• Řeč a polykání	Malnutrice	Existence vnitřních norem pro posuzování a léčbu podvýživy (týdenní měření hmotnosti a výšky pacienta, BMI)	Struktura
• Management vzniku komplikací	Záznamy komplikací	Existence písemného záznamu komplikací v oblasti: pádů, dekubitů a infekcí pacienta	Struktura
• Propuštění pacienta a následná péče	Možnost zapojení rodiny	Splnění alespoň tří z následujících čtyř kritérií: rodina/příbuzní jsou edukováni v pomoci výkonu pacienta činností ADL, rodina/příbuzní se účastní individuální nebo skupinových terapií, možnost ubytování rodiny pacienta spolu s pacientem	Struktura

Tabulka 2: Finální podoba indikátoru dle Grube et al. (2012)

3.8.1. Hodnocení kvality rehabilitace, pohledy ve světě

Navzdory obavám o možnosti měřit kvalitu rehabilitace pacientů po cévních mozkových příhodách, autoři článku „*Measuring and Improving Quality of Care*“ popisují (1489), že pár hodnocení pro měření kvalitu rehabilitační péče již bylo formálně navrženo. Autoři ovšem zdůrazňují, že tato hodnocení měla úzká zaměření a často opomíjela řadu důležitých aspektů. Nejsou zatím k dispozici získaná data, která by pomohla odhalit kvalitu poskytované péče pro srovnání jednotlivých zdravotnických zařízení, která se zabývají rehabilitací pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním. Shrnují ale, že vysokou kvalitu poskytované rehabilitační péče je možné sledovat v následujících šesti oblastech:

- koordinace péče (komplexnost, ...)
- diagnóza, resp. její následky
- obnovení neurální tkáně
- prevence komplikací nebo zhoršení stavu
- sekundární prevence
- obnovení funkce (tzn. rehabilitace)

Obr. 12: Obecné výsledky poiktové rehabilitace

VÝSLEDKY POIKTOVÉ REHABILITACE

Progrese onemocnění a komplikace	Zdravotní stav pacienta	Spokojenost pacienta	Zátěž pečující osoby
<ul style="list-style-type: none">•Úmrtnost•Recidiva mrtvice•Recidiva ischemie•Demence•Rehospitalizace•Komplikace•Spotřeba zdrojů	<ul style="list-style-type: none">•Znevýhodnění•Disabilita•Kvalita života	<ul style="list-style-type: none">•Adaptace na nový život•Autoterapie•Motivace	<ul style="list-style-type: none">•Finanční zatížení•Změna role•Ztráta svého času

3.8.1.1. Dánsko

Ministerstvo zdravotnictví ve svém dokumentu „Zlepšení systému řízení zdravotní péče“ (2004: 14) prezentují dánský Národní projekt (the Danish Indicator Project), který je rozvíjen od roku 2000 a jeho cílem je informovat pacienty a jejich rodiny, lékaře, sestry a jiné profesionály o tom, nakolik nemocnice dosahují výsledků, které jsou očekávány v dobře fungujícím zdravotnictví. Výsledky projektu a jejich poskytování nemocnicím se snaží dosáhnout zlepšení péče tam, kde výsledky zaostávají za očekáváním.

V rámci poskytování rehabilitační péče se dánským Národním projektem aktivně zabývají profesionální organizace – Dánská asociace fyzioterapeutů (the Danish Physiotherapists Association) a Dánská asociace ergoterapeutů (the Occupational Therapists Association). Dánský národní soubor má osm ukazatelů, který dále obsahuje odhadem sto jednotlivých subukazatelů, pro účely této diplomové práce je důležitý Klinický indikátor cévních mozkových příhod (Clinical indicators for stroke). Profesionální organizace dbají na to, aby procesní ukazatele byly v souladu s klinickými guidelinami. V některých případech tato situace vede k nutnosti vytvořit klinické guidelines k ukazatelům.

3.8.1.2. Skotsko

Skotsko má dlouhou tradici vývoje, testování a používání ukazatelů již od roku 1993 (MZ, Zlepšení systému řízení zdravotní péče, 2004: 15). Pro rehabilitaci je nejvýznamnější ukazatel „Stav pacienta 30 dní od přijetí po vzniku cévní mozkové příhody“ (30-day survival after admission for stroke) a „Stav pacienta při propuštění domů 56 dní po přijetí od vzniku cévní mozkové příhody“ (Discharge home within 56 days of admission for stroke). Ukazatele jsou hojně doplňovány a každým rokem je výběr obměňován, takže dochází k dost častým změnám spektra užitých ukazatelů. Klíč k jejich výběru není známý a bylo by nutné získat podrobnější informace přímo od autorů.

3.8.1.3. Austrálie

Austrálie má poměrně komplikovaně uspořádané ukazatele výkonnosti a kvality (MZ, Zlepšení systému řízení zdravotní péče, 2004: 22-23). Pro sledování indikátorů využívají Australané tzv. ACHS – Clinical Indicator Program, který vznikl v roce 1989 za účelem usnadnění kontinuálního měření klinické péče. Cílem je pomoci zdravotnickým organizacím identifikovat oblasti, které je nutné zlepšit a zvýšit jejich kvalitu poskytovaných služeb. (ACHS, 2015: 3).

Jedná se o komparativní informace o klinických procesech a výsledcích. Participující organizace dodávají data, která jsou zpracovávána dvakrát ročně a dostávají zpět výsledky založené na srovnatelných typech organizací. Výstupy indikátorů nejsou bohužel veřejné. ACHS zahrnuje nyní dvacet dva klinických oblastí, mezi které patří i Rehabilitation Medicine version. Spojená komise (The Joint Commission, 2015: 61) popisuje tento klinický indikátor, který hodnotí ucelenou rehabilitaci center poiktové rehabilitace a skládá se z položek, které hodnotí následující oblasti:

- funkční vyšetření
- stanovené cíle

- edukace pacienta/rodinných příslušníků
- doporučení
- přesuny
- lékařská péče
- ošetrovatelská péče
- práce sociálního pracovníka (event. case management)
- terapie (fyzioterapie, ergoterapie, logopedie, kognitivní trénink atd.)

Uvedené oblasti jsou poté promítnuty do konkrétních klinických indikátorů týkajících se rehabilitace. Mezi ně dle (ACHS, 2005-2012) patří:

- včasné posouzení funkčního stavu při přijetí
- vyšetření funkčního stavu při propuštění
- včasné zhotovení rehabilitačního plánu multidisciplinárním týmem
- funkční stav pacienta dosažený po absolvování ucelené rehabilitace
- splnění stanovených cílů při propuštění pacienta

3.8.1.4. Německo

Heuschmann et al. (2006: 2573) popisuje situaci, kdy v Německu zatím neexistuje ucelený způsob měření kvality akutní poiktové rehabilitace. Proto se tito autoři rozhodli vytvořit standardizovaný proces, který vyvine a implementuje indikátory, které budou hodnotit akutní poskytovanou poiktovou rehabilitační péči dle současné evidence-based medicíny. Indikátory kvality byly vyvinuty během listopadu 2003 až prosince 2005 multidisciplinárním týmem Německé společnosti pro cévní mozkovou příhodu (tzv. German Stroke Society) a dalšími. Bylo vytvořeno celkem 24 indikátorů tak, aby byly schopny měřit výkon pacienta během akutní nemocniční péče ve 3 dimenzích: struktura – proces – výsledek, stejně tak ve 3 léčebných fázích: přednemocniční – lůžkové nemocniční oddělení, tzn. akutní – postakutní. Znění indikátoru v originální verzi viz přílohy.

3.8.1.5. Mezinárodní klasifikace - ICF

Dále popisuje Salter et al. (2013:4) *Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví* (MKF; z anglického International Classification of Functioning, Disability and Health, autor WHO, 2001, 2002), která poskytuje multidimenzionální rámec zdraví a disability. Uvádí, že je také vhodná pro klasifikaci funkčních výstupů jako hodnotícího instrumentu. Cílem této

klasifikace je systematicky a souběžně získávat přehledné údaje o vývoji a výsledcích této péče. Pomocí všech jejích údajů je pak plánovat rozvoj jednotlivých segmentů rehabilitace se zajištěním jejich dostupnosti, kvality a efektivity. Tato klasifikace prošla od svého vzniku (1980) mnohými proměnami a revizemi. Výhodou této klasifikace je skutečnost, že je mezinárodně využívána na celém světě, i když nesplňuje základní charakteristiky klinického indikátoru. Je ovšem velmi dobře využitelná pro klasifikace funkčních poruch pacienta a dají se s jejím využitím stanovit cíle terapie a její úspěšnost. Salter et al. (2014) uvádí, že je ale vhodné využívat jej k sledování kvality poskytnutých služeb nejen v rámci rehabilitace, ale v rámci poskytování jakýchkoli zdravotních služeb. Švestková (2015) uvedla, že tato klasifikace mohla tvořit multicentrický klasifikační systém pro hodnocení pacientů, kteří podstupují rehabilitační terapie tak, aby byly její výstupy využitelné napříč všemi rehabilitačními zařízeními napříč celou Českou republiku, potažmo celým světem. Nestalo se tomu ale zřejmě důvodů poměrně složitého klasifikačního systému a nutnosti absolvování odborného kurzu. Budoucí kroky o další tvorbě multicentrického přístupu ke klasifikaci funkčních přístupů odhalí, zda se bude tato klasifikace využívat dále či nikoli.

Nejpoužívanější forma z roku 2001 a 2002 identifikuje základní komponenty této klasifikace následovně:

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| 1) tělesné funkce | 4) faktory prostředí |
| 2) tělesné struktury | 5) osobní faktory |
| 3) aktivity a participace | |

Dřívější terminologie	Nová terminologie	Definice
Porucha	TĚLESNÉ FUNKCE A STRUKTURY	Fyziologické funkce těla včetně psychických. Struktury jsou anatomické části nebo oblasti vlastního těla a jejich komponenty. Poruchy jsou problémy tělesných funkcí a struktur.
Disabilita	AKTIVITY	Aktivita je provádění úkolu (úkonu) nebo činu člověkem.
Handicap	PARTICIPACE	Zapojení dané aktivity do životní, resp. společenské situace.

Tabulka 3: Definice jednotlivých názvosloví dle ICF (Salter et al., 2013: 5)

3.8.2. Hodnocení kvality rehabilitace v České republice

Měření kvality a výsledků akutní poiktové rehabilitace by měl být dle Duncan (2007: 1482) základ, na kterém jsou utvářena jak klinická, tak politická rozhodnutí vedoucí k trvalému zlepšování poskytující péče. Hlubší porozumění procesu a organizace poskytované péče jsou dle Zumsteg et al. (2012: 387) důležité kroky k adekvátnímu a komplexnímu uvážení o možných dosažených cílech pacienta v rámci poskytovaných služeb. Všechny tyto skutečnosti, úprava zákona o poskytování zdravotních služeb a důležitost tvorby interního systému pro zpětnou kontrolu poskytovaných služeb (viz následující kapitoly) a zejména světově rozšířené tendence o postupech ke zvyšování kvality poiktové rehabilitace vedla ke tvorbě vlastního interního systému pro kontrolu kvality. Na základě doporučení studiu volně přístupných klinických indikátorů poiktové rehabilitace ve světě byl vytvořen konkrétní indikátor kvality rehabilitace pro pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním (viz kapitola 3.8.3.), který je plošně využitelný nejen pro komplexní cerebrovaskulární centra, ale pro jakékoli zdravotnické zařízení, které obstarává služby neurorehabilitace u této cílové skupiny pacientů. Ze studia světové literatury a zejména z praktických důvodů vyplývá, že rozvoj indikátorů měření kvality poskytovaných služeb poiktové rehabilitace je důležitým krokem ke zlepšení péče o iktové pacienty jak na národní, tak na mezinárodní úrovni (Heuschmann, 2006: 2573). V České republice zatím neexistuje jednotný ucelený postup ke kontinuálnímu sledování kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním, i když to Zákon o poskytování zdravotních služeb patřičně doporučuje.

3.8.2.1. Platná legislativa v rehabilitaci

Od roku 1991 pracovalo Ministerstvo zdravotnictví na metodických návodech a příručkách, které se zabývají oblastí rehabilitace a činností center léčebné rehabilitace (zahrnuje také tvorbu standardů a kompetencí pracovníků). V roce 2001 byla schválena koncepce oboru rehabilitační a fyzikální lékařství. Od té doby nebyl zatím stále vytvořen komplexní zákon, který by obsahoval všechny složky ucelené rehabilitace a definoval by systém rehabilitace, náplň práce jednotlivých rehabilitačních pracovníků apod. Švestková & Pfeiffer a další autoři (in Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR, 2012: 16) mluví o nezbytném přijetí tohoto zákona o koordinované rehabilitaci. Tento zákon by měl obsahovat práva a povinnosti zařízení, které budou částí koordinované rehabilitace poskytovat a osob, které budou do systému vstupovat. Dále vazby mezi jednotlivými

prostředky rehabilitace a vzájemné kompetence. Autoři dále uvádějí, že nezbytným řešením k určení funkčního potenciálu člověka s disabilitou je přijetí tohoto zákona.

Poskytování rehabilitačních služeb tedy prozatím stále upravuje Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), upravující zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojené všechny činnosti související s poskytováním zdravotních služeb.

Konkrétně k léčebné rehabilitaci náleží:

- Standard č. 2.6.: Zajištění léčebně rehabilitační péče, který definuje léčebnou rehabilitaci následovně: „Cílem standardu je zajištění léčebně rehabilitační péče v návaznosti na poskytovanou lůžkovou zdravotní péči.“
- Standard 2.6.1.: Ukazatel kvality a bezpečí pro splnění standardu je dále definován: „Standard je splněn, jestliže:
 - a) je zpracován léčebně rehabilitační péče a jejího vyhodnocování v návaznosti na poskytovanou lůžkovou zdravotní péči a
 - b) pacienti a zdravotničtí pracovníci jsou s plánem léčebně rehabilitační péče a jejího vyhodnocování seznámeni v potřebném rozsahu.“

Léčebná rehabilitace a podmínky jejího poskytování jsou dále legislativně zakotveny v Akreditačních standardech pro nemocnice (Spojená akreditační komise, 2014: 76), konkrétně ve standardu 5.9.: Nemocnice má zaveden účinný systém léčebně rehabilitační péče. Nemocnice v rámci tohoto standardu respektuje právo pacientů na účinnou rehabilitaci, na základě jejich potřeb jim zajišťuje léčebně rehabilitační péči v návaznosti na poskytovanou lůžkovou zdravotní péči. Standard dále velmi obecně popisuje plán léčebně rehabilitační péče, edukaci pacientů o rehabilitačních postupech a vzdělávání pracovníků nemocnice v oblasti procesu rehabilitace a rehabilitačního ošetřování.

Indikátory standardu:

1. Pacientům, u nichž je potřeba léčebně rehabilitační péče, je tato péče zajištěna.
2. Vnitřní předpis upravující organizaci léčebně rehabilitační péče v nemocnici obsahuje alespoň body a) až d) uvedené v účelu. (Plné znění standardu viz Přílohy)
3. Léčebně rehabilitační péče se plánuje a plán se pravidelně vyhodnocuje.
4. Nemocnice má zaveden proces pro edukaci pacientů a jejich blízkých o rehabilitačních postupech.
5. Nemocnice vzdělává své pracovníky v oblasti rehabilitace a rehabilitačního ošetřování.

3.8.2.2. Hodnocení kvality – legislativní úprava

Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve vyhlášce 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče stanovuje podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Část devátá popisuje Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, který popisuje jako: „*dobrovolný proces, jehož účelem je posoudit podle hodnotících standardů organizační úroveň poskytování zdravotních služeb, a to z hlediska jejich kvality a bezpečí.*“ Tento zákon dále popisuje hodnotící standardy jako: „*soubory požadavků na vybrané procesy a ukazatele posuzované ve zdravotnickém zařízení z hlediska zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.*“

Vyhláška 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče dále popisuje, že při hodnocení kvality a bezpečí poskytované lůžkové zdravotní péče jsou ve zdravotnickém zařízení posuzovány tyto procesy:

- a) řízení kvality a bezpečí,
- b) péče o pacienty,
- c) řízení lidských zdrojů,
- d) zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance poskytovatele lůžkové zdravotní péče.

Paragraf 47 této vyhlášky a tohoto zákona dále specifikuje: „*Poskytovatel je povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb; minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení uveřejní ministerstvo ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví a na svých internetových stránkách.*“

3.8.3. Indikátor kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním

Ukazatelé (indikátory) kvality poskytované péče nejsou dle Dowla et al. (2010: 3) jen technické nástroje nebo kontrolní checklisty diagnostických úkonů a výsledků, které musí být vyhodnoceny, ale spíše se jedná o administrativní nástroje vztažených k stanoveným konkrétním cílům terapie. V praxi jsou využívány jako pro hodnocení pacientova bezpečí (prevence pádů, nozokomiálních nákaz atd.), tak pro měření efektivity poskytované terapie. Jejich vyhodnocením dochází k posouzení kvality poskytnuté péče, ať už ošetřovatelské, ale zejména rehabilitační.

Dle ACHS (The Australian Council on Healthcare Standards, 2014), který se mimo jiné zabývá i sledováním kvality rehabilitace, definuje klinický indikátor jako jednoduché měření klinické péče a/nebo výsledku poskytované péče. Dobře nastavený design klinického indikátoru může vhodně monitorovat, mapovat a také upozornit na specifické klinické oblasti. Klinické indikátory (ukazatelé) kvality poskytované péče nejsou dle Dowla et al. (2010: 3) jen technické nástroje nebo kontrolní checklisty diagnostických úkonů a výsledků, které musí být vyhodnoceny, ale spíše se jedná o administrativní nástroje vztažené k stanoveným konkrétním cílům terapie. V praxi jsou využívány jak pro hodnocení pacientova bezpečí (prevence pádů, nozokomiálních nákaz atd.), tak pro měření efektivity poskytované terapie. Jejich vyhodnocením dochází k posouzení kvality poskytnuté péče, ať už ošetrovatelské, tak ale také zejména rehabilitační. Dle Grube et al. (2012: 142) jsou indikátory kvality v praxi využívány pro hodnocení dodržování současných guidelines v poskytování rehabilitační péče pacientům s cerebrovaskulárním onemocněním (konkrétní guidelines viz kapitola 4.1.).

Pro praktické nastavení klinického indikátoru kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním využijí charakteristika Bichel-Findlay (2011), který popisuje klinický indikátor jako stručný formulář k měření cílů, které mají za úkol zhodnotit management procesu poskytované péče (služby) a výsledek (cíl) poskytnuté péče tak, aby pomohl porozumět, srovnat, předurčit, zlepšit a inovovat poskytované služby. Klinické indikátory použitelné v rehabilitační sféře musí jistě obsahovat funkční hodnocení pacienta, jelikož toto hodnocení vypovídá o míře funkčního postižení, dále umožňuje stanovit funkční potenciál rehabilitanta, funkční prognózu, efektivitu terapie a objektivizuje stav pacienta.⁷ Znění klinického indikátoru pro měření kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním viz přílohy.

⁷ www.ftk.upol.cz/dokumenty/kfa/cmp.ppt

II. EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části této diplomové práce s názvem „*Management kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním*“ se zabývám výhradně popisem a chodem pracoviště Komplexního cerebrovaskulárního centra Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice v Praze (viz kapitola 1.4.1.1.). V systému péče o osoby s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice zaujímá toto centrum I. úroveň v trojstupňové úrovni péče o tyto osoby a spolu s dalšími devíti centry obstarává léčbu, diagnostiku a rehabilitační péči o osoby s iktem a dalšími cerebrovaskulárními nemocemi.

Při přijetí pacienta s podezřením na vznik cerebrovaskulárního onemocnění je pacient přijat na oddělení Emergency, následně řádně vyšetřen, diagnostikován a léčen na příslušném pracovišti (např. oddělení Neurologie JIP, oddělení Anesteziologie a resuscitace, oddělení Neurochirurgie JIP). Po řádné stabilizaci stavu pacienta je již na těchto akutních odděleních zahájen včasná neurorehabilitační intervence a dle vývoje stavu je pacienta dále překládán na méně akutní lůžko (např. oddělení Neurologie Intermediální). Při plně diagnostikovaném stavu, stabilizaci základních životních funkcí pacienta a schopnosti rehabilitovat tři hodiny aktivní terapeutické intervence denně (dle obecného konsenzu ESO, 2009) je pacient přeložen na Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny, kde se plně pokračuje v intenzivní neurorehabilitační léčbě. V rámci vstupního vyšetření je pacient řádně vyšetřen rehabilitačním lékařem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, dále dle potřeby logopedem, psychologem a dalšími odbornými pracovníky. Na základě rozhovoru s pacientem jsou stanoveny reálné rehabilitační cíle (pomocí metod ke stanovení těchto cílů viz kapitola 4.3.9.) tak, aby pacient již při započatí terapeutické intervence byl aktivním účastníkem svých terapií a ne pasivním příjemcem nabízené péče. Jsou prokázány studie, které uvádí např. Custer (2012), že zapojení pacienta do aktivního procesu rehabilitace je velmi žádoucí, jelikož jsou poté dosahovány daleko lepší terapeutické výsledky a kvalita poskytované rehabilitační péče je daleko vyšší.

