Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Iva Princová

Poskytování postakutní péče v Nemocnici Pelhřimov a její kvalita

Diplomová práce

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

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou 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 depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 13.11.2009 Princová Iva

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Doc. MUDr. Ivě Holmerové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a vstřícný přístup pří vedení diplomové práce. Poděkování patří také pracovníkům Doléčovací rehabilitační jednotky Nemocnice Pelhřimov za ochotu a čas při realizaci provedeného výzkumu.

Abstrakt

Stárnutí populace v České republice je fenoménem naší novodobé historie. Propojení zdravotních a sociálních služeb pro seniory se ukazuje jako nevyhnutelné. S poskytováním těchto služeb souvisí také jejich kvalita, s jakou jsou tyto služby nabízeny a poskytovány. Zatímco v sociálních službách došlo k vytvoření zákona, který přináší mnoho pozitivního do poskytování služeb v sociální oblasti, oblast zdravotních služeb, konkrétně zdravotních služeb pro seniory, zůstává nepovšimnuta. Koncepce geriatrie z roku 1983 není již v mnoha aspektech aktuální a nová koncepce, která vznikla před osmi lety, nikdy nevyšla v platnost.

Před rokem proběhla médii diskuse na téma léčebny pro dlouhodobě nemocné, kde nejpočetnější skupinu pacientů tvoří právě starší populace. S obrazem, jaký média o léčebnách pro dlouhodobě nemocné předložila veřejnosti, nesouhlasím. Na příkladu pelhřimovské nemocnice a jejího oddělení doléčovací rehabilitační jednotky jsem se proto rozhodla ukázat fungování dobré praxe.

V teoretické části se zabývám problematikou stárnutí, gerontologií a geriatrií. Také zde charakterizuji geriatrického pacienta. Dále se zde věnuji struktuře zdravotních služeb a jejich financováním, stručnému popisu historie české ústavní péče se zaměřením na historický vývoj následné péče a jejím současným stavem. Závěr teoretické části je věnován pojmu kvalita, definici tohoto pojmu, kvalitě zdravotních služeb, indikátorům kvality, akreditaci a certifikaci.

Empirická část se zabývá celkovým popisem nemocnice se zaměřením na doléčovací rehabilitační jednotku, dále se věnuji kvalitativnímu výzkumu, metodě získávání dat, cílovému souboru respondentů a analýze získaných dat. Cílem výzkumu bylo nalezení indikátorů kvality poskytované postakutní péče na oddělení doléčovací rehabilitační jednotky. Výsledkem kvalitativního výzkumu byly indikátory, jako je spokojenost pacienta, komplexní zajištění potřeb pacienta, akreditace, schopnost vyplnění času tráveného na oddělení, schopnost komunikace, prostory doléčovací rehabilitační jednotky, vzdělávání zaměstnanců, motivace zaměstnanců, důvěra, rehabilitace, schopnost zachování důstojnosti a intimity člověka.

Klíčová slova: stárnutí, geriatrie, léčebny pro dlouhodobě nemocné, kvalita zdravotních služeb

Abstract

The ageing of the population in the Czech Republic is the phenomenon of our modern history. The connection of health and social services for seniors seems to become unavoidable. The quality of these services is connected with the way how they are offered and provided. While the law which brings a lot of social services, the sphere of health services, particularly health services for seniors, remains unnoticed. The conception of geriatrics from year 1983 is not actually and the new one, which come eight years ago it has never become valid.

A year ago a discussion with the topic of the long-term care hospital, where the most numerous group of patiens is formed by older population, took place in mass media. I do not agree with the image of health resorts for the long-term sick presented to the public by mass media. I decided to demonstrate the functioning of good practice through the example of the hospital in the town of Pelhřimov and