Podnětem pro empirickou část diplomové práce je současný stav sledování kvality poiktové rehabilitace v České republice. Samotná poiktová rehabilitace je sice na vzestupu, ale bez odpovídajících základů jako je odborná literatura, nejednotná výuka budoucích pracovníků v rehabilitaci, nejednotné měření funkčního stavu rehabilitanta a také buď nejednotný nebo žádný systém sledování cílů rehabilitace. V neposlední řadě také sice vytvořené standardy poskytování rehabilitační péče (fyzioterapie, ergoterapie), ale v praxi příliš neznámé, ne-li nepoužívané.

Cílem této empirické části diplomové práce je prezentovat Indikátor kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním, který je využíván v rámci poiktové rehabilitace Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny, které je součástí Komplexního cerebrovaskulárního centra Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice v Praze.

Empirická část této diplomové práce popisuje proces tvorby klinického indikátoru pro sledování kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním, dále definuje jeho jednotlivé položky a stručně charakterizuje jednotlivé hodnotící škály. V další části popisuje metodologii výzkumu, výzkumný vzorek, popis sběru dat, nástroj sběru dat. Dále zpracovává socio-demografická data pacientů za rok 2013 a 2014 a prezentuje jejich výsledky a srovnání. Podstatný díl empirické části tvoří část věnovaná ověření stanovených hypotéz a jejich grafické zpracování.

4. POIKTOVÁ REHABILITACE

Obecné zásady poiktové neurorehabilitace jsou shrnuty v kapitole 2.2., která se zabývá popisem neurorehabilitačních principů, jejich indikací, dále cíli poiktové rehabilitace a hlavně funkčními hodnotícími škálami, jejichž výstupy jsou klíčové pro sledování a měření kvality poskytované rehabilitační péče.

Na Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice v Praze (dále ORFM ÚVN) všichni pacienti absolvují přibližně dvě až tři hodiny fyzioterapie, ergoterapie, rehabilitačního ošetřování a dle potřeby a logopedie, psychologické podpory atd. každý den (výjimkou je neděle, kdy je pacient zainstruován k autoterapii a probíhá rehabilitační ošetřování). Dle stavu a potřeby navštěvují pacienti sociální pracovníci, neuropsychologové nebo další zdravotničtí pracovníci, jejichž péče je žádána. Poiktová rehabilitace je, jak uvádí Sien et al. (2013: 175), poměrně náročná na spotřebu zdrojů a je velmi obtížné stanovit správné úvahy nad náklady a přínosy lékařské, rehabilitační a ošetřovatelské péče pro adekvátní pacienty (tzv. triáž pacientů), proto se i oddělení ORFM ÚVN rozhodlo vycházet z klinických guidelines, které popisují aktuální nejlepší přístup k poiktové rehabilitaci neuropacientů.

4.1. Klinické guidelines

V Metodické příručce pro odborníky pracující v oblasti neurorehabilitace (Kolektiv autorů, 2014; Lišková, 2014), které jsou vztaženy na systém péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice, je uceleně a velmi výstižně na aktuálních studiích založený vhodný postup, jak pracovat a strukturovat terapii neuropacientů na rehabilitačních odděleních. Oddělení ORFM podle těchto platných a správných doporučení koriguje své terapeutický přístupy. Další pro neurorehabilitaci podstatně důležité klinické guidelines popisují na svých stránkách The Stroke Rehabilitation Evidence-Based Review (tzv. SREBR, www.ebrsr.com), které vzniklo v dubnu 2002 a jehož autoři recenzují techniky, terapeutické přístupy, rehabilitační přístroje, procedury a medikamenty z oblasti poiktové rehabilitace (Teasell et al., 2013). Jedná se o seskupení odborníků působících v rámci poiktové neurorehabilitace v Londýně, Ontariu a Kanadě, jejichž úkolem je shromažďovat studie týkající se této problematiky. Svá doporučení poté publikují na svých stránkách a sestavují doporučení a guidelines týkající se rehabilitace pacientů s cévními mozkovými příhodami (doporučení z oblasti terapie horní končetiny, chůze, lokomoce, polohování pacientů, terapie spasticity apod.).

4.1.1. Standard fyzioterapie – cévní mozková příhoda

Profesní organizace fyzioterapeutů České republiky (UNIFY ČR) vydala pod záštitou autorského kolektivu renomovaných odborníků (Forýtková, Bourka) fyzioterapeutické standardy léčebných postupů, mezi který mimo jiné patří i Standard FBLR/1 Cévní mozková příhoda (Standard fyzioterapie doporučený UNIFY ČR). Část tohoto standardu viz Přílohy. Tento standard obsahuje jednak administrativní náležitosti, které musí každý léčebný standard splňovat, dále obecné charakteristiky jako epidemiologický výskyt onemocnění, kvalifikační předpoklady a dále popisuje proces péče. Proces péče je v tomto standardu rozdělen na vstupní podmínky, vlastní proces péče a podmínky ukončení procesu péče. Stěžejní částí jsou výsledky – kritéria a indikátory kvality péče, které jsou dle standardu následující:

Část standardu	Kontrolní kritéria	Způsob kontroly
Podmínky zahájení péče	Vstupní fyzioterapeutické vyšetření. Vyšetření neurologického pacienta s postižením CNS dle možností doplněné testy	Záznam v dokumentaci.
Proces	Vlastní proces terapie. Aplikované terapeutické postupy a jejich efekt včetně fyzikální terapie. Indikované použití kompenzační pomůcky. Frekvence péče. Kontrolní fyzioterapeutické vyšetření. Průběžné hodnocení zvolených kritérií.	Záznam v dokumentaci.
Podmínky ukončení péče	Výstupní fyzioterapeutické vyšetření doplnění dle možností testy se závěrem: 1. plné úpravy, 2. zlepšením klinického stavu s neměnným reziduem deficitu, 3. doporučením dalšího postupu.	Záznam v dokumentaci.

Tabulka 4: Kritéria a indikátory kvality péče dle UNIFY ČR

4.1.2. Standard ergoterapie – cévní mozková příhoda

V rámci diplomové práce studentky Bc. Moniky Jindrové byl vytvořen pilotní standard v ergoterapii u klientů s diagnózou cévní mozkové příhody (Jindrová, 2012). Tento standard popisuje základní informace o standardu, obory a osoby týkající se standardu, kvalifikační a technické požadavky, personální požadavky, vymezení nemoci, dále charakteristiku počátečního stavu a podmínek zahájení péče, vlastní proces ergoterapie a výstup procesu ergoterapie.

Standard popisuje k ověření jeho provádění způsob ověření péče podle standardu následovně:
„Ověřování péče podle standardu probíhá nadřízeným pracovníkem nebo odborně způsobilou osobou na oddělení (např.: vedoucí rehabilitace, vedoucí ergoterapie, vrchní sestra, primář oddělení či celkovým auditem dle vnitřních předpisů léčebného zařízení apod.) následovnými způsoby:

- *porovnáním (kontrola ergoterapeutické dokumentace, prostředí a praktických činností ergoterapeuta)*
- *analýzou písemných dokumentů (dotazování ergoterapeuta, klienta, rodiny klienta, multidisciplinárního týmu)*
- *dotazováním (dotazník, rozhovor)*
- *audity (materiální, technické a kvalifikační předpoklady) (Jindrová, 2012)*

Dále v části Způsob kontroly definuje pilotní standard strukturovaný přehled navrhovaných ukazatelů následovně:

Ukazatel	Typ	Stav	Referenční hodnoty
Čas přijetí klienta do zahájení ergoterapeutické péče	Objemový	Neregistrovaný návrh	Nezjištěno
Počet klientů ergoterapie s IM za rok	Výsledkový	Neregistrovaný návrh	Nezjištěno
Průměrná doba ergoterapie pro jednoho klienta	Procesní	Neregistrovaný návrh	Nezjištěno
Průměrný počet všech vykázaných ergoterapeutických výkonů na jednoho klienta	Procesní	Neregistrovaný návrh	Nezjištěno
Průměrný počet vykázaného výkonu: ergoterapie individuální	Procesní	Neregistrovaný návrh	Nezjištěno
Průměrný počet vykázaného výkonu: nácvik ADL	Procesní	Neregistrovaný návrh	Nezjištěno
Průměrný počet vykázaného výkonu: ergoterapie skupinová	Procesní	Neregistrovaný návrh	Nezjištěno
Průměrný počet klientů propuštěných do domácího prostředí	Výsledkový	Neregistrovaný návrh	Nezjištěno
Průměrný počet klientů propuštěných do institucionální péče	Výsledkový	Neregistrovaný návrh	Nezjištěno

Tabulka 5: Ukazatele kontroly dle pilotního ergoterapeutického standardu

Není obecně známo, zda tento standard vešel v platnost mezi pracující ergoterapeuty s uvedenou cílovou diagnózou pacientů. Jedná se zatím o jediný ergoterapeutický standard, který by byl vytvořený pro uvedenou cílovou skupinu pacientů v praxi.

4.1.3. Standardy neurorehabilitace - obecné

Neurorehabilitační praxe dále vychází nyní z následujících standardů:

- Standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s mozkovým infarktem (Mikulík et al.)
- Standard komplexní léčby spasticity po cévní mozkové příhodě (Ehler et al.)
- Standard pro léčbu botulotoxinem (Kaňovský & Růžička, 2000)
- Standard komplexní léčby spasticity v dospělosti za použití botulotoxinu (Kaňovský)

4.2. Proces tvorby klinického indikátorů

Indikátor kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním mozku byl vytvořen na Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice v Praze v rámci činnosti Komplexního cerebrovaskulárního centra za účelem kontinuálního sledování poskytnuté kvality rehabilitační péče. V rámci cerebrovaskulárních onemocnění jsou pro účely indikátoru brány v potaz následující diagnózy:

I60.0 Subarachnoideální krvácení z karotického sifonu a bifurkace

I60.1 Subarachnoideální krvácení ze střední mozkové tepny

I60.2 Subarachnoideální krvácení z přední komunikující tepny

I60.3 Subarachnoideální krvácení z pozdější komunikující tepny

I60.4 Subarachnoideální krvácení z bazilární tepny

I60.5 Subarachnoideální krvácení z vertebrální tepny

I60.6 Subarachnoideální krvácení z jiných intrakraniálních tepen

I60.7 Subarachnoideální krvácení z nitrolební tepny, NS

I60.8 Ostatní subarachnoideální krvácení

I60.9 Subarachnoideální krvácení, NS

I61.0 Intracebrální krvácení v polokouli, subkortikální hluboké mozkové krvácení

I61.1 Intracebrální krvácení v hemisféře mozku, kortikální

I61.2 Intracebrální krvácení v hemisféře mozku, NS

I61.3 Intracebrální krvácení v mozkovém kmeni

I61.4 Intracebrální krvácení v mozečku

- I61.5 Intracebrální krvácení, intraventrikulární*
- I61.6 Intracebrální krvácení mnohočetně lokalizované*
- I61.8 Ostatní intracerebrální krvácení*
- I61.9 Intracebrální krvácení, NS*
- I62.0 Subdurální krvácení netraumatické*
- I62.1 Netraumatické extradurální krvácení*
- I62.9 Intrakraniální krvácení netraumatické, nspecifikováno*
- I63.0 Mozkový infarkt způsobený trombózou přírodných mozkových tepen*
- I63.1 Mozkový infarkt způsobený embolií přírodných mozkových tepen*
- I63.2 Mozkový infarkt způsobený neurčit. okluzí nebo stenózou přírodných mozkových tepen*
- I63.3 Mozkový infarkt způsobený trombózou mozkových tepen*
- I63.4 Mozkový infarkt způsobený embolií mozkových tepen*
- I63.5 Mozkový infarkt způsobený okluzí nebo stenózou mozkových tepen*
- I63.6 Mozkový infarkt způsobený žilní trombózou, nehnisavou*
- I63.8 Jiný mozkový infarkt, NS*
- I63.9 Mozkový infarkt, NS*
- I64.0 Cévní mozková příhoda (mrtvice) neurčená jako infarkt nebo krvácení*

Při samotné poiktové rehabilitaci a také tvorbě klinického indikátoru kvality rehabilitační péče jsme se řídili doporučeními, která vydalo ESO (2009):

- Optimální časování rehabilitace není jasné.
- Větší intenzita rehabilitace, zvláště čas strávený prací na ADL, je spojen se zlepšením funkčních výsledků.
- Systematické hodnocení rehabilitačních terapií pro zlepšení funkce horní končetiny také ukazuje vztah mezi dávkou a odpovědí, i když heterogenita zahrnutých studií brání formálnímu měření velikosti účinku. Největší prospěch byl pozorován ve studiích cvičení končetin a obecném nácviku ADL.
- Organizace a kvalita péče mohou být důležitější než absolutní počet hodin terapie. Ve srovnání mezi specializovaným iktovým multidisciplinárním týmem a obvyklou

rehabilitací na běžném oddělení, specializovaný tým dosáhl lepších výsledků se signifikantně méně hodinami terapie.

- Je doporučena fyzioterapie, ale optimální způsob jejího zajištění není znám.
- Je doporučena ergoterapie, ale optimální způsob jejího zajištění není znám.
- Je doporučeno zvážení léčby spasticity po cévní mozkové příhodě botulotoxinem, ale funkční přínos je nejistý.
- Kognitivní deficit po cévní mozkové příhodě je běžný a má dopad na kvalitu života.
- Důležitým prediktorem výsledku rehabilitace je počáteční tíže cévní mozkové příhody.
- Pohlaví, věk, etiologie cévní mozkové příhody a topografie léze byly všechny studovány jako potencionální prediktory výsledku rehabilitace, jak uvádějí autoři Doporučení, neexistují však důkazy, že by tyto nemodifikovatelné faktory měly ovlivnit rozhodnutí o rehabilitaci.

Gladkij (2003: 86) uvádí, a já se s tímto tvrzením plně ztotožňuji, že vytvořit vhodné validní a praktické ukazatele pro měření výsledků zdravotnických služeb je velmi obtížné. Na základě výše uvedených doporučení jsme se rozhodli sestavit pro každou rehabilitovanou oblast (motorické funkce – chůze, mobilita; kognitivní funkce; funkce a manipulace horních končetin) odpovídající v praxi běžně využívaný funkční hodnotící test/škálu, který/á danou oblast detailně vyšetřuje a podle výsledku zhodnotí daný výstup terapie. Dále jsme se inspirovali ve studii autora Graham et al. (2013: 406), který popisuje další položky, které jsou důležité pro funkční stav pacienta a měly by být zohledněny v komplexním indikátoru kvality poskytnuté rehabilitace. Jedná se o položky: doba trvání poruchy funkce před přijetím pacienta k rehabilitaci (dny), počet přidružených onemocnění (rozsah 0-10). Souhrnným složením těchto hodnotících škál vznikl konkrétní klinický indikátor, který zahrnuje všechny rehabilitované oblasti neuropacienta a je schopen podat objektivní pohled na výstupy celkové poiktové rehabilitace a tím změřit její kvalitu, tzn. kvalitu poskytnuté rehabilitační péče.

Jako nevýhodu těchto měření rehabilitačních výsledků vidí Duncan (2007: 1485) v tom, že poskytování ucelené poiktové rehabilitace je natolik multidimenzionální a komplexní, že není možné změřit a zachytit všechny aspekty, které jsou součástí poskytované péče. Snažili jsme se ale o co možná nejvíce komplexní souhrn nejdůležitějších aspektů tak, aby byl tento klinický indikátor aplikovatelný na jakéhokoli pacienta poiktové neurorehabilitace.

4.3. Funkční hodnotící škály v neurorehabilitace, jednotlivé položky indikátoru

Funkční hodnotící škály, které byly využity pro praktické účely toho indikátoru patří mezi všeobecně využívané testy (Salter et al., 2013: 4) tak, aby všichni rehabilitační pracovníci, kteří s nimi budou pracovat, byli schopni je náležitě využívat. Konkrétní testy, které byly vybrány, jsou standardně využívány na oddělení ORFM ÚVN a prokázali se jako velmi vhodné při klinickém vyšetření funkčního stavu pacienta před zahájením terapií a po jejich ukončení. Testy jsou volně stažitelné na webových stránkách, znění nebo jejich skórovací formuláře jsou také umístěny v přílohách pro lepší orientaci v problematice. Všechny výsledné skóre jsou řádně zanášeny do příslušné dokumentace pacienta, zvláště pak do Indikátoru kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním. Tato data jsou dokumentována odpovědnými therapy, kteří dané testy při hodnocení prováděli. Souhrnné vyhodnocení indikátoru je poté prováděno kompetentním pracovníkem.

Motivace k tvorbě tohoto indikátoru spočívá také v jeho prezentaci jako multioborového nástroji k sledování pacienta, který kontinuálně prochází procesem rehabilitace v návaznosti na různá rehabilitační pracoviště. Stejně jako uvedla Švestková (2015), která potvrzuje myšlenku ucelené standardní metodiky komplexního hodnocení vstupního a výstupního funkčního stavu pacienta. Tento nástroj by podle ní měl být zaměřený na cíle, dále by měl být přesný, citlivý na změny a vhodný pro široké spektrum pacientů. Dále by měl umožňovat srovnání výsledků napříč tuzemskými, ale také zejména zahraničními studii.

4.3.1. Vyšetření denních činností (soběstačnosti)

Hodnocením soběstačnosti se dá odhalit disabilita v běžných denních aktivitách a soběstačných úkonech a hodnotí se stupeň závislosti na cizí pomoci. Běžně využívaným testem je Barthelův index všedních denních činností (BI), který orientačně informuje o pravděpodobných nárocích na pomoc druhého člověka. Test může administrovat jakýkoli zdravotnický pracovník, v praxi jej vyplňují zejména ergoterapeuti a zdravotní sestry. Znění indexu viz přílohy. Barthel Index je jednoduchý, snadno dostupný a univerzálně použitelný (Zahradnická, 2004: 15).

Základní denní aktivity, které jsou vyšetřovány, jsou následující:

- najedení, napití
- oblékání
- koupání
- osobní hygiena
- kontinence moči
- kontinence stolice
- použití WC
- přesun lůžko-židle
- chůze po rovině
- chůze po schodech

Výsledkem je číselný údaj, který vyjadřuje míru nezávislosti pacienta na bodové škála 0 – 5 – 10, event. 15 bodů. Plně soběstačný člověk, který vykonává všechny základní denní aktivity sám, bude mít výsledné skóre 100 bodů.

4.3.2. Vyšetření hybnosti

Pro komplexní prvotní zhodnocení hybnosti těla využíváme Rivermeadského hodnocení hybnosti (z angl. Rivermead Motor Assessment, RMA). Testování bylo navrženo tak, aby zhodnotilo typ a kvalitu pohybu během zotavování se z hemiplegického stádia s předpokladem, že bude následovat motorická obnova funkce až do stavu normální hybnosti pacienta. Během testu má pacient za úkol plnit sérii úkolů, které jsou rozděleny do tří částí: hrubá motorika těla (mobilitu, lokomoci, přesuny), funkce dolních končetin a trupu a funkce horních končetin. Dohromady tvoří vyšetření 38 položek. Pacient má tři pokusy, pokud se mu nepodaří vykonat činnost ani jednou, selže v provádění daného úkolu. Znění testu v originální verzi viz přílohy.

Výsledkem testu je číselný údaj, který komplexně zhodnotí stav pohybového aparátu. Skórujeme číslem 1, pokud pacient dokáže vykonat aktivitu, číslem 0, pokud nikoli.

4.3.3. Vyšetření chůze

Pro vyšetření chůze byl pro praktické účely vybrán tzv. Deseti metrový test chůze (z angl. 10 meters walking test, 10MWT). Vyšetřovaný pacient má za úkol samostatně ujít vzdálenost deseti metrů, zaznamenáván je čas, za který vzdálenost ujdou a počet kroků, který během této vzdálenosti vykoná. Varianty tohoto testu závisí na využití pomůcek (chůze s obuví/bez obuvi, chůze s vycházkovou holí/francouzskou holí/chodítkem) a také na druhu chůze (pomalá chůze pohodlná/rychlá chůze). Nejlépe je hodnotit pacienta třikrát za sebou a jeho výsledky zprůměrovat, což v praxi není mnohdy snadno realizovatelné pro náročnost chůze a únavě pacienta (Bohannon et al., 1999). Toto vyšetření provádí buď fyzioterapeut nebo ergoterapeut, pro porovnání kvality chůze a druhu chůzového stereotypu je vhodné pořídit audiovizuální záznam vyšetřovaného pacienta. Záznamový arch v originálním znění viz Přílohy.

Výsledkem testu je časový údaj (číslo, počet sekund), za který je vyšetřovaný pacient schopen projít vzdálenost deseti metrů. Dalším údajem je počet kroků (číslo), který je vykonán během zdolání této vzdálenosti. Důležité je zaznamenat, jakým způsobem bylo provedeno hodnocení – druh chůze (pohodlná/rychlá) a jaké pomůcky byly při testování využity (pomůcky pro lokomoci, obuv atd.).

4.3.4. Vyšetření hybnosti horní končetiny

Pro vyšetření hybnosti horní končetiny byl zvolen jak v praxi běžně používaný, tak také na poli výzkumů k hodnocení osob po cévní mozkové příhodě Fugl-Meyerovo vyšetření horní končetiny (z angl. Fugl-Meyer Assessment, FMA) (Crow et al., 2008). Tento test je objektivním nástrojem, který je velmi vhodný k využití hodnocení míry motorického postižení horní končetiny. Test je rozdělen do 6 položek (A: horní končetina, B: zápěstí, C: ruka, D: koordinace/rychlost, H: pasivní kloubní hybnost, J: citlivost). Hodnocení zahrnuje měření motorického výkonu, sensorických funkcí, kloubních rozsahů a bolesti kloubů. FMA dále podrobněji zkoumá aktivitu reflexů vyšetřované horní končetiny, synergie flexorů a extensorů, synergie kombinací pohybů, hodnocení pohybů mimo synergie, normální reflexy, úchopy ruky a koordinaci pohybů. Tento test má prokázanou spolehlivost a platnost jako ukazatel vážnosti motorického poškození. Záznamový arch k tomuto testu viz přílohy.

Výsledkem je číselný údaj, který slouží jako měřítko znovuobnovení funkce. Každá položka je hodnocena na tříbodové škále (0 – nelze provést, 1 – provedeno částečně, 2 – provedeno plně). Každá položka má své dílčí skóre. Výsledné skóre hodnotí motorický výkon a pohybuje v rozsahu od 0 (hemiplegie, tj. nehybnost končetiny) do maxima 102 bodů (normální motorický výkon končetiny).

4.3.5. Vyšetření manipulačních funkcí rukou

Pro vyšetření druhu úchopů, hrubé i jemné motoriky a aktivní úchopové funkce pacienta existuje v praxi velké množství běžně dostupných testů (Sádlová, 2012). Z praxe se ovšem Modifikovaný Frenchayský test paže jevil jako nejlépe využitelný test pro objektivní měření manipulačních funkcí pacienta. Hodnotící subtesty jsou běžné denní aktivity, které jsou pro vyšetřovaného člověka smysluplné a nejedná se o nesmyslné umístřování různých předmětů někam. Test existuje ve dvou formách: základní (5 testovacích úkolů a modifikované verzi (10 testovacích úkolů). Znění testu se skórovacím formulářem viz přílohy.

Výsledkem testu je číslo, které nám napoví stav manipulačních funkcí pacienta v rozmezí 0 (žádné funkce) do 100 (plně zachovalá funkce manipulace horními končetinami). Jako vhodné se ukázalo v praxi kvalifikovat údaje na číselné ose tak, aby byl vidět progres stavu manipulačních funkcí pacienta.

4.3.6. Vyšetření kognitivních funkcí

V praxi existuje více cílených vyšetření pro odhalení stavu kognitivních funkcí pacienta (např. Addenbrookský kognitivní test nebo Mini Mental State Examination), nám se ale jako nejvhodnější jeví Montrealský kognitivní test (MOCA test, v praxi známý také jako Nasredinův test). Test byl přeložen do českého jazyka. Ve srovnání s jinými testy navíc hodnotí tento kognitivní test také frontální funkce, detailněji hodnotí paměť a zrakově-prostorové funkce (Rektorová, 2011: 39). Znění testu viz přílohy.

Subtesty tohoto vyšetřovacího instrumentu jsou následující:

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| 1. zručnost | 7. opakování vět |
| 2. prostorová orientace | 8. vybavování slov |
| 3. zraková konstrukční zručnost | 9. abstrakce |
| 4. pojmenování zvířete | 10. pozdější vybavení slov |
| 5. paměť | 11. orientace |
| 6. pozornost | |

Výsledkem testu celkové skóre, které vznikne sečtením všech dílčích skóre. Maximální možné skóre testu je 30 bodů (tzn. pacient bude bez kognitivního deficitu). Skóre 26 bodů a více je pokládáno jako normální stav kognitivních funkcí.

4.3.7. Vyšetření fatických funkcí

Vyšetření fatických funkcí provádí vyškolený klinický logoped, event. logoped s danými kompetencemi a požadovaným vzděláním na základě indikace lékaře. Nejčastěji se v praxi využívá Mississippiký afaziologický screeningový test (z angl. The Mississippi Aphasia Screening Test, MAST), který patří mezi základní⁸ screeningové testy afázie sloužících k diagnostice narušených fatických funkcí, dále alexie (porucha čtení) a agrafie (porucha psaní). Jeho českou verzi MASTcz nelze chápat jako doslovný překlad, jelikož byl přizpůsoben jazykovým odlišnostem a kulturním podmínkám naší země. Jako screeningový test má své limity klinického použití, které jsou dány především jeho jednoduchostí a omezenou dobou potřebnou k provedení. Jeho krátkost uvádí autoři na druhou stranu jako výhodu, protože umožňuje použití již v iniciální fázi onemocnění u lůžka. Je vhodný k měření jazykových deficitů jako následků cévních mozkových příhod a je dobře použitelný v klinické

⁸ <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305>

praxi. Česká verze byla standardizována u česky mluvící populace, ověřili její validitu, specificitu a senzitivitu. Současně ověřili závislost výkonů zdravé populace na věku, pohlaví a vzdělání (odlišné normy pro věk a stupeň vzdělání vyšetřovaného). Záznamový arch testu viz přílohy.

Výsledkem testu MASTcz je celkový jazykový index (číslo), které vznikne součtem indexu produkce (číslo) a indexu rozumění (číslo). Výsledným součtem se dá lehce odhadnout, jak vysoce jsou porušeny fatické funkce vyšetřovaného pacienta (zdravý člověk bez narušených fatických funkcí s vysokoškolským vzděláním pod 60 let věku by měl celkový jazykový index mezi 98 až 100 body).

4.3.8. Vyšetření emocionálních funkcí

Mezi základní emocionální funkce patří jistě i poklesy nálady vznikající vlivem cerebrovaskulárního onemocnění, které často vedou až k vzniku deprese. Pro správnou identifikaci v praxi slouží Hamiltonova stupnice pro posuzování deprese (z angl. Hamilton Depression Scale). Tato škála existuje ve dvou variantách – Hamiltonova škála úzkosti (HAMA) a Hamiltonova škála deprese (HAMD). Škála je Sekota et al. (2005: 255) složena z 21 otázek týkajících se depresivních symptomů pacienta. Znění skórovacího testu v originálním znění viz přílohy.

Výsledkem je číslo, které odhaluje míru emocionálních změn u vyšetřovaného pacienta, tzn. výskyt deprese. Autoři⁹ uvádí, že skóre 0 → 7 je norma, která se může vyskytovat i u psychicky stabilních osob, skóre více než 20 bodů hlásí podezření na přítomnost deprese pacienta a při tomto skóre je velmi vhodné zahájit antidepressivní léčbu a diagnostikovat pacienta hlouběji. Nejvyšší skóre, kterého může vyšetřovaný pacient dosáhnout je 66 bodů.

4.3.9. Sledování spokojenosti pacientů

Sledování spokojenosti pacientů s poskytnutými rehabilitačními službami probíhá na uvedeném oddělení formou šetření projektu „Kvalita očima pacientů“, které měří kvalitu zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti/spokojenosti pacientů. K dotazování se využívá standardizovaný anketní dotazník. U každé otázky je zvolena jedna položka škály, která odráží nejlepší hodnocení pacienta. Této položce škály se přiřadí hodnotu 1. Ostatním platným

⁹ http://en.wikipedia.org/wiki/Hamilton_Rating_Scale_for_Depression

položkám se přiřadí hodnota 0. Dotazník obsahuje demografická data pacienta, hlavních 10 položek dotazující se na vlastní spokojenost a 2 doplňující otázky, které nejsou vyhodnocovány. Znění dotazníku viz přílohy.

Výsledkem je číslo, které podává souhrnnou spokojenost pacienta s poskytnutými rehabilitačními službami. Koeficient spokojenosti může být mezi 0-10, kdy 0 přísluší plné nespokojenosti a 10 maximální spokojenosti pacienta.

4.3.10. Hodnocení cílů pacienta v neurorehabilitaci

Základní koncept kvality zdravotní péče, jak uvádí Hejduková (2013), je založen na **rolích** v systému zdravotnictví a odpovědnosti. Mnozí si totiž dle jejího tvrzení neuvědomují, že zodpovědnost v systému kvality zdravotnictví mají také příjemci služeb neboli samotní pacienti. Britnell (in KPMG International, 2014: 2) říká: „*Je potěšitelné, že řada organizací na vysoké úrovni podporuje své pacienty v tom, aby se stali aktivními partnery ve své vlastní péči, čímž dochází k dalšímu zlepšování péče.*“ Posilování role pacienta při zajišťování a zvyšování kvality péče je strategickou prioritou ve všech zemích OECD. Tímto konceptem, tedy pacient jako adekvátní a plnohodnotný partner na stejné úrovni jako lékař nebo terapeut, se řídíme při neurorehabilitaci pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním i v Komplexním cerebrovaskulárním centru ÚVN. Pro metody hodnocení cílů pacienta v neurorehabilitaci uvádím popis následujících dvou metod. První z nich (COPM) využíváme jako podpůrný nástroj ke stanovení problémových oblastí pacienta. Tyto problémové oblasti pacient sám identifikuje, ohodnotí jejich důležitost a podle stanovené důležitosti jsou implementovány do stanovených cílů, pro jejichž klasifikace využíváme metodu GAS (viz níže). COPM hodnocení tedy není součástí finálního indikátoru, jelikož slouží pouze jako mediátor ke stanovení konkrétních cílů terapie.

4.3.10.1. Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM)

Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM, z angl. Canadian Occupational Performance Measure) je individualizované hodnocení pacientova vlastního vnímání obtíží, které terapeut (v praxi většinou ergoterapeut) využívá při výkonu zaměstnávání. Zaměstnávání je v tomto modelu rozděleno do kategorií: soběstačnost, produktivita a volný čas. Law (2008: 1) uvádí, že se toto hodnocení používá jako nástroj k hodnocení výstupu léčby, proto doporučují provádět jej na začátku terapeutické intervence, poté opakovaně dle potřeby a při

poslední terapii. Jak uvádí Říha & Dvořáková (2015), na dané vizuální škále (1-10) hodnotí pacient subjektivně svůj výkon v dané problémové oblasti, důležitost a spokojenost. Ve výsledku je identifikován problém a následně podle něj nastaveny cíle. Formulář k tomuto testu viz přílohy.

COPM se využívá k:

- určení problémových oblastí ve výkonu zaměstnávání
- stanovení priorit pacienta
- zhodnocení výkonu a spokojenosti pacienta ve stanovených problémových oblastech

4.3.10.2. Hodnocení dosažení cíle (GAS)

Hodnocení dosažení cíle (GAS, z angl. Goal Attainment Scaling) je dle Říhy & Dvořákové (2015) metoda stanovující subjektivní hodnotící škálu s cílem kvantifikovat změnu funkčního stavu vzhledem k předem definovanému cíli. Použití metody GAS podporuje komunikaci a spolupráci mezi pacientem (popř. i jeho rodinou) a terapeutem, respektive rehabilitačním týmem. Pacienti v rámci rehabilitačního procesu mají vyšší motivaci, pokud jsou jejich cíle zřetelně definovány a ve shodě s jejich požadavky na fungování v běžném životě (Hart, 2006; Sivaraman, 2003). Práce Webba et al. (1994) prokazuje, že závěrečné zhodnocení rehabilitace dosahuje lepšího výsledku, pokud je pacient od počátku zapojen do procesu nastavení svých vlastních cílů.

GAS metodika zahrnuje dle (Krasny-Pacini, 2013) následující kroky:

- definici konkrétního rehabilitačního cíle a časového intervalu k jeho splnění
- vstupní zhodnocení pacienta před terapií s ohledem na daný cíl (tzv. baseline)
- kvantifikaci v pěti stupních dosažitelnosti cíle (skóre -2 → +2)
- výstupní zhodnocení pacienta po definovaném časovém intervalu

GAS 5 stupňová hodnotící škála	
Skóre	Předpokládaný výstup
-2	Mnohem horší než očekávaný výstup
-1	Horší než očekávaný výstup
0	Očekávaný výstup po absolvované terapii
+1	Lepší než očekávaný výstup
+2	Mnohem lepší než očekávaný výstup

Tabulka 6: Hodnocení GAS

5. METODOLOGIE VÝZKUMU

5.1. Cíle a hypotézy

Hlavním cílem celé této diplomové práce je prezentovat možnou formu pro monitorování a hodnocení kvality poskytované rehabilitační péče u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním. Vytvořený klinický indikátor kvality rehabilitační péče u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním slouží danému oddělení ke kontinuální monitoraci výsledků odrehabilitovaných pacientů, dále slouží jako zpětná vazba k mapování oblastí, které jsou vhodné k zlepšení a v neposlední řadě také k sledování demografických údajů rehabilitovaných pacientů, délka jejich pobytu (počet dní hospitalizace), která může sloužit k obecným předpokladům pro plánování hospitalizací pacientů (vytíženost lůžek) a také k sledování finančních nákladů (předpisy kompenzačních pomůcek pacientům apod.)

Zkoumaný jev:

Existuje souvislost mezi kvalitou poskytované rehabilitační péče a výsledným funkčním stavem pacienta.

Hlavní cíl:

- ověřit existenci vztahu mezi kvalitou poskytované poiktové rehabilitace a úspěšností výsledného skóre indikátoru kvality

Dílčí cíle:

- zkoumat vztah mezi počtem splněných cílů terapie na výsledné spokojenosti propuštěného pacienta
- zkoumat vztah mezi počtem dní strávených na oddělení poiktové rehabilitace a úspěšností v rámci splnění/nesplnění stanovených cílů
- zkoumat vztah mezi výsledným skóre soběstačnosti a počtem dní hospitalizace
- zkoumat vztah mezi časem zahájení poiktové rehabilitace na výsledném funkčním skóre úspěšnosti pacienta
- zkoumat vztah mezi délkou hospitalizace a rizikem vzniku hospitalismu u pacienta, kdy se hospitalismus projevuje jako přítomnost poklesu nálady u pacienta, poklesu motivace, příznaky deprese a odmítání terapií

HYPOTÉZY:

- H1:** Čím více zlepšených položek indikátoru kvality rehabilitace, tím je kvalitněji poskytnuta poiktová rehabilitace hospitalizovaným pacientům a tito pacienti tedy odcházejí více soběstační.
- H2:** Čím jsou pacienti při propuštění více soběstační, tím jsou více spokojení.
- H3:** Čím dříve od vzniku cerebrovaskulárního onemocnění je u pacienta zahájena poiktová rehabilitace, tím má pacient celkově zlepšený výsledný funkční stav.
- H4:** Čím vyšší počet dní strávených na oddělení poiktové rehabilitace, tím vyšší je u pacienta riziko vzniku příznaků tzv. hospitalismu (pokles nálady, motivace, deprese).

5.2. Metodologie výzkumu

Pro účely této diplomové práce jsem zvolila kvantitativní výzkum tak, jak jej charakterizuje např. Disman (2009): „*Kvantitativní výzkum je testování hypotéz o skupinách, a ne o jedincích. Nezbytnou podmínkou pro to je, aby stimuly (např. otázky) byly totožné.*“ Autoři Kozel et al. (2011) popisují kvantitativní výzkum jako výzkum, který se zabývá získáváním údajů o četnosti výskytu něčeho. Kozel et al. (2011) píše, že účelem kvantitativního výzkumu je získat měřitelné číselné údaje. Abychom získali statisticky spolehlivé výsledky, je nutné pracovat s větším počtem respondentů. Kutnohorská (2009) dodává, že kvantitativní výzkumy zahrnují systematické shromažďování dat a analýzu numerických čísel. Jádrem kvantitativního výzkumu jsou tedy sestavy zpracovaných čísel ve formě tabulek a diagramů.

Před vlastní kvantitativním výzkumem jsem provedla pilotní šetření, ve kterém jsem zkoumala jednotlivé postoje, které se vyskytují napříč rehabilitačními zařízeními poskytujícími poiktovou rehabilitaci pacientům s cerebrovaskulárním onemocněním. Zajímala mě, jakým jiným neurorehabilitačním pracoviště sledují kvalitu poskytovaných služeb. V rámci tohoto pilotního výzkumu jsem nedospěla k žádným obecným závěrům, jelikož téma managementu kvality rehabilitace je v České republice zatím hodně abstraktním pojmem. V rámci vlastního výzkumu, který je stěžejní pro cíl této diplomové práce, jsem zvolila sběr dat pomocí vlastního klinického indikátoru kvality rehabilitační péče u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním. Data jsem sbírala v letech 2013 a 2014, provedla jejich analýzu, stanovila hypotézy výzkumu a ověřila v praxi jejich platnost. Na závěr jsem stanovila doporučení, které jsou vhodná brát v úvahu, pokud se jednotlivá rehabilitační zařízení poskytující poiktovou rehabilitaci rozhodnou inspirovat v tomto systému sledování kvality rehabilitačních služeb.

5.2.1. Pilotní šetření

V období říjen – listopad 2014 jsem provedla krátké šetření k průzkumu metod, kterými se obecně sleduje kvalita poskytovaných rehabilitačních služeb v České republice. Zkoumala jsem nejen další Komplexní cerebrovaskulární centra České republiky (jejich rozložení v rámci celé České republiky viz přílohy), ale také jednotlivé ambulantní nebo následné rehabilitační zařízení, které se také zabývají poiktovou rehabilitací. Žádné z těchto zařízení zatím nemá zaveden ucelený systém interní kontroly kvality poskytovaných rehabilitačních služeb. Mnohé ze zkoumaných zařízení mají pouze formou dotazníkových šetření zaveden systém pro monitoring spokojenosti pacientů (např. celorepublikové hodnocení ankety „Kvalita očima pacientů“), který ale neodpovídá objektivnímu hodnocení výsledků poskytovaných neurorehabilitačních služeb, jelikož je založen na subjektivním hodnocení pacienta. Další zjištěním vlastního šetření byl systém zajištění kvality v rámci sledování indikátorů dokumentace jednotlivých terapeutů, který je jistě velmi podstatný, jelikož zdravotnická dokumentace hraje nedílnou součást samotné léčby pacienta nejen pro výkaznický systém na danou pojišťovnu, ale také není schopen objektivně měřit kvalitu poskytované rehabilitační péče. V této diplomové práci se zabývám popisem Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské nemocnice v Praze, která má také systém zpětné kontroly dokumentace terapeuta zajištěn. Tato zpětná vazba se odehrává formou zpětné kontroly pověřeným pracovníkem (úsekový fyzioterapeut), který jedenkrát měsíčně náhodně vybere příslušnou dokumentaci pacienta a na základě Indikátoru dokumentace fyzioterapeuta/Indikátor dokumentace ergoterapeuta provede kontrolu. Tato kontrola funguje pro předcházení chybovosti v dokumentaci jednotlivých pacientů.

5.2.2. Hlavní výzkumné šetření

K získání dat potřebných k dosažení cílů empirické části této diplomové práce jsem použila analýzu dat dokumentů (jednotlivých indikátorů). Jelikož je indikátor součástí dokumentace rehabilitovaného pacienta, nebylo potřeba během šetření řešit otázky anonymity a zneužití osobních údajů, ani jiných etických náležitostí.

Indikátor obsahuje *12 základních položek, 9 specifických položek* k záznamu jednotlivých skóre a *hodnocení indikátoru*. Základní položky indikátoru zaznamenávají demografická data a data týkající se samotné hospitalizace vyšetřovaného pacienta na oddělení rehabilitace. Mezi demografická data zahrnují identifikační údaje pacienta (v indikátoru je vymezen prostor

k nalepení štítku pacienta, viz přílohy – vyplněný vzor indikátoru), která obsahují jméno pacienta, rodné číslo, diagnózu a pojišťovnu. Dále pohlaví pacientů, věk, dosažené vzdělání a sociální status (v němž se pacient nachází během přijetí k poiktové rehabilitaci). Dále jsou během propuštění pacienta zaznamenány položky místa propuštění pacienta (kam?) a zda-li jsou pacientovi předepisovány kompenzační pomůcky a jaké. Specifické položky indikátoru se skládají z 9 položek vstupních a výstupních skóre, popř. dílčích skóre jednotlivých hodnotících testů. Dále sem zahrnuji také skóre spokojenosti pacienta, jelikož jej považuji za důležitý prediktor výsledků rehabilitace. Úkolem těchto jednotlivých skóre je zaznamenat progres dosažený během terapie pacienta v rámci jednotlivých rehabilitovaných položek. V závěru indikátoru je hodnocena každá specifická položka předchozí části. Zaznamenána je ve smyslu: zlepšení – stejný – zhoršení tak, jak tomu reálně bylo během terapie a po zaznamenání a porovnání předešlých vstupních a výstupních skóre.

Data z indikátoru byla sbírána kontinuálně každý měsíc v daném roce a komplexní sledování indikátoru probíhalo v letech 2013 a 2014. Na sbírání dat se podíleli rehabilitační pracovníci multidisciplinárního týmu Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny ÚVN Praha – fyzioterapeuti, ergoterapeuti a logopedi. Při zpracování výsledků jsem použila statistické metody, vhodné pro zkoumání hromadných jevů. Každý vyplněný indikátor byl po jeho řádné analýze (zanesení do interního systému pro sledování výsledků indikátoru) založen do dokumentace pacienta. Data z vyplněných indikátorů jsem převedla do numerologických dat a dále zpracovala. Pro účely této diplomové práce sloužil interní systém sledování výsledků indikátoru (formou tabulky vytvořené v programu Microsoft Excel, která umožňovala vkládání a roztřizování dat, zpracování do tabulek a grafů a provedení statistických výpočtů). Taktéž jsem provedla zpětnou kontrolu dat. Dále jsem sestavila kontingenční tabulky, které zaznamenaly kódovaná data. Třídění prvního stupně ukázalo četnost rozložení jednoho znaku a třídění druhého stupně mi pomohlo najít závislosti mezi proměnnými. Pro výslednou názornost jsem data v prezentaci výsledků převedla do jednotlivých grafů.

K hlavnímu cíli této diplomové práce se vztahují specifické položky indikátoru – tedy jednotlivá vstupní a výstupní skóre uvedených funkčních hodnotících škál.

5.3.3. Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvoří neurologičtí pacienti s vzniklým cerebrovaskulárním onemocněním (ischemická nebo hemoragická cévní mozková příhoda – výčet diagnóz viz kapitola 4.2.), kteří byli v letech 2013 nebo 2014 přijati ke komplexní poiktové rehabilitaci na Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice v Praze. Jedná se o dospělé pacienty, ženy nebo muže s různým druhem a mírou disability vzniklé v důsledku cerebrovaskulárního onemocnění. Tito pacienti projdou neurorehabilitací popsanou v kapitole 4. a během vstupního a výstupního vyšetření jsou vyšetřeni uvedenými funkčními škálami, jejichž výsledky jsou zaneseny do Indikátoru kvality rehabilitace pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním, který je kontinuálně sledován v rámci monitoringu kvality poskytovaných zdravotnických (zde rehabilitačních) služeb.

Za rok 2013 se mi podařilo nasbírat data od 54 pacientů, za rok 2014 data od 74 pacientů, kteří všichni splňují výše uvedené charakteristiky výzkumného vzorku. Dohromady se tedy jedná o data celkově 128 vyšetřených pacientů. Ani jeden z nich nebyl opětovně během uvedených dvou let rehospitalizován k poiktové rehabilitaci na uvedeném oddělení. Myslím si, že vzorek je poměrně obsáhlý a závěry, které se vztahují k jednotlivým hypotézám, mohou být zobecněny.

6. KOMPLEXNÍ ANALÝZA VÝZKUMU

Tato kapitola prezentuje shrnutí hlavních zjištění jednotlivých hypotéz a v další části je jejich grafické znázornění a vyhodnocení. V první části jsou prezentovány socio-demografické výsledky dat, týkající se základních položek indikátoru (věk, pohlaví, dosažení vzdělání, počet dní hospitalizace, místo dimise pacienta apod.) Část je rozdělena na sociologická a demografická data z let 2013 a 2014. Roky jsou záměrně rozděleny, aby byl zřetelný jejich eventuelní vývoj.

Druhá část obsahuje ověření hypotéz, ukazuje závislosti jednotlivých proměnných a hledá vztahy mezi zkoumanými jevy. V rámci každé stanovené hypotézy jsou prezentovány výsledky, jejich grafické zpracování a v závěru je uvedeno, zda byla vyřčená hypotéza platná a přijatá či nikoli. V rámci empirické části je zkoumán základní jev: „*Existuje souvislost mezi kvalitou poskytované rehabilitační péče a výsledným funkčním stavem pacienta.*“

6.1. Zpracování socio-demografických dat hospitalizovaných pacientů

Sbírané socio-demografické údaje jsou zpracovány na základě analýzy dokumentů (vytvořeného indikátoru kvality poskytované rehabilitační péče). Zpracovávají se základní demografické údaje jako pohlaví a věk pacientů, vzdělání a sociální status při přijetí do nemocnice v důsledku vzniku cerebrovaskulárního onemocnění, dále typ jejich onemocnění (poměr mezi ischemickou a hemoragickou cévní mozkovou příhodou). Dále jsou graficky zpracována jednotlivá skóre Barthel Indexu jako jeden z podstatných ukazatelů kvality poskytnuté péče. Skóre Barthel Indexu udávají míru nezávislosti/soběstačnosti vyšetřovaného pacienta a jsou zpracovávána následujícím způsobem:

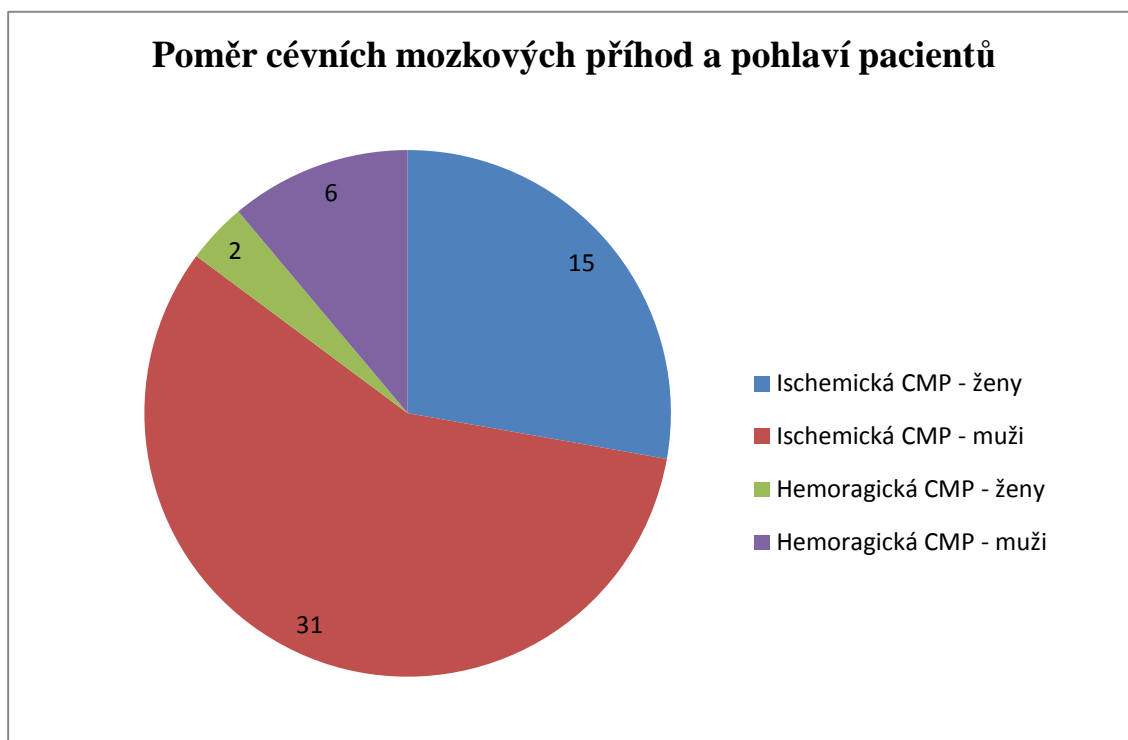
Barthel Index: 0-40 b. → *vysoce závislý*
45-60 b. → *středně závislý*
65-95 b. → *lehce závislý*
100 b. → *nezávislý*

Dále se zabývám popisem a zpracováním jednotlivých položek indikátoru, jako: preskripce kompenzačních pomůcek dimitovaným pacientům, místa, kam jsou pacientů po absolvování poiktové rehabilitace propuštěni (domácí prostředí/další následná zařízení). V neposlední řadě také sleduji celkový počet dní hospitalizace a jejich eventuelní dopad na psychiku pacienta.

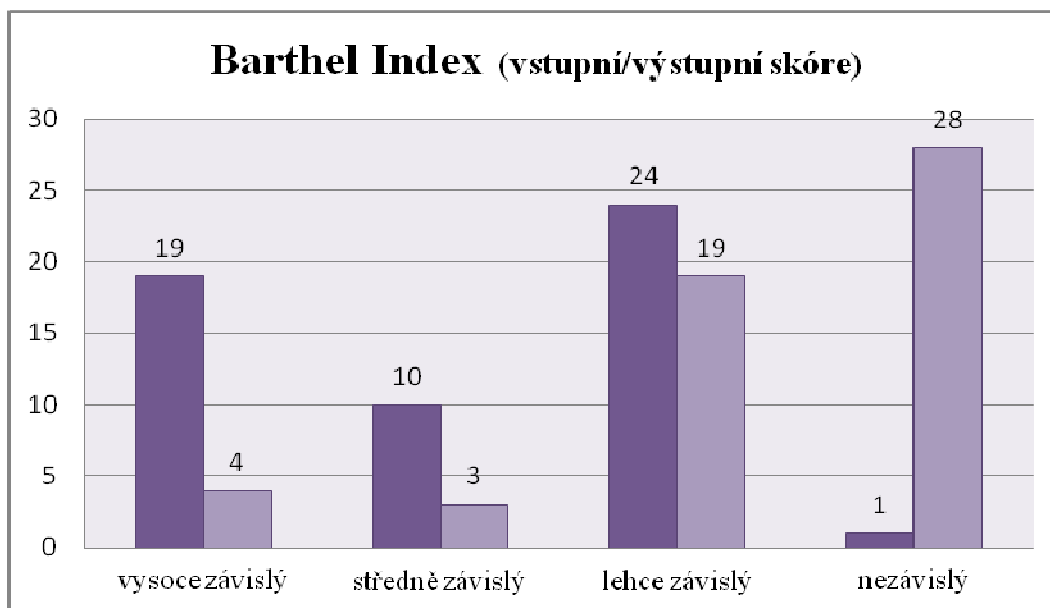
6.1.1. Rok 2013

V roce 2013 prošlo výše popsáním programem poiktové rehabilitace na Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice v Praze celkem 54 pacientů (poměr pohlaví: ženy – 17, muži – 37). Jejich diagnózy jsou rozděleny na základě typu vzniku cévní mozkové příhody, tzn. ischemická (vznik v důsledku poruchy prokrvení části nebo celého mozku) a hemoragická (způsobena krvácením) cévní mozková příhoda, jako dva nejčastější představitelé cerebrovaskulárních onemocnění. Podíl ischemických a hemoragických cévních mozkových příhod odpovídá obecnému literárnímu podkladu, který uvádí např. Kalita (2006):

Ischemická CMP:	ženy – 15	muži – 31
Hemoragická CMP:	ženy – 2	muži – 6

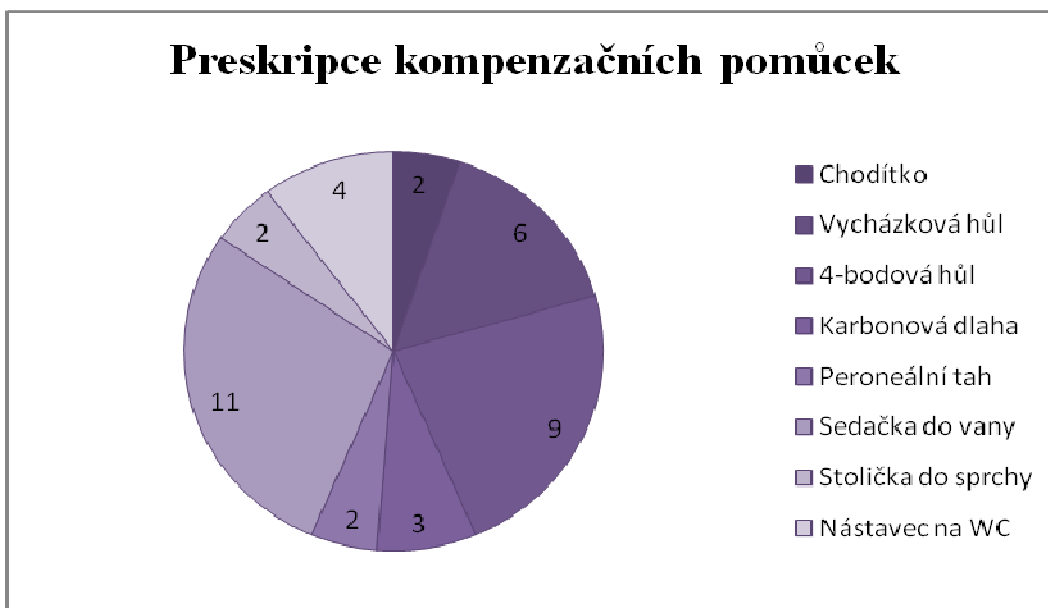


Graf 1: Podíl počtu pacientů hospitalizovaných v roce 2013



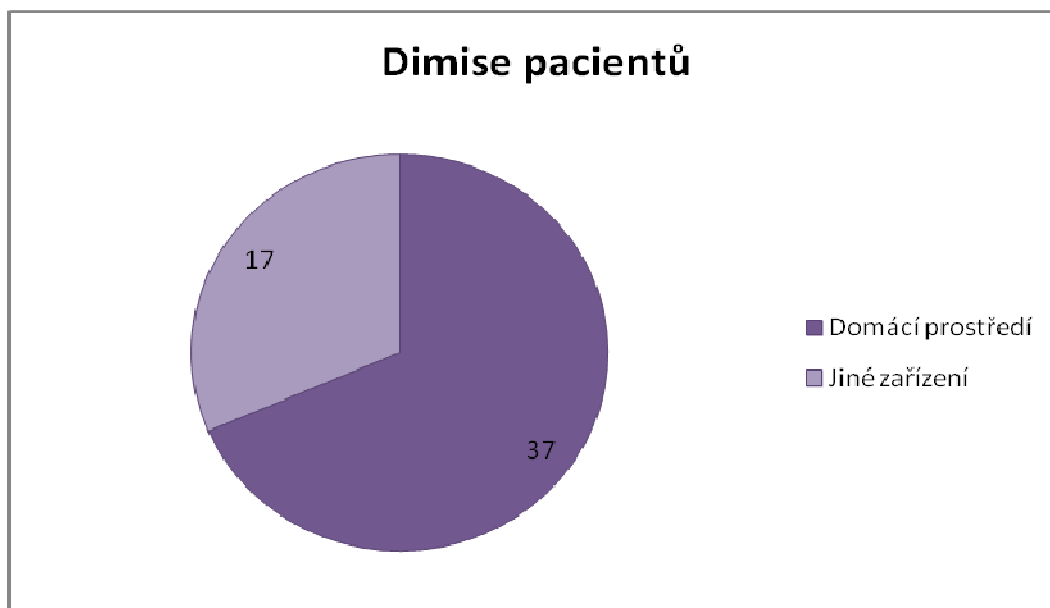
Graf 2: Vstupní a výstupní skóre Barthel Indexu, rok 2013

Následující graf popisuje vstupní a výstupní skóre Barthel Indexu, který hodnotí při přijetí pacienta jeho vstupní stav soběstačnosti/závislosti na pomoci druhých osob (zejména zdravotnického personálu, ale také rodinných příslušníků). Stejným způsobem je pacient vyšetřen při propuštění domů, event. do jiného zařízení následné péče (rehabilitační ústav, ambulantní péče apod.) Z tabulky vyplývá, že při přijetí na oddělení rehabilitace jsou pacienti následkem vzniku cerebrovaskulárního onemocnění vysoce závislí na pomoci druhých (Barthel Index mezi 0-60 bodů, tzn. vysoká až střední závislost při vykonávání běžných denních činností). Mezi tyto položky jsou často při vstupním vyšetření zahrnuty: příjem jídla a pití pacientem, oblékání, mobilita na lůžku, přesuny a lokomoce. Graf dále velmi podstatně ukazuje, jak vysoce soběstační/nezávislí jsou pacienti propouštění po absolvování programu poiktové rehabilitace na zmíněném oddělení. Výstupní skóre Barthelova Indexu slouží jako podstatný indikátor určující kvalitu poskytnuté rehabilitační péče, jelikož cílem neurorehabilitace je ze vstupně velmi nesoběstačného pacienta vycvičit pacienta soběstačného a nezávislého na pomoci druhé osoby. Vysoký počet takto ohodnocených pacientů poukazuje na kvalitu poskytované rehabilitační péče.



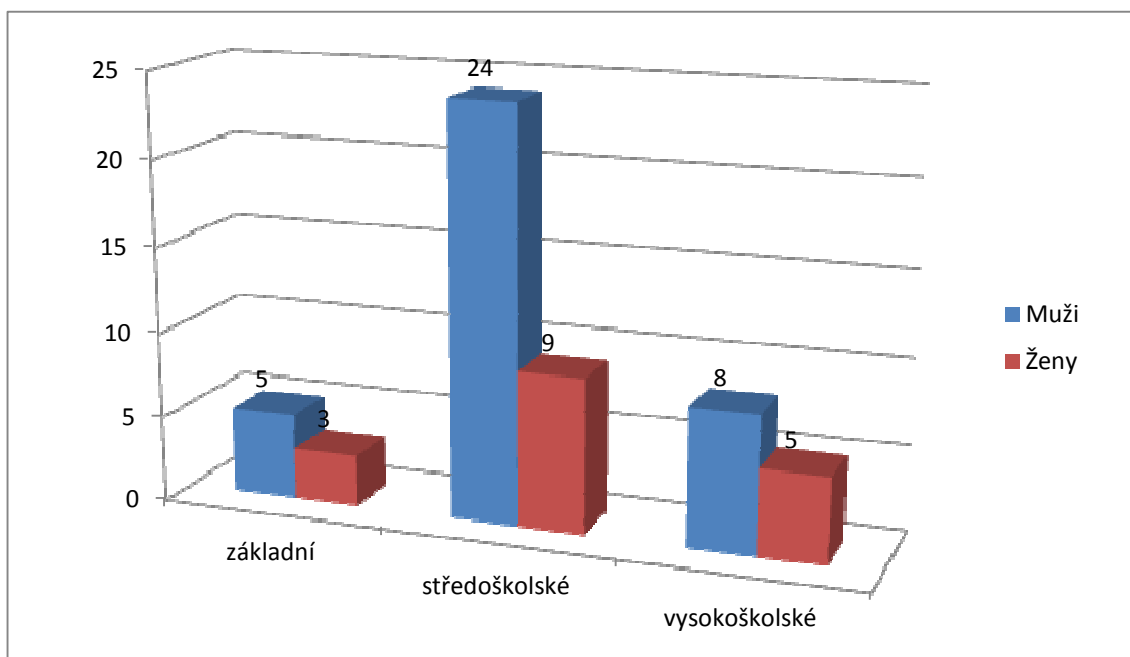
Graf 3: Preskripce kompenzačních pomůcek dimitovaným pacientům, rok 2013

Graf 3 mapuje jednotlivé druhy kompenzačních pomůcek, které jsou propouštěným pacientům předepisovány. Z celkového počtu 54 propuštěných pacientů za rok 2013, bylo 15 pacientům předepsána kompenzační pomůcka (jedná se o kompenzační pomůcky pro lokomoci, sebeobsluhu a pro zlepšení funkce - zejména chůze). 39 pacientů žádnou kompenzační pomůcku při propuštění nepotřebovalo.



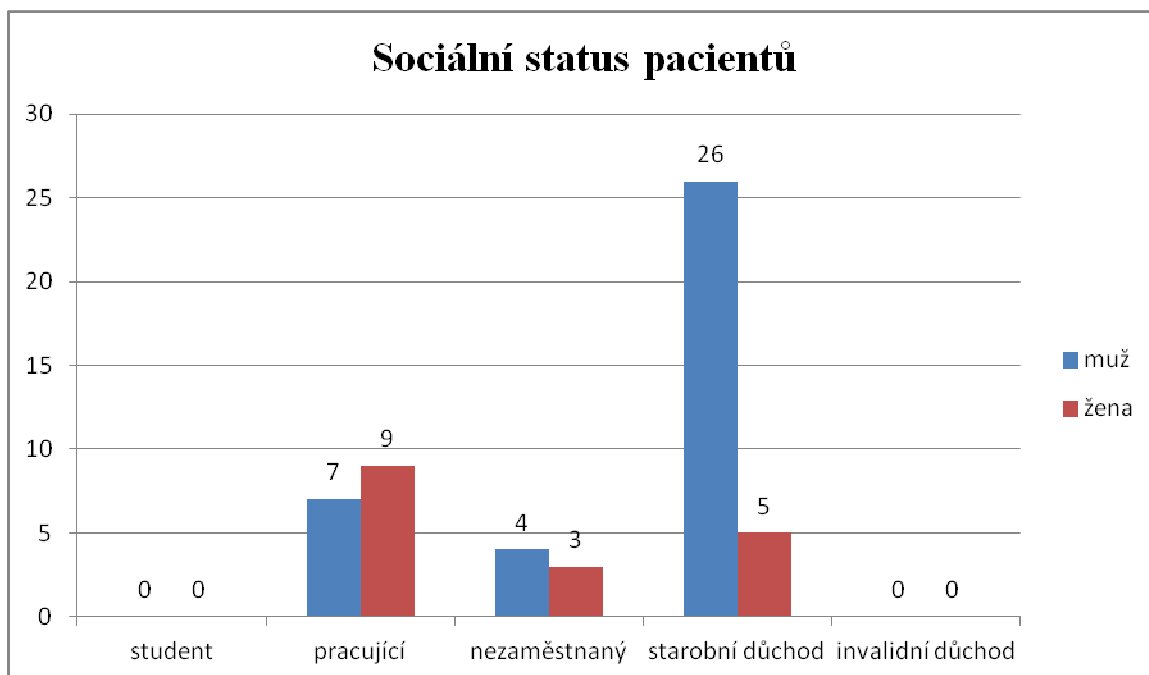
Graf 4: Podíl dimitovaných pacientů do domácího prostředí a dalších zařízení, rok 2013

Graf 4 představuje podíl pacientů, kteří po absolvované rehabilitaci byli schopni odejít domácího prostředí. Z celkového počtu 54 propuštěných pacientů bylo 37 pacientů propuštěných do domácího prostředí (toto prostředí bylo při potřebě uzpůsobeno bezbariérově, event. byli pacienti vybaveni příslušnými kompenzačními pomůckami). 17 z propuštěných pacientů dále pokračovalo následnou rehabilitací zejména v rehabilitačních ústavech nebo ambulantní formou.



Graf 5: Dosažený stupeň vzdělání rehabilitovaných pacientů, rok 2013

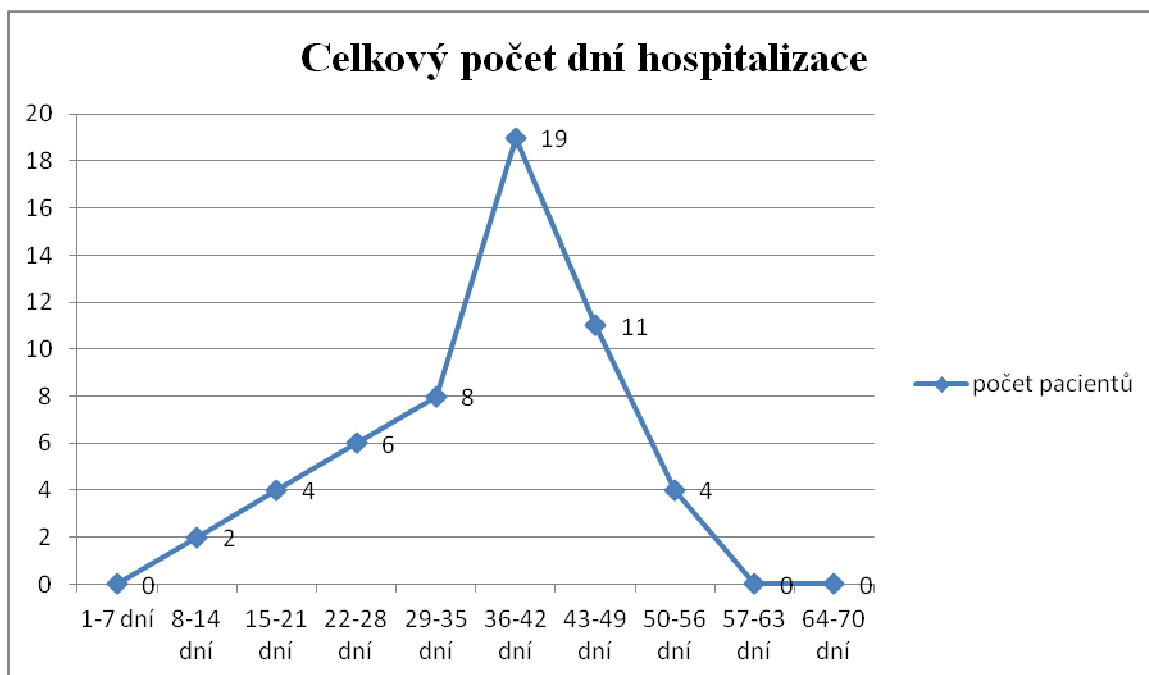
Následující graf popisuje úroveň vzdělání přijatých pacientů na oddělení rehabilitace pro důsledky vzniku cerebrovaskulárního onemocnění. Stupeň vzdělání byl klasicky rozdělen mezi základní – středoškolské – vysokoškolské vzdělání, dále podle pohlaví pacientů. Nejčastěji byli přijati pacienti se středoškolským vzděláním, více muži než ženy.



Graf 6: Sociální status rehabilitovaných pacientů, rok 2013

Sociální status, se kterým byli pacienti přijímáni k poiktové rehabilitaci na zmíněné oddělení představuje výše uvedený graf. Je rozdělen podle aktuální pracovní role, kterou pacienti zaujímali: student – pracující – nezaměstnaný – starobní důchod – invalidní důchod.

Žádný z přijatých pacientů nebyl aktuálně studující nebo v invalidním důchodu, naopak nejčastěji byli přijímáni pacienti ve starobním důchodu, s čímž také souvisí nejvyšší četnost výskytu cerebrovaskulárních onemocnění, i když autoři jako např. Kalita (2006) popisuje aktuální trendy v incidenci tohoto typu onemocnění a říká, že věk výskytu vzniku cévní mozkové příhody se důsledkem životního stylu snižuje mezi mladší generace. Dnes už není vzácností, když jsou přijímáni iktoví pacienti ve věkovém rozmezí 30-40 let.



Graf 7: Celkový počet dní hospitalizace poiktových pacientů, rok 2013

Graf 7 mapuje počty dní (v rámci týdnů, 7 dní), které jednotlivých 54 pacientů neurorehabilitace strávilo na popsaném oddělení. Pro lepší možnost statistického zpracování jsou uvedeny týdenní intervaly jednotlivých pobytů.

Z grafu vyplývá, že více již při přijetí soběstační pacienti absolvují pouze jakousi zkrácenou formu ucelené multidisciplinární neurorehabilitace pro znovu obnovení kondice a zainstruování v autoterapii. Je zřejmé, že tito pacienti mají již při přijetí velmi mírné následky cerebrovaskulárního onemocnění a preferují znovu nabytí své soběstačnosti v domácím prostředí po adekvátním zainstruování kompetentním odborníkem.

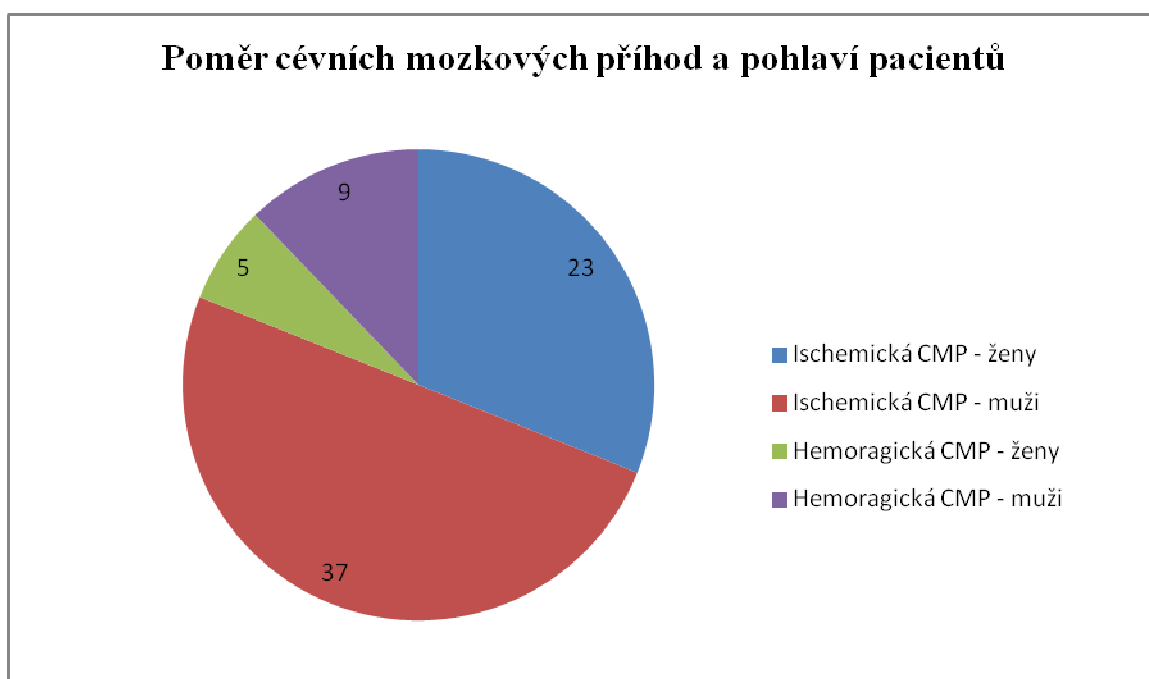
Průměrná doba, kterou pacienti stráví na oddělení neurorehabiliací se pohybuje okolo 5-6 týdnů dle aktuálního stavu pacienta. Toto časové období je adekvátní nastaveným cílům terapie tak, aby pacient odcházel v co nejvíce možné nezávislém stavu a mohl se plně vrátit do domácího prostředí ke svým stávajícím rolím a nemusel dále nikde pokračovat následnou rehabilitační péčí. Tyto údaje (průměrná délka hospitalizace) může být velmi cenná v rámci tvorby standardu těmto pacientům s možným konkrétním časovým rozpočtem jednotlivých terapií a také zejména při úvahách o potřebných nákladech neurorehabilitace a plánování příjmů dalších pacientů.

6.1.2. Rok 2014

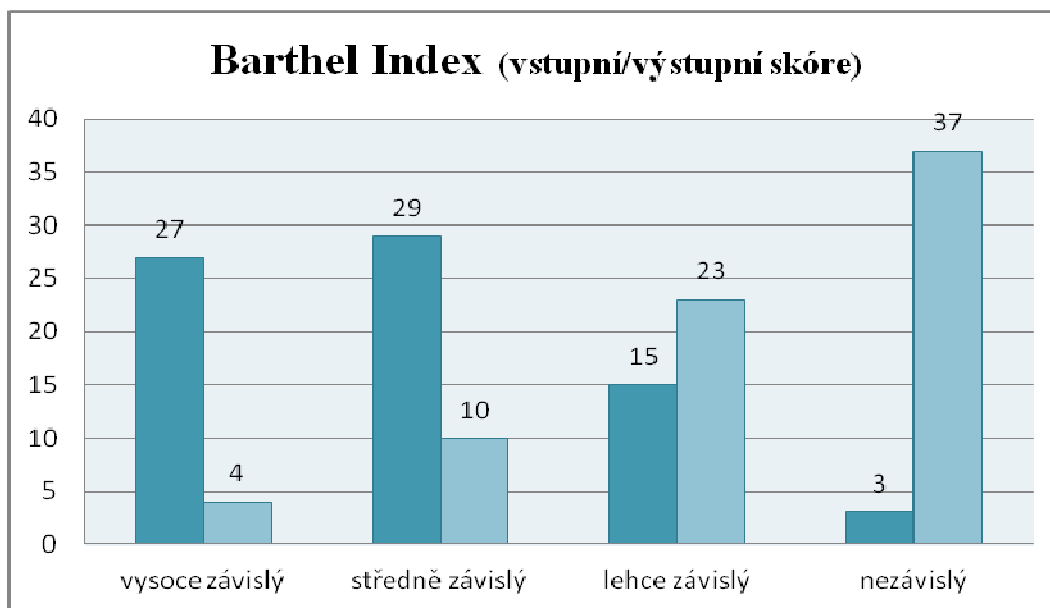
Ve srovnání s rokem 2013 bylo na Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice v Praze v roce 2014 hospitalizováno o 37% více pacientů (rok 2013: celkem 54 neuropacientů, rok 2014: celkem 74 pacientů).

Z celkového počtu 74 hospitalizovaných pacientů bylo pohlaví pacientů v poměru: ženy – 28, muži – 46). Jejich diagnózy byly opět rozděleny na základě typu vzniku cévní mozkové příhody, tzn. ischemická a hemoragická cévní mozková příhoda. Podíl ischemických a hemoragických cévních mozkových příhod byl následující:

Ischemická CMP:	ženy – 23	muži – 37
Hemoragická CMP:	ženy – 5	muži – 9



Graf 8: Podíl počtu pacientů hospitalizovaných v roce 2014

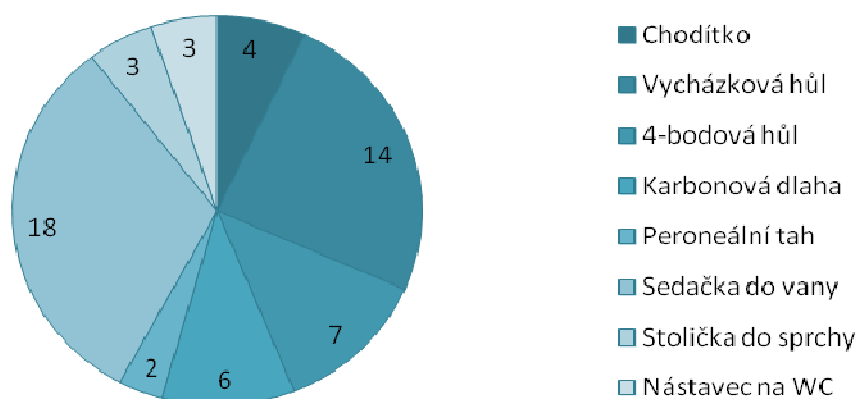


Graf 9: Vstupní a výstupní skóre Barthel Indexu, rok 2014

Graf 9 popisuje vstupní a výstupní skóre Barthel Indexu, hodnotící při přijetí pacienta jeho vstupní stav soběstačnosti/závislosti na pomoci druhých osob. Pacient je stejným způsobem vyšetřen při propuštění domů/do jiného zařízení následné péče.

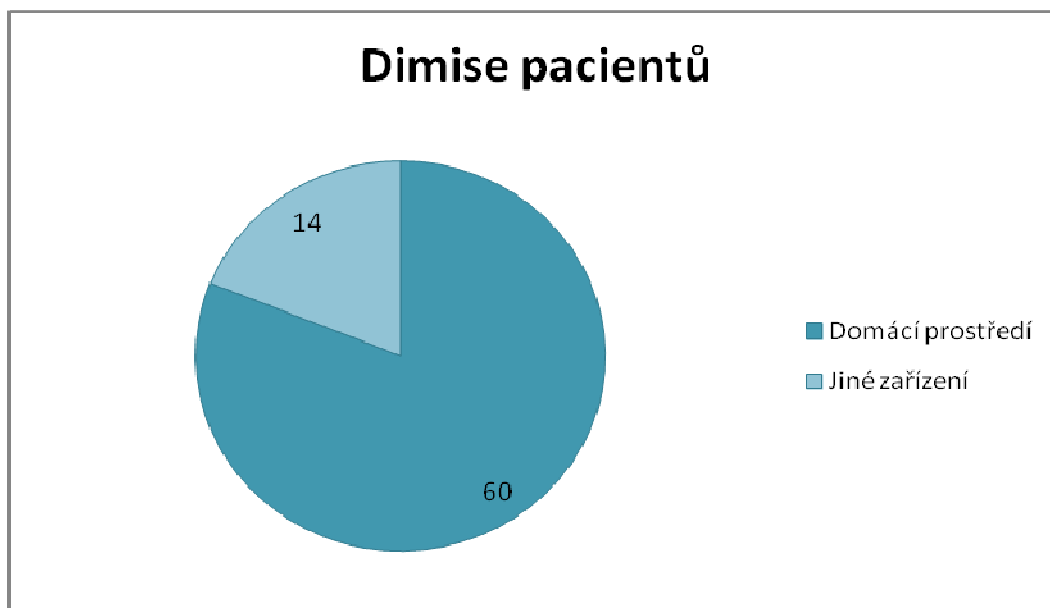
Z grafu opět vyplývá vysoká úroveň závislosti pacientů při přijetí na oddělení rehabilitace (Barthel Index mezi 0-60 bodů, tzn. vysoká až střední závislost při vykonávání běžných denních činností). Mezi tyto položky stejně jako data z roku 2013 jsou zahrnuty následující položky: příjem jídla a pití pacientem, oblékání, mobilita na lůžku, přesuny a lokomoce. Z celkově 56 přijatých pacientů s Barthel Indexem 0-60 b., tzn. vysoká až střední závislost odcházelo po absolvování poiktové rehabilitace 60 pacientů s výstupním skóre Barthel Indexu 65-100 b. – lehká závislost, nezávislost, což demonstruje výše uvedený graf. Graf tedy velmi názorně ukazuje, jak vysoce soběstační/nezávislí jsou pacienti propouštěni po absolvování programu poiktové rehabilitace na zmíněném oddělení. Opět platí tvrzení o výstupním skóre Barthelova Indexu, který může sloužit jako podstatný indikátor určující kvalitu poskytnuté rehabilitační péče.

Preskripce kompenzačních pomůcek



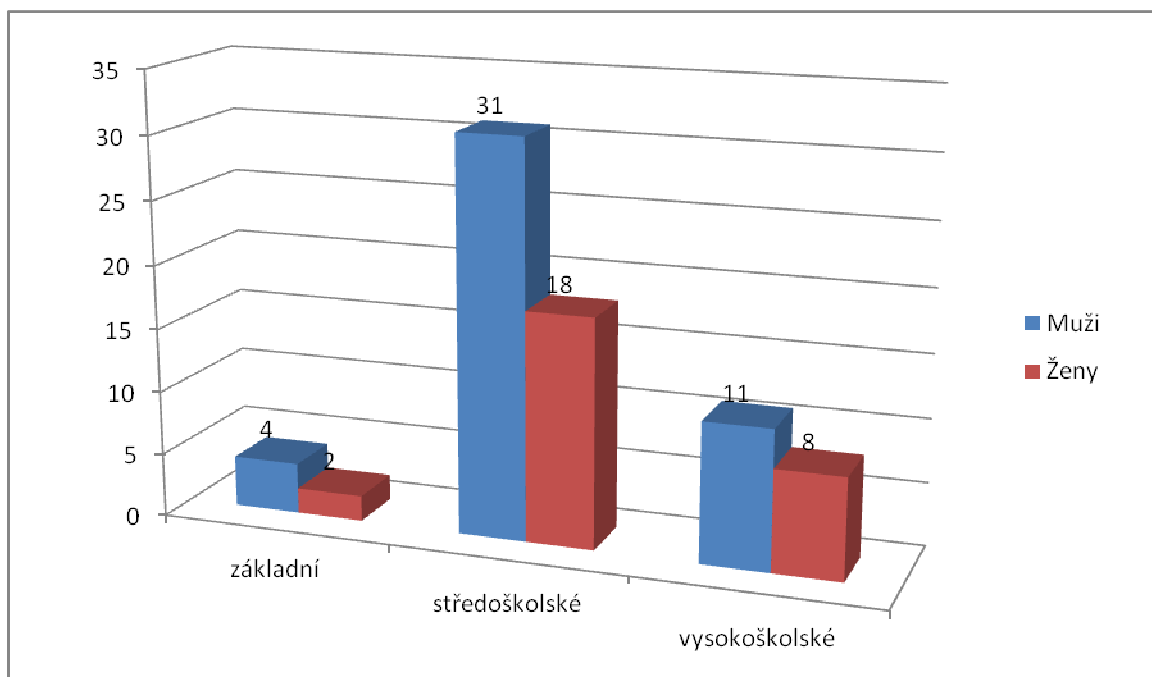
Graf 10: Preskripce kompenzačních pomůcek dimisovaným pacientům, rok 2014

Na následujícím grafu jsou demonstrovány stejným způsobem jako v roce 2013 jednotlivé druhy kompenzačních pomůcek, které jsou propouštěným pacientům předepisovány. Z celkového počtu 74 propuštěných pacientů za rok 2014, bylo 23 pacientům předepsána kompenzační pomůcka (jedná se o kompenzační pomůcky pro lokomoci, sebeobsluhu a pro zlepšení funkce - zejména chůze). 51 pacientů žádnou kompenzační pomůcku při propuštění nepotřebovalo.



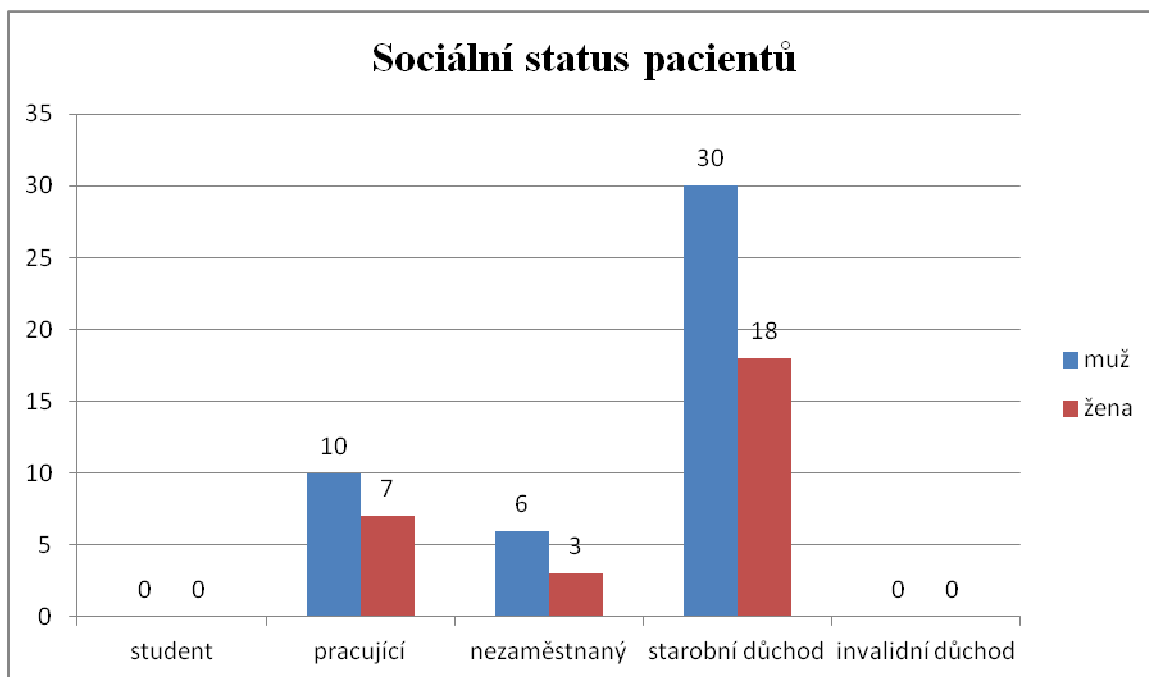
Graf 11: Podíl dimitovaných pacientů do domácího prostředí a dalších zařízení, rok 2014

Graf 11 představuje podíl pacientů, kteří po absolvované rehabilitaci byli schopni odejít domácího prostředí. Z celkového počtu 74 propuštěných pacientů bylo 60 pacientů propuštěno do domácího bezbariérového prostředí, 14 z propuštěných pacientů dále pokračovalo následnou rehabilitací zejména v rehabilitačních ústavech nebo ambulantní formou.



Graf 12: Dosažený stupeň vzdělání rehabilitovaných pacientů, rok 2014

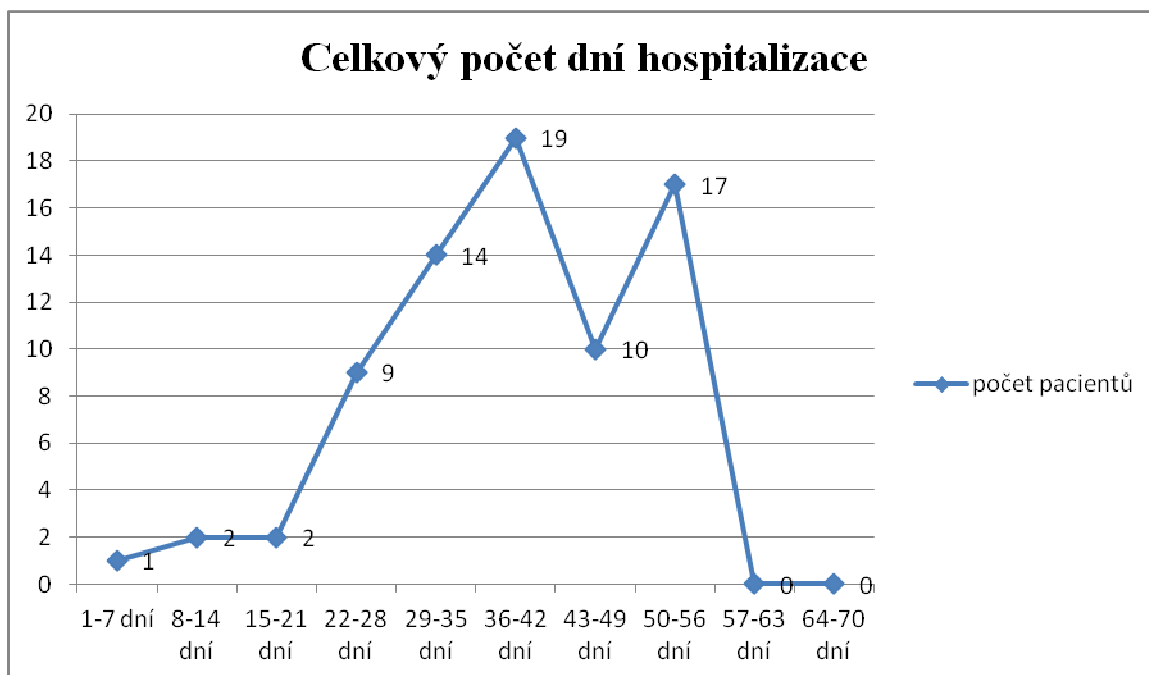
Graf 12 popisuje úroveň vzdělání přijatých pacientů na oddělení rehabilitace pro důsledky vzniku cerebrovaskulárního onemocnění v roce 2014. Nejčastěji byli přijati pacienti se středoškolským vzděláním, více muži než ženy. Tato data přibližně odpovídají stejnému vzorku hospitalizovaných pacientů jako v roce 2013.



Graf 13: Sociální status rehabilitovaných pacientů, rok 2014

Sociální status, se kterým byli pacienti přijímáni k poiktové rehabilitaci na zmíněné oddělení představuje výše uvedený graf. Je rozdělen stejně jako v roce 2013 podle aktuální pracovní role, kterou pacienti zaujímali: student – pracující – nezaměstnaný – starobní důchod – invalidní důchod.

V roce 2014 žádný z přijatých pacientů nebyl aktuálně studující nebo v invalidním důchodu, naopak nejčastěji byli přijímáni pacienti ve starobním důchodu (více muži než ženy). Tento vzorek stejně odpovídá zkoumanému vzorku pacientů z roku 2013.



Graf 14: Celkový počet dní hospitalizace poiktových pacientů, rok 2014

Graf 14 mapuje počty dní (v rámci týdnů, 7 dní), které jednotlivých 74 pacientů strávilo pobytem na neurorehabilitaci daného popisovaného oddělení. Pro lepší možnost statistického zpracování jsou uvedeny týdenní intervaly jednotlivých pobytů stejně jako v roce 2014.

Výše uvedený graf opět demonstruje, že více již při přijetí soběstační pacienti absolvují pouze jakousi zkrácenou formu ucelené multidisciplinární neurorehabilitace pro znovu obnovení kondice a zainstruování v autoterapii.

Průměrná doba, kterou pacienti strávili v roce 2014 na oddělení neurorehabilitací se pohybuje okolo 6 a 8 týdnů dle aktuálního stavu pacienta. Toto časové období je zhruba o 1 až 2 týdny vyšší než v předešlém roce 2013, což je zřejmě v důsledku celkově vyššího počtu přijatých pacientů a v náročnosti systému k jejich přijetí a plánování hospitalizace, jelikož na oddělení jsou stejně jako neurologičtí pacienti přijímáni také pacienti ortopedičtí. Počet dní strávených na oddělení ovšem adekvátně odpovídá detailněji nastavovaným cílům terapie tak, aby pacient odcházel v co nejvíce možném nezávislém stavu a mohl se plně vrátit do domácího prostředí ke svým stávajícím rolím a nemusel dále nikde pokračovat následnou rehabilitační péčí.

6.2. Grafické znázornění výsledků výzkumu

Hlavním zjištěním empirické části této diplomové práce je zkoumat souvislosti mezi kvalitou poskytované rehabilitační péče a výsledným funkčním stavem pacienta. Pro potvrzení nejdůležitější hypotézy **H1**: *Čím více zlepšených položek indikátoru kvality rehabilitace, tím je kvalitněji poskytnuta poiktová rehabilitace hospitalizovaným pacientům a tito pacienti tedy odcházejí více soběstační* a hypotézy **H2**: *Čím více jsou pacienti při propuštění z poiktové rehabilitace soběstační, tím jsou více spokojeni*.

Dále se zabývám studiem vztahů mezi dobou zahájení poiktové rehabilitace a jejím podílem na celkovém výsledném funkčním stavu pacienta. Existuje obecný konsenzus, který upozorňuje na důležitost zahájení včasné multidisciplinární neurorehabilitace a jeho dopad na výsledný funkční stav pacienta. Hypotéza **H3**: *Čím dříve od vzniku cerebrovaskulárního onemocnění je u pacienta zahájena poiktová rehabilitace, tím má pacient celkově zlepšený výsledný funkční stav*, byla mezi hypotézy zahrnuta pro ověření a potvrzení tohoto obecného konsenzu.

Hypotéza **H4**: *Čím vyšší počet dní strávených na oddělení poiktové rehabilitace, tím vyšší je u pacienta riziko vzniku příznaků tzv. hospitalismu (pokles nálady, motivace, deprese)* mne zajímala z důvodu zkoumání a potvrzení často vyskytovaného jevu – tzv. hospitalismu., který je charakterizován jako nesprávná adaptace při pobytu nejen dospělého člověka v nemocnici. Na nemocného negativně působí stereotypní nemocniční prostředí. Jeho symptomy popisují autoři¹⁰ jako celkovou apatii, nechutenství, plačtivost, poruchy spánku, celkovou povadlost, nezám, smutek, ztrátu motivace až celkovou depresi. Po analýze určitých studií mne proto zaujalo ověření si této hypotézy, jelikož se v poslední době diskutuje o přechodu možných rehabilitačních služeb výhradně do sféry ambulantních služeb, kdy např. cílená léčba spasticity formou pravidelných, avšak ne tak častých kontrolních návštěv stávající autoterapie a progresu stavu stavu pacienta. Tento systém by byl značně méně ekonomicky nákladný z hlediska celkových nákladů vzniklých v důsledku hospitalizace pacienta.

Konkrétními kroky kvantitativního výzkumu se zabývám v popisu metodologie výzkumu viz kapitola 5.3. Hlavní proměnné jsou uvedené pod jednotlivými odpovídajícími grafy. Také ověřuji platnost každé zvolené hypotézy a popisuji položky indikátoru, které se vztahují k jednotlivým hypotézám. Výsledky šetření dokazují, že sledování indikátoru kvality v rehabilitační péči je důležitou součástí uceleného procesu kontinuálního sledování kvality ve zdravotnictví, potažmo jejího zlepšování.

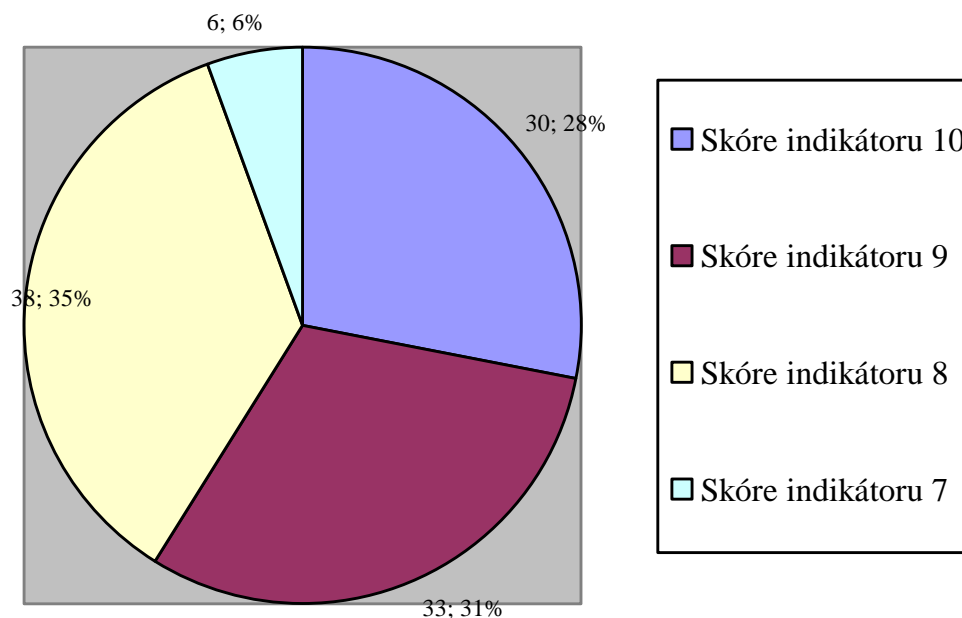
¹⁰ <http://www.psychoweb.cz/slovník/hospitalismus-syndrom-hospitalismu---co-to-je-vyznam-podle-slovníku/>

H1: Čím více zlepšených položek indikátoru kvality rehabilitace, tím je kvalitněji poskytnuta poiktová rehabilitace hospitalizovaným pacientům a tito pacienti tedy odcházejí více soběstační.

Proměnné: *celkové skóre indikátoru*
výstupní skóre Barthel Index
počet pacientů

K ověření této hypotézy byli uvažováni pouze pacienti lehce závislí (65-95 b. Barthel Index výstupní skóre) a nezávislí (100 b. Barthel Index výstupní skóre) a jejich míra soběstačnosti byla zkoumána ve vztahu k počtu zlepšených položek výsledných skóre indikátoru kvality. Jako úspěšně a kvalitně chápanou poiktovou rehabilitaci považuji počet zlepšených položek výsledných skóre indikátoru 7-10 (tzn., že daní pacienti během hospitalizace zlepšili svůj funkční stav v 7-10 položkách indikátoru). Data byla v rámci excelovského programu zanesena do kontingenční tabulky, zpětně zkontrolována a vyhodnocena následovně:

Celkové skóre indikátoru	Počet pacientů [Barthel Index 65-100b.]	Procentuální vyjádření [%]
10	30x	28%
9	33x	31%
8	38x	36%
7	6x	5%



Graf 15: Grafické znázornění a interpretace výsledků hypotézy H1

Hypotéza H1 předpokládala, že čím více položek indikátoru pacient během hospitalizacelepší (čím více selepší jeho funkční stav), tím je poskytnutá poiktová rehabilitace kvalitnější, efektivnější, více zaměřená na reálné cíle pacienta a pacienti tím budou do domácího prostředí nebo jiného zařízení propouštění více soběstační.

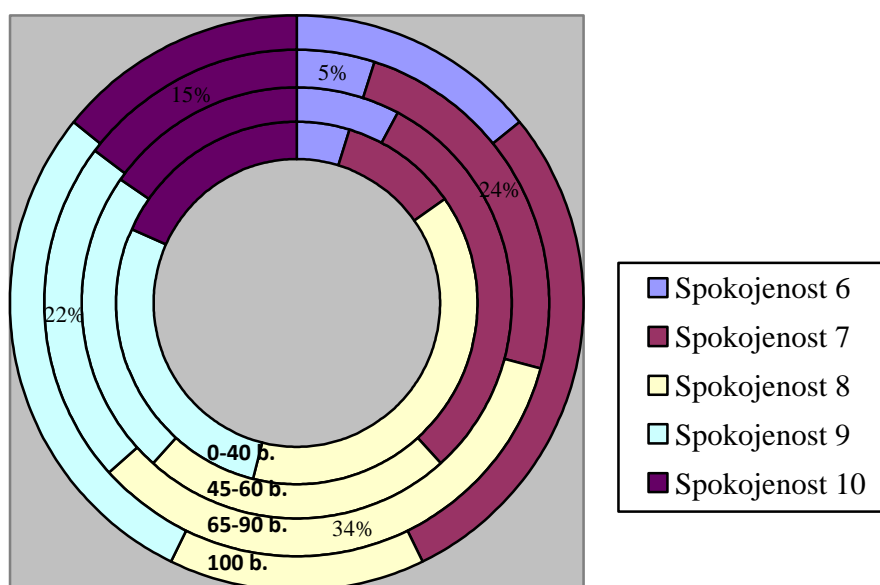
Výsledky ukázaly, že z celkových 107 pacientů (Barthel Index mezi „lehce závislý“ a „nezávislý“) zlepšilo svůj funkční stav 38 pacientů v 8 položkách indikátoru (odpovídá 36%), 33 pacientů v 9 položkách indikátoru (odpovídá 31%), 30 pacientů ve všech položkách indikátoru (tzn. 10 položek, odpovídá 28%) a 6 pacientů v 7 položkách indikátoru (odpovídá 5%).

Předchozí výsledky potvrzují platnost hypotézy H1, kterou tímto můžeme přijat.

H2: Čím více jsou pacienti při propuštění z poiktové rehabilitace soběstační, tím jsou více spokojení.

Proměnné: celkové skóre dotazníku spokojenosti
výstupní skóre Barthel Index
počet pacientů

K ověření platnosti této hypotézy byli uvažováni nejvíce soběstační pacienti, kteří dosáhli po absolvování poiktové rehabilitaci výsledného skóre Barthel Indexu mezi 65→95 b. (lehce závislí) a 100 b. (nezávislí). Mezi těmito pacienty byl sledován nejvyšší počet pacientů, kteří byli dle dotazníkového šetření „Kvalita očima pacientů“ lůžkových služeb oddělení nejvíce spokojeni s danou hospitalizací v rámci jejich poiktové rehabilitace (skóre spokojenosti dotazníku mezi 6-10). Znění tohoto dotazníku viz přílohy. Šetření projektu „Kvalita očima pacientů“ měří kvalitu zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti/spokojenosti pacientů. Výzkumnou technikou je standardizované dotazování pacientů, kteří v době šetření končí svou hospitalizací. K dotazování se využívá standardizovaný a v českém prostředí ověřený anketní dotazník. Tento dotazník pokrývá osm hlavních indikátorů kvality tzv. dimenzí kvality péče. U každé otázky je zvolena jedna položka škály, která odráží nejlepší hodnocení pacienta. Této položce škály se přiřadí hodnotu 1. Ostatním platným položkám se přiřadí hodnota 0. Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny ÚVN je každoročně zapojeno do tohoto dotazníkového šetření, proto byly také výsledky využity pro účely indikátoru. Spokojenost pacienta je velmi důležitým faktorem a jistě se také odráží na celkovém výstupu pacientů poiktové rehabilitace.



Graf 16: Grafické znázornění a interpretace výsledků hypotézy H2

Hypotéza H2 předpokládala, že lehce závislí až soběstační pacienti budou při svém propuštění spokojenější. Jako protipól hypotézy uvažuji, že pacienti, kteří po absolvování srovnatelného programu poiktové rehabilitace nedosáhnou plné míry soběstačnosti, bude méně spokojeni až plně nespokojeni.

Dle výsledků a znázornění v grafu vyplývá, že lehce závislí až soběstační pacienti jsou s danou poiktovou rehabilitací obecně spokojeni (koeficient jejich spokojenosti se pohybuje okolo 8, tzn. 1 = minimální spokojenost, 10 = maximální spokojenost). Toto tvrzení se podařilo ověřit a výsledky můžeme zároveň objektivně porovnat s výsledky Závěrečné zprávy (Raiter, 2013), které dokazují, že nejlépe bylo v rámci šetření spokojenosti pacientů s lůžkovými lužbami oddělení v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici v Praze hodnoceno Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny. Toto oddělení bylo významně překračující průměrné hodnocení za celou nemocnici. V roce 2013 byla celková spokojenost pacientů se službami poskytujícími tímto oddělením 89,7. Za rok 2014 zatím nejsou dostupná data. Stejným způsobem byla tedy zpracována data spokojenosti pacientů méně soběstačných (výstupní skóre Barthel Index mezi 0→40 b. = vysoce závislí a 45→60 b. středně závislí), u kterých se dle tvrzení hypotézy předpokládá opačný postoj ke spokojenosti s poiktovou rehabilitací. Toto tvrzení ovšem data vyvrátila, jelikož tito méně soběstační pacienti jsou také obecně s poiktovou rehabilitací spokojeni (koeficient spokojenosti také 8).

Hypotézu se tedy podařilo potvrdit částečně, pokud uvažujeme vztah mezi soběstačným pacientem a jeho spokojeností. Je ovšem potěšující, že méně soběstační pacienti, ač během programu nedosáhli vyšší míry soběstačnosti, jsou se službami oddělení také spokojeni.

Souhrnná spokojenost - celkem

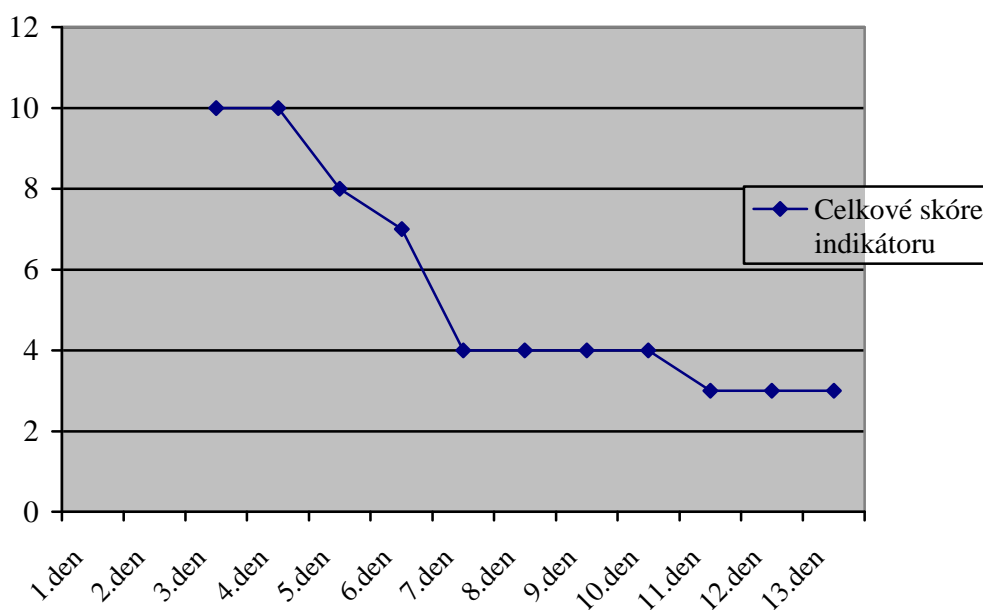
Označení stanice / oddělení	N (počet respondentů)	Průměrná spokojenost	Interval spolehlivosti výsledků	
CELKEM	976	83,8	83,0	84,7
1 ORFM	37	89,7	86,4	93,0
2 Oční	80	89,4	87,0	91,8
3 Interna kardiologie	60	87,4	84,2	90,5
4 Neurochirurgie A	41	86,9	83,6	90,2
5 Gynekologie	35	86,9	83,0	90,7
6 Kožní	17	86,3	78,1	94,5
7 Urologie	74	86,3	83,2	89,4
8 Interna OGHM-A	41	85,3	82,0	88,7
9 ORL	97	84,7	82,3	87,2
10 Neurologie	63	83,9	80,6	87,1
11 Ortopedie 2 traumat.	74	83,0	80,1	85,9
12 Psychiatrie	20	82,2	74,2	90,2
13 Ortopedie 1 aloplast.	46	81,7	77,6	85,8
14 Chirurgie A	58	80,8	76,3	85,3
15 Interna OGHM-B	44	80,6	76,7	84,6
16 Chirurgie B	53	80,2	76,4	84,0
17 Neurochirurgie B	65	79,2	75,6	82,7
18 Ortopedie 3 všeobec.	35	78,9	72,8	85,0
19 Všeobecná interna	36	75,9	70,2	81,5

Tabulka 7: Závěrečná zpráva (Raiter, 2013: 71) – Souhrnná spokojenost v ÚVN

H3: Čím dříve od vzniku cerebrovaskulárního onemocnění je u pacienta zahájena poiktová rehabilitace, tím má pacient celkově zlepšený výsledný funkční stav.

Proměnné: *celkové skóre indikátoru*
den zahájení poiktové rehabilitace
počet pacientů

Pro účely ověření platnosti této hypotézy byli uvažováni všichni pacienti během let 2013 a 2014. Z indikátoru byla vyčtena následující data: den zahájení poiktové rehabilitace (např. čtvrtý den od vzniku cévní mozkové příhody) a výsledný funkční stav pacienta, tzn. celkové skóre indikátoru. Zkoumala jsem souvislost mezi dnem zahájení poiktové rehabilitace a jeho dopad na výsledný funkční stav pacienta.



Graf 17: Grafické znázornění a interpretace výsledků hypotézy H3

Hypotéza H2 ověřovala vztah mezi dobou zahájení rehabilitace od vzniku cerebrovaskulárního onemocnění a dopadem této doby na výsledný funkční stav pacienta. Předpokládala jsem, že čím dříve od vzniku cerebrovaskulárního onemocnění bude u pacienta zahájena poiktová rehabilitace, tím bude celkově lepší jeho výsledný funkční stav. Dle mých zkušeností má doba zahájení koordinované neurorehabilitace významný dopad na celkový funkční stav pacienta. Vnímám ji jako nejvíce jako prevenci senzorickeho strádání pacienta a navázání kontaktu.

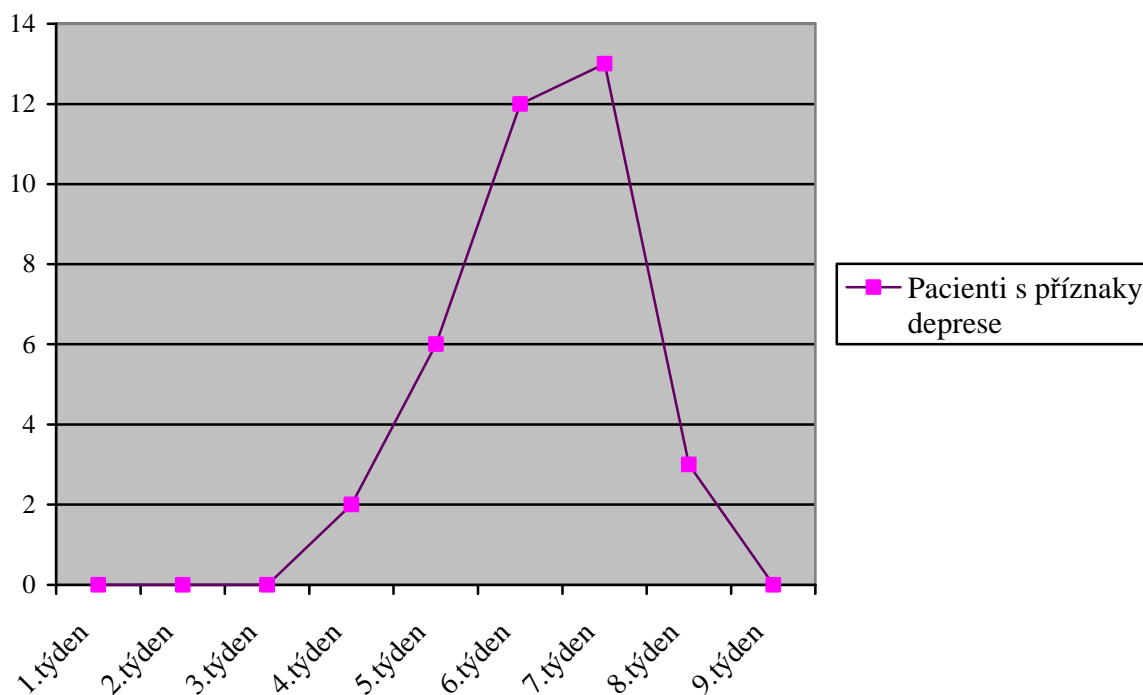
Z výsledků vyplývá, pokud pacienti zahájili poiktovou rehabilitaci již 3. a maximálně 6. den od vzniku cerebrovaskulárního onemocnění, dosahovali obecně lepších výsledků (výsledné skóre indikátoru 8→10). Pacienti, kteří zahajovali poiktovou rehabilitaci od 10. dne a později, dosahovali dle sesbíraných dat obecně horších výsledných skóre funkčních testů a tím také celkového výstupního skóre indikátoru (skóre 4 a méně). Jak lze vyčíst z grafu 17 - má klesající tendenci, proto můžeme z jeho dat tvrdit, že čím později je u pacientů zahájena komplexní poiktová rehabilitace, tím obecně dosahují nižší úspěšnosti ve svém výsledném funkčním stavu. Na nutnosti zahájení včasné neurorehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním upozorňuje řada autorů, např. Lippertová-Grünnerová (2005), Powell (2010) a Švestková (2013). Včasnost patří mezi základní charakteristiky koordinované neurorehabilitace a měl by být zahájena již na akutních odděleních (JIP, ARO).

Hypotézu H3 tedy můžeme považovat za platnou, jelikož se nám dle získaných výsledků podařila potvrdit.

H4: Čím vyšší počet dní strávených na oddělení poiktové rehabilitace, tím vyšší je u pacienta riziko vzniku příznaků tzv. hospitalismu (pokles nálady, motivace, deprese).

Proměnné: *počet dní hospitalizace*
skóre HAMD
počet pacientů

K posuzování příznaků hospitalismu, mezi které velmi často patří lehká míra deprese hospitalizovaných pacientů, slouží Hamiltonova stupnice k posuzování deprese. Maximální možné skóre, ve kterém může pacient skórovat je 66 b. Autoři uvádí, že přítomnost deprese je u skóre 20 a více bodů. Za normu je považováno skóre 0→7. U celkového počtu 128 pacientů (celkový zkoumaný vzorek za rok 2013 a 2014) se deprese objevila celkem u 36 hospitalizovaných pacientů.



Graf 18: Grafické znázornění a interpretace výsledků hypotézy H4

Dle výsledků bylo zjištěno, že se u žádného z pacientů se příznaky deprese nevyskytly během 1. → 3. týdne od vzniku cerebrovaskulárního onemocnění, naopak během 4. týdne až 7. týdne se příznaky objevovaly u pacientů velmi často (viz grafické zpracování), během 8. týdne poiktové rehabilitace výskyt příznaků deprese opět klesal.

Hypotéza H4 předpokládala souvislost mezi počtem dní hospitalizace a možným vznikem deprese jako jednoho z příznaků tzv. hospitalismu. Graf 18 vykazuje výrazný nárůst pacientů, u kterých byly diagnostikovány příznaky deprese v důsledku zvýšeného počtu dní hospitalizace, což potvrzuje hypotézu H4.

Hypotézu H4 můžeme přijmout za platnou.

III. DISKUZE

Cíle diplomové práce byly (1) prezentovat vytvořený Indikátor kvality rehabilitace a (2) demonstrovat jeho výsledky a způsob použití v praxi. Výzkumem se podařilo obhájit, že prezentovaný Indikátor kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním může sloužit jako efektivní nástroj pro sledování kvality rehabilitační péče u uvedené cílové skupiny pacientů. Jak uvádí Zumsteg et al. (2013), pokud bude rehabilitační praxe více využívat klinické indikátory kvality, bude tím více prokazatelná kvalita poskytovaných služeb a co je nejdůležitější, výsledky rehabilitační péče pacienta budou vyšší, z čehož bude mít největší benefit samotný pacient. Níže diskutuji jednotlivá doporučení, která vzešla z praktického využití indikátoru.

▪ **Doporučení k výsledkům empirické části**

Jak uvádí zákon č. 372/2011 Sb. ve vyhlášce 102/2012 Sb., každé zařízení poskytující zdravotnické služby by mělo mít zavedeno interní systém pro zpětnou kontrolu kvality poskytujících služeb. Ne jinak tomu je v rámci poskytování rehabilitačních služeb. V rámci České republiky není běžnou praxí sledování kvality poskytnuté rehabilitační péče prostřednictvím indikátorů kvality rehabilitace nebo tato skutečnost není obecně známa, protože zatím žádné rehabilitační zařízení neprezentuje svoje výsledky těmito klinickými indikátory. Stejně jako neexistují záznamy, studie nebo doporučení jak efektivně kvalitu v rehabilitaci měřit. Doporučení uvedená v této diplomové práci vedoucí k zavádění komplexního sledování kvality rehabilitační péče nejsou proto určena jen pro cerebrovaskulární centra, ale pro všechny zařízení poskytující ucelenou poiktovou rehabilitaci (Iktová centra a Ostatní cerebrovaskulární péče). Tato diplomová práce má také upozornit na současný stav na poli rehabilitace v České republice, kdy pojmy jako kvalita nebo indikátor kvality zatím plošně spíše neexistují.

▪ **Doporučení k indikátoru kvality**

Indikátor kvality rehabilitace sleduje socio-demografická data pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním a je zejména postaven na specifických položkách (výsledná funkční skóre jednotlivých hodnotících škál) a jejich analýze. Záleží na každém rehabilitačním zařízení, s jakými standardizovanými testy bude pracovat a zvolí si je v rámci svého indikátoru. V reakci na tvrzení Švestkové (2015) je více než vhodné zavést multicentrický klasifikační systém pro hodnocení pacientů, kteří podstupují rehabilitační terapie tak, aby byly její výstupy využitelné napříč všemi rehabilitačními zařízeními v České republice a bylo možné také mezinárodní srovnání. Tímto společným „rehabilitačním jazykem“ by mohl být právě takto vytvořený indikátor kvality rehabilitace. V rámci návaznosti péče by mohl být daný vyšetřovaný pacient kontinuálně sledován

během celé doby jeho hospitalizace a testován stejnými funkčními škálami. Jelikož v praxi existuje široké spektrum testů využitelných u pacientů po cévních mozkových příhodách, bylo by velmi vhodné začít vybrané nevhodnější testy aktivně využívat a zainteresovaná pracoviště by tak mohla pracovat se stejnými nástroji měření.

▪ **Diskuze k sledování míry soběstačnosti jako výstupu úspěšnosti rehabilitace**

Jako velmi vhodné uvažuji do indikátoru zařadit sledování míry soběstačnosti pacienta. Sledování této míry jsem zvolila pomocí Barthel Indexu (popis vyšetření viz kapitola 4.3.1.), jelikož tento test je obecně velmi rozšířený, známý, umí spolehlivě, objektivně a validně zohlednit možnosti pacienta, je volně přístupný a k jeho využívání není nutný nákup licence. Obdobným, často využívaným testem k hodnocení soběstačnosti, je FIM (z angl. Functional Independence Measure, Funkční míra nezávislosti), jejíž nákup ovšem podléhá licenci (cena okolo 40 000 - 45 000,- Kč dle aktuálního kurzu dolaru). Tuto míru však ve světě autoři hojně k posuzování kvality rehabilitace využívají. Např. Studie Sien et al. (2013: 181) uvažuje ve svém indikátoru pouze pro srovnání kvality poiktové rehabilitace výsledná skóre FIM testu a poukazuje na skutečnost, že další důležité položky nebyly u zkoumaných pacientů hodnoceny (např. vyšetření chůze nebo funkce horní končetiny). Dále ovšem poukazuje na fakt, že poiktová rehabilitace se neustále vyvíjí a je nutné brát na vědomí také výsledky využití neuromodulačních přístupů a také např. robotickou terapii, jejíž výsledky poskytují optimální zpětnou vazbu. V rámci mnou vytvořeného indikátoru našeho oddělení byla tato skutečnost již zohledněna a výsledky neuromodulačních přístupů byly do indikátoru zavzaty.

▪ **Prevence cerebrovaskulárních onemocnění**

Dle prezentovaných sociodemografických dat vzešlo, že nejvíce rizikovou skupinou pro vznik cerebrovaskulárního onemocnění jsou muži ve starobním důchodu se středoškolským vzděláním. U těchto mužů se v anamnéze dále velmi často vyskytovala nekompensovaná hypertenze a ne příliš zdravý životní styl (kouření, alkohol, žádná pohybová aktivita, stres). V rámci prevence jsou u cílové skupiny pacientů důležitá režimová a dietní opatření, zákaz kouření, omezení konzumace ethanolu a správná léčba všech onemocnění, která jsou primárními rizikovými faktory iktu. Rizikové faktory vzniku cerebrovaskulárních onemocnění rozděluje Kalita (2006) na modifikovatelné a nemodifikovatelné.

- **Modifikovatelné faktory** - *hypertenze, onemocnění srdce, diabetes mellitus, obezita, kouření, nadměrné užívání alkoholu a užívání hormonální antikoncepce*
- **Nemodifikovatelné faktory** - *věk, pohlaví, rasa, genetické faktory*

Primární zdravotní péče v České republice, kterou zajišťují praktičtí lékaři, by měla klást zvýšený důraz na důslednou osvětu potenciálně rizikových pacientů a detailně je informovat o prevenci vzniku tohoto onemocnění. Česká republika patří mezi země s vyšší incidencí tohoto onemocnění, tudíž prevence je nejlepší možná léčba tohoto onemocnění.

IV. ZÁVĚR

Jak již bylo uvedeno, kvalita poskytované zdravotní péče patří mezi tradiční hodnoty zdravotních služeb a pokud se zdravotnická organizace zaměří na management kvality, zvýší se tím standard klinické péče a zároveň většinou dochází ke snížení celkových nákladů. Konkurence v oblasti rehabilitace stále roste, stejně jako rostou nároky jednotlivých pacientů na kvalitu poskytovaných rehabilitačních služeb. V České republice obecně neexistuje ucelený způsob pro sledování, měření a vyhodnocování kvality rehabilitačních služeb a informovanost o tomto důležitém tématu jsou velmi nejednotné a roztržité. Moje motivace k analýze tohoto problému vycházela z vlastní potřeby prokázat objektivním způsobem kvalitu poskytnuté rehabilitační péče.

Teoretická část této diplomové práce se zabývá popisem pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním jako cílovou skupinou, ke které se vztahuje problematika celé diplomové práce. Dále popisuje jednotlivé následky vzniklé tímto onemocněním, systém ucelené rehabilitace v České republice a dále zdůrazňuje neurorehabilitaci jako jediný evidence-based přístup k následkům tohoto onemocnění. Smyslem teoretické části bylo dále zpracování základního sumáře informací, které mohou být užitečné nejen jako předloha pro zavedení systému interního hodnocení kvality poskytovaných rehabilitačních služeb, ale také by mohly poukázat na nutnost zabývat se kvalitou v rehabilitaci a jejím trvalým zvyšováním. V rámci teoretické části jsou dále prezentovány čtyři světové přístupy, které se zabývají sledováním kvality rehabilitaci u stejné cílové skupiny pacientů.

Cílem empirické části bylo prezentovat možnou formu pro ucelené sledování kvality poskytovaných rehabilitačních služeb pacientům s cerebrovaskulárním onemocněním. U těchto pacientů je velmi důležité, aby v důsledku vzniklých deficitů, dosáhli co nejvyšší možné kvality života a soběstačnosti. Pro účely tohoto sledování kvality rehabilitace byl vytvořen Indikátor kvality rehabilitace u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním, jehož proces tvorby a charakteristika jednotlivých položek jde v této části diplomové práce popsána.

V rámci kvantitativního výzkumu byla data tohoto indikátoru kontinuálně sbírána v letech 2013 a 2014 v rámci Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice, které je součástí Komplexního cerebrovaskulárního centra. Data z indikátoru byla zpracována v rámci socio-demografických údajů a poté byly stanoveny čtyři hypotézy, které měly za cíl prokázat souvislost mezi kvalitou poskytované rehabilitační péče a výsledným funkčním stavem pacienta, který je sledován v rámci vytvořeného indikátoru. Všechny hypotézy byly na základě jejich ověření potvrzeny a přijaty. V diskuzi polemizuji nad jednotlivými položkami indikátoru a snažím se dát doporučení k vlastnímu indikátoru těm zařízením, která se rozhodnou kvalitu poskytovaných rehabilitačních služeb podobným způsobem sledovat. Přílohy obsahují jednotlivá dílčí vyšetření, ze kterých se skládá vytvořený indikátor a také standardy rehabilitační péče, které jsou platné v rámci České republiky a vztahují se k cílové skupině pacientů.

Proces tvorby celé diplomové práce mne motivoval k navazujícímu hlubšímu studiu tohoto téma, jelikož jsem v rámci studia literatury zjistila významnou absenci standardů české klinické praxe (absence ergoterapeutického standardu v rámci léčby pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním, absenci logopedického standardu v rámci stejné cílové skupiny pacientů apod.), ze kterého by poté jednotlivá doporučení k indikátoru měla jistě vycházet. Standardizace je totiž zásadní krok k poskytování kvalitních rehabilitačních služeb a pokud chceme rehabilitaci poskytovat kvalitně, uceleně a orientovat se na konkrétní cíle pacienta, monitorace a zvyšování kvality bude pro tyto oblasti zásadní.

V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

- 1) ACHS, THE AUSTRALIAN COUNCIL ON HEALTHCARE STANDARDS. *Clinical indicator program*. If you can't measure it, you can't manage it! [online]. January 2015, s. 1-6 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: http://www.achs.org.au/media/80662/achs_clinical_indicator_program_brochure_2015.pdf
- 2) ACHS, THE AUSTRALIAN COUNCIL ON HEALTHCARE STANDARDS. *Clinical indicator program*. Information 2014 [online]. January 2015, s. 1-28 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: <http://www.achs.org.au/media/58466/achsclinicalindicatorprograminformation2014.pdf>
- 3) ACHS, THE AUSTRALIAN COUNCIL ON HEALTHCARE STANDARDS. Rehabilitation medicine, version 5. *The Australian Council on Healthcare Standards* [online]. 2005-2012, s. 1-18 [cit. 2015-04-12]. Dostupné z: <http://www.achs.org.au/media/76509/rehabilitationmedicinegc.pdf>
- 4) ADAMČOVÁ, Hana. Neurorehabilitace – úvodní slovo. *Neurologie pro praxi* [online]. Roč. 2005, č. 6, s. 295 [cit. 2015-02-21]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2005/06/02.pdf>
- 5) AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011, 351 s. ISBN 978-807-2627-073.
- 6) AMIT, Kumar. Neuro-rehabilitation in Stroke. In: [Http://www.stroke.org/we-can-help/survivors/stroke-recovery](http://www.stroke.org/we-can-help/survivors/stroke-recovery) [online]. 2013 [cit. 2015-02-21]. Dostupné z: <http://strokecoverybc.ca/wp-content/uploads/Amits-PPP-Neuro-rehabilitation-in-Stroke.pdf>
- 7) BĚLOUSOVOVÁ, Anna. *Léčebně rehabilitační plán a postup po cévní mozkové příhodě*. Brno, 2012. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/358643/lf_b/BP-AB__1_.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Eva Pospíšilová.
- 8) BICHEL-FINDLAY, Jen. *ACHS clinical indicator program: measuring performance to improve outcomes* [online]. August 2011, s. 1-28 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: [http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/CA2578620005D57ACA2579A000099EF3/\\$File/007_DR%20JEN%20BICHEL-FINDLAY_with%20alt%20text.pdf](http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/CA2578620005D57ACA2579A000099EF3/$File/007_DR%20JEN%20BICHEL-FINDLAY_with%20alt%20text.pdf)
- 9) BLECHARZ, Pavel. *Základy moderního řízení kvality*. 1. vyd. Praha: Ekopress, 2011, 122 s. ISBN 978-80-86929-75-0.

- 10) BOHANNON, Richard, A. Williams, ANDREWS. Walking speed: reference, values and correlates for older adults. *Journal of Orthopaedic and Sports physical therapy* [online] Vol. 24, nmr. 2, August 1999 [cit. 2015-04-10] Dostupné z: <http://www.jospt.org/doi/pdf/10.2519/jospt.1996.24.2.86>
- 11) CANADIAN STROKE NETWORK. *Stroke rehabilitation screening and assessment tools*. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care 2011-2013, 2013. Dostupné z: http://strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/06/Table-5.1_Stroke-Rehabilitation-Screening-and-Assessment-Tools-June-2013.pdf
- 12) CARRARO, Lorenzo. *Obnova pohybu po cévní mozkové příhodě: návod pro středoškolské rehabilitační pracovníky*. [1. vyd.]. Praha: REHALB, 2002, 125 s.
- 13) CROW, J. Lesley, Barbara, C. HARMELING-VAN DER WEL. Hierarchical Properties of the Motor Function Sections of the Fugl-Meyer Assessment Scale for People after Stroke, *Physical Therapy* [online]. December 2008, vol. 88, nmr. 12, s. 1554-1567 [cit. 2015-11-04] Dostupné z: <http://ptjournal.apta.org/content/88/12/1554.full.pdf+html>
- 14) CUSTER, Melba G. *Developing a model of client satisfaction with a rehabilitation continuum of care*, Rehabilitation Science. [online] University of Kentucky, Dissertations-Rehabilitation Sciences, 2012, s. 150 [cit. 2015-04-17] Dostupné z: http://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1007&context=rehabsci_etds
- 15) DEVREUX, Isabelle CN., Agnes, JACQUERYE. Benchmarking of patient satisfaction with physical rehabilitation services in various hospitals of Jeddah, *Life science Journal*. [online] 2012, vol. 9, nmr. 3, s.73-78, [cit. 2015-04-18] Dostupné z: http://www.researchgate.net/profile/Enas_Elsayed/publication/272110757_Benchmarking_of_patient_satisfaction_with_physical_rehabilitation_services_in_various_hospitals_of_Jeddah/links/54db3c1f0cf233119bc58bab.pdf
- 16) DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 6. dotisk 3. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 372 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
- 17) DOWLA, Nizar, Leighton CHAN. Improving Quality in Stroke Rehabilitation, *Top Stroke Rehabil* [online]. 2010, s. 230-238 [cit. 2015-02-26]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20826411>
- 18) DUNCAN, Pamela. *State-of-the-Science on Postacute Rehabilitation: Measurement and Methodologies for Assessing Quality and Establishing Policy for Postacute Care* [online]. Arch Phys Med Rehabil. November 2007, vol. 88, s. 1482-1487 [cit. 2015-04-07]. Dostupné z: <http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993%2807%2901549-3/pdf>

- 19) EHLER, Edvard, Eva, VAŇÁSKOVÁ a Ivna ŠTĚTKÁŘOVÁ. *Standard komplexní léčby spasticity po cévní mozkové příhodě* [online] s. 5 [cit 2015-04-19] Dostupné z: <http://www.czech-neuro.cz/data/5/n/g/php5ngfji.doc>
- 20) ESO. Management ischemické cévní mozkové příhody a tranzitorní ischemické ataky – doporučení *European Stroke Organisation (ESO)* [online] 2008, aktualizace leden 2009, s. 121 [cit. 2015-04-22] Dostupné z: http://www.eso-stroke.org/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO_Guidelines_CZ.pdf
- 21) FILIPOVÁ, I. *Současná kvalita péče o hospitalizované gerontologické pacienty*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci králové v r. 2007. 65 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
- 22) GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.
- 23) GRAHAM, James E., Anne DEUTSCH. *National Institutes of Health Access*. Inpatient rehabilitation volume and functional outcomes in stroke, lower extremity fracture, and lower extremity joint replacement [online]. May 2013, 51(5), s. 404-412 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3625251/pdf/nihms444376.pdf>
- 24) GRANGER, Carl V a Rene CAILLIET. Quality and outcome measures for rehabilitation programs: Measuring outcomes in rehabilitation medicine. *Medscape* [online]. 2013, no. 1, Updated 28 August 2013 [cit. 2014-11-26]. Dostupné z: <http://emedicine.medscape.com/article/317865-overview>
- 25) GRUBE, Maike, Christian, DOHLE et al. Evidence-Based Quality Indicators for Stroke Rehabilitation, *Journal of American Heart Association* [online]. 2012, vol. 43, s. 142-146 [cit. 2015-02-26]. Dostupné z: <http://stroke.ahajournals.org/content/43/1/142.full.pdf>
- 26) HART, T., EVANS, J.: Self-regulation and Goal Theories in Brain Injury Rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* [online], 21 (2), 2006, s. 142-155 [cit. 2015-03-05]. DOI: 10.1097/00001199-200603000-00007.
- 27) HELLEROVÁ, Markéta. *Historie a budoucnost měření kvality zdravotních služeb prostřednictvím spokojenosti pacientů* [online]. Olomouc: Konference Kvalita očima pacientů, 2010, [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/02_Hellerova_MZ_Historie_a_budoucnost_mezeni_spokojeno_sti_pacientu.pdf
- 28) HEUSCHMANN, Peter U., Marcel, K. BIEGLER. Development and Implementation of Evidence-Based Indicators for Measuring Quality of Acute Stroke Care, The quality

indicator board of the German stroke registers study group (ADSR). *Journal of the American Heart Association* [online]. September 2006, s. 2573-2581 [cit. 2015-04-07]. Dostupné z: <http://stroke.ahajournals.org/content/37/10/2573.full.pdf+html>

- 29) JEDLIČKOVÁ, Martina. *Kvalita zdravotní péče u pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu*. Hradec Králové, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
- 30) JUREK, František. *Možnosti měření kvality poskytované zdravotní péče v nemocnici regionálního významu a určení způsobu trvalého zlepšování kvality ve vybraných ukazatelích* [online]. Ostrava, 1998, [cit 2015-03-01].
- 31) KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, c2006, 623 s. ISBN 80-859-1226-0.
- 32) KAŇOVSKÝ, Petr, Evžen, RŮŽIČKA. *Standard pro léčbu botulotoxinem* [online] 2000, s. 5 [cit 2015-04-19] Dostupné z: <http://www.czech-neuro.cz/data/K/a/a/phpKaaMSG.doc>
- 33) KAŇOVSKÝ, Petr, Eva, VAŇÁSKOVÁ. *Standard komplexní léčby spasticity v dospělosti za použití botulotoxinu* [online] s. 3 [cit. 2015-04-19] Dostupné z: <http://www.czech-neuro.cz/data/V/S/W/phpVSWGWe.doc>
- 34) KLUSÁKOVÁ, Petra. *Neurorehabilitace se českým pacientům mnohdy nedostává*, [online]. 5.11.2012 [cit. 2015-10-02]. Mladá fronta dnes, Zdravotnictví a medicína. Praha. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/neurorehabilitace-se-ceskym-pacientum-mnohdy-nedostava-467484>
- 35) KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, xxxi, 713 s. ISBN 978-807-2626-571.
- 36) KOLEKTIV AUTORŮ. *Metodická příručka pro odborníky pracující v oblasti neurorehabilitace* [online]. Praha, 2014, s. 1-28, Erudis o.p.s. [cit. 2015-04-10] Dostupné z: <http://www.neuroreha.cz/sites/default/files/materialy/Metodick%C3%A1%20p%C5%99%C3%ADru%C4%8Dka%20pro%20odborn%C3%ADky%20pracuj%C3%ADc%C3%AD%20v%20neurorehabilitaci.pdf>
- 37) KOZEL, Roman; MYNÁŘOVÁ, Lenka; SVOBODOVÁ, Hana. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 304 s. ISBN 978-80-247-3527-6.
- 38) KPMG INTERNATIONAL. *Čím víc toho vím, tím hůře se mi usíná. Řízení klinické péče – širší souvislosti*. [online] 2014, s. 1-38 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z:

<http://www.kpmg.com/CZ/cs/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Factsheets/Documents/Cim-vic-toho-vim-brozura-zdravotnictvi-KPMG.pdf>

- 39) KRASNY-PACINI, A., HIEBEL, J., F. PAULY, J., GODON, S., CHEVIGNARD, M.: Goal Attainment Scaling in rehabilitation: A literature-based update. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* [online], 56 (3), 2013, s. 212-230 [cit. 2015-03-05]. DOI: 10.1016/j.rehab.2013.02.002.
- 40) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- 41) LAW, Mary C. *Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání*. 1. české vyd. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, c2008, xiv, 66 s. ISBN 978-80-254-2744-6.
- 42) LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 350 s. ISBN 80-726-2317-6.
- 43) LIŠKOVÁ, Kateřina. *Neurorehabilitace – jak se zorientovat?* Příručka pro osoby se získaným poškozením mozku a jejich rodiny [online]. Praha, 2014, s. 1-170, Erudis o.p.s. [cit. 2015-04-10] Dostupné z: http://neuroreha.cz/sites/default/files/materialy/Neurorehabilitace_p%C5%99%C3%AADru%C4%8Dka_pro_osoby_se_z%C3%ADskan%C3%BDm_po%C5%A1kozen%C3%ADm_mozku.pdf
- 44) MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, 164 s. ISBN 978-807-3579-128.
- 45) MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevázně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
- 46) MÁTL, Ondřej. *Zdravotnictví za hranicemi: přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích*. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009, 81 s. ISBN 978-80-254-3776-6.
- 47) Measuring and Improving Quality of Care, *Journal of the American Heart Association* [online]. American heart association, Conference Proceedings, 2000. s. 1483-1495 [cit. 2015-02-26]. Dostupné z: <http://circ.ahajournals.org/content/101/12/1483.full.pdf+html>
- 48) MIKULÍK, Robert, Jiří, NEUMANN et al. *Standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s mozkovým infarktem* [online] s. 11 [cit 2015-04-19] Dostupné z: <http://www.czech-neuro.cz/data/L/s/R/phpLsR6Iq.doc>

- 49) Ministerstvo zdravotnictví: *Národní akreditační standardy zdravotnických zařízení.*, [online]. 19.10.2007 [cit. 2011-10-02]. Dostupné na: <http://www.szu.cz/ceksz/dokumenty/akreditace/nar_akredi_standardyZZ.pdf>.
- 50) Ministerstvo zdravotnictví. 1. díl – Úvod do problematiky a návrh základní metodiky. *Zlepšení systému řízení zdravotní péče, technická asistence* [online]. 2004, s. 1-49 [cit. 2015-03-15]. Ministerstvo zdravotnictví, Praha.
- 51) Ministerstvo zdravotnictví. 2. díl – Rešerše existujících systémů. *Zlepšení systému řízení zdravotní péče, technická asistence* [online]. 2004, s. 32 [cit. 2015-03-15]. Ministerstvo zdravotnictví, Praha.
- 52) NEUMANN, Jiří. Současné možnosti péče o pacienta s akutní ischemickou cévní mozkovou příhodou. *Medicína pro praxi* [online]. 2007, roč. 2007, č. 1, s. 30-31 [cit. 2015-02-21]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2007/01/08.pdf>
- 53) OECD. *Studie kvality zdravotní péče: Česká republika 2014.* Zvyšování standardů, hodnocení a doporučení. [online]. 2014, s. 1-29 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: http://www.diab.cz/dokumenty/zprava_OECD.pdf
- 54) OŘKZP, ÚVN. Oddělení řízení kvality zdravotní péče Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice v Praze. *Klinické indikátory v roce 2013*. Interní materiály.
- 55) POWELL, Trevor J. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeutů, rodinné příslušníky a pacienty*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 197 s. ISBN 978-80-7367-667-4.
- 56) PRINCOVÁ, Iva. *Poskytování postakutní péče v Nemocnici Pelhřimov a její kvalita*. Praha, 2009. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
- 57) Přispěvatelé Wikipedie, *Léčebná rehabilitace* [online], Wikipedie: Otevřená encyklopedie, c2014, Datum poslední revize 31. 01. 2014, 19:10 UTC, [citováno 21. 02. 2015]
http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=L%C3%A9%C4%8Debn%C3%A1_rehabilitace&oldid=11164560
- 58) RAITER, Tomáš. Závěrečná zpráva - Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím zkušeností pacientů, *Kvalita očima pacientů*. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská nemocnice Praha, roč. 2013, s. 116 [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: www.hodnoceni-nemocnic.cz
- 59) RAO, Paul, Michelle, RIVES. Choosing a High-Quality Medical Rehabilitation Program: an NRH field guide for people with disability, *NRH Center for Health and*

Disability Research [online]. 2010, s. 1-56 [cit. 2015-02-26]. Dostupné z: <http://search.naric.com/public/choosingquality.pdf>

- 60) REKTOROVÁ, Irena. Screeningové škály pro hodnocení demence. *Neurologie pro praxi* [online]. Roč. 2011, č. 12, s. 39 [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/11.pdf>
- 61) RÜDIGER, J. Seitz a M. Carey LEEANNE. Neurorehabilitation after stroke. *European medical journal*. [online]. 2013, roč. 2013, č. 1, s. 38-45 [cit. 2015-02-21]. Dostupné z: <http://emjreviews.com/wp-content/uploads/Neurorehabilitation-after-Stroke.pdf>
- 62) ŘÍHA, Michal, Petra, DVOŘÁKOVÁ. Goal Attainment Scaling (GAS) - metoda k hodnocení efektu terapie u pacientů s fokální spastickou parézou. *Supplementum časopisu Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2015, tč. v tisku.
- 63) SACKETT, D.L.; ROSENGERG, W.M.C.; GRAY, J.A.M., HAYES R.B.; RICHARDSON W.S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996, roč. 312, čís. 7023, s. 71-2. Dostupné online. ISSN 0959-8138.
- 64) SÁDLOVÁ, Tereza. *Vyšetření úchopu u neurologických pacientů – po cévních mozkových příhodách a traumatech mozku*. Praha, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Bc. Zuzana Rodová, Bc.
- 65) SALTER, Katherine, Nerissa CAMPBELL et al. Outcome Measures in Stroke Rehabilitation, *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation* [online]. October 2013, s. 1-144 [cit. 2015-02-26]. Dostupné z: http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter21_Outcome-Measures_FINAL_16ed.pdf
- 66) SANDIN, Karl J. New Approaches to Neurorehabilitation: The Increasing Evidence Base. *Minnesota Medicine, Clinical and Health Affairs*. [online]. 2012, January [cit. 2015-02-21]. Dostupné z: <http://www.minnesotamedicine.com/Past-Issues/Past-Issues-2012/January-2012/New-Approaches-to-Neurorehabilitation>
- 67) SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. vydání. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0623-7.
- 68) SEKOT, M., R. GURLICH. Hodnocení úzkosti a deprese u pacientů se zhoubnými nádory trávicího traktu, *Česká a slovenská pschiatrerie* [online] 2005, vol. 101, nmr. 5, s. 252-257 [cit. 2015-04-11] Dostupné z: http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_5_252_257.pdf
- 69) SIEN, Ng Yee, Astrid, SUANTIO. Functional Outcomes after Inpatient Rehabilitation in a Prospective Stroke Cohort. *Proceedings of Singapore Healthcare* [online]. 2013, vol. 22, nmr. 3, s. 175-182 [cit. 2015-04-07]. Dostupné z:

http://www.singhealthacademy.edu.sg/Documents/Publications/ProceedingsVol22No32013/04%20OA_024-0712%20Ng%20Yee%20Sien.pdf

- 70) SIVARAMAN, N., K., P.: Life goals: the concept and its relevance to rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* [online], 17 (2), 2003, s. 192-202 [cit. 2015-03-05]. DOI: 10.1191/0269215503cr599oa.
- 71) SIVRET, Matt a Mary van de KAMP. *The importance of Clinical Outcomes in Rehab Programs*, Today and in the Age of Reform. [online] 2012, [cit. 2015-02-25] Dostupné z: http://www.rehabcare.com/uploadedFiles/RehabCare_-_rehabcarecom/Hospital_Partners/Content/144157%20RC%20White%20Paper%20UTCOMES%201.pdf
- 72) SPEJCHALOVÁ, Dana. *Management kvality*. Vyd. 3. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2011. ISBN 978-808-6730-684.
- 73) SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. *Akreditační standardy pro nemocnice* [online]. 1.1.2014, 3. vyd., 72 s. [cit. 2015-04-01] ISBN 978-80-87323-04-05. Dostupné z: http://www.sakcr.cz/get_file.php?file=./admin/upload/download/sak-standardy-nemocnice-2014.pdf
- 74) SUCHÝ & TŮMA. *Vývoj národních ukazatelů výkonnosti zdravotní péče* [online]. Jindřichův Hradec: STAPRO s.r.o., 2007, [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: <http://www.fm.vse.cz/imz/wp-content/uploads/2009/10/05.pdf>
- 75) ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- 76) ŠLIKOVÁ, Martina. *Ošetrovatelská péče a její zkvalitnění v Hemodialyzačním středisku v Kladně*. Praha, 2005. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Petr Vrzáček.
- 77) ŠRAJEROVÁ, Ladislava. *Standardy a jejich význam v péči*. Hradec Králové, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Mgr. Ivana Vašátková, Ph.D., Jaroslava Pečenková
- 78) ŠVESTKOVÁ, Olga. Základní principy současné neurorehabilitace. *Neurologie pro praxi* [online]. 2013, roč. 2013, č. 14(3), s. 143-146 [cit. 2015-02-21]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/06.pdf>
- 79) ŠVESTKOVÁ, Olga. Objektivizace funkčních schopností rehabilitanta a výzkum v rehabilitaci. *Interprofesní rehabilitace, funkční diagnostika a intervence: sborník abstrakt z konference : Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN, Praha, 16.4.2015*. [Praha: VFN Praha, 2015], 23 s. ISBN 978-80-260-7539-4.

- 80) TEASELL, Robert, Rachel MAYS a Norhayati HUSSEIN. Important Clinical Studies in Stroke Rehabilitation. *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation* [online]. 2013, s. 1-174 [cit. 2015-02-25]. Dostupné z: http://www.ebrsr.com/sites/default/files/2013-working-copy-of-the-most-influential-studies_jan14-2014.pdf
- 81) TEASELL, Robert, Norine, FOLEY. Executive Summary 16th Edition. *Evidence-Based Review of Stroke rehabilitation* [online]. 2013, s. 1-35. [cit. 2015-04-10] Dostupné z: http://www.ebrsr.com/sites/default/files/documents/executive-summary-srebr_final_16ed.pdf
- 82) THE JOINT COMMISSION. *Disease Specific Care, Certification Review Process Guide* [online]. January 2015, s. 1-74 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/2015_Jan_DSC_Org_RPG.pdf
- 83) UMPHRED, Darcy Ann. *Neurological rehabilitation*. 5th ed. St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier, c2007, 1257 s. ISBN 0-323-03306-7.
- 84) VÁCLAVÍK, Daniel. Současný stav péče o akutní ischemické cévní mozkové příhody v ČR. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2006, roč. 2006, č. 3, s. 134 [cit. 2015-02-21]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/03/09.pdf>
- 85) VAŇÁSKOVÁ, Eva. Testování v neurorehabilitaci. *Neurologie pro praxi* [online]. Roč. 2005, č. 6, s. 311-314 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/neu/2005/06/06.pdf>
- 86) Věstník Ministerstva zdravotnictví [online]. 2010, částka 2, str. 2-13. Dostupné z: www.mzcr.cz/legislativa/Soubor.ashx?souborID=9372&typ=application/pdf&nazev=V%C4%9Bstn%C3%ADk_%20%C4%8D_02_2010.pdf
- 87) Věstník Ministerstva zdravotnictví [online] 2010, částka 8, str. 9-10. Dostupné z: www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=10105&typ=application/pdf&nazev=ZDRAVOTNICTVI%2008-10.pdf
- 88) Věstník Ministerstva zdravotnictví [online]. 2012, částka 10, str. 2-21. Dostupné z: www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=16470&typ=application/pdf&nazev=ZDRAVOTNICTVI%2010-12.pdf
- 89) VLČEK, František. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení, role externí kontroly*. Praha: 3. lékařská fakulta, Spojená akreditační komise, 2013. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/vyuka/studijni-materialy/CNSPH1/Kvalita-externi-kontrola-bezobr.pdf>
- 90) WEBB, P. M., GLUECKAUF, R. L.: The effects of direct involvement in goal setting on rehabilitation outcome for persons with traumatic brain injuries. *Rehabilitation Psychology* [online], 39 (3), 1994, s. 179-188 [cit. 2015-03-05]. DOI: 10.1037//0090-5550.39.3.179

- 91) Wikipedia contributors. "Neurorehabilitation." *Wikipedia, The Free Encyclopedia*. Wikipedia, The Free Encyclopedia, 19 Jan. 2015. Web. 21 Feb. 2015.
- 92) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Quality of care, A process for making strategic choices in health systems* [online]. Geneva 2006, s. 1-50 [cit. 2015-02-21]. ISBN 92-4-156324-9. Dostupné z: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
- 93) ZAHRADNICKÁ, Ilona. Hodnocení soběstačnosti. *Sestra* [online]. Roč. 2004, č. 2, s. 15 [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: http://www.fnplzen.cz/ospece/Publikace/2_04_Zahradnicka.pdf
- 94) *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2012, 43 s. ISBN 978-807-4210-525.
- 95) ZUMSTEG, Jennifer, Stephanie K. ENNIS. *National Institutes of Health Access*. Quality of care indicators for the structure and organization of inpatient rehabilitation care of children with traumatic brain injury [online]. March 2012, 93(3), s. 386-393 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3290746/pdf/nihms352941.pdf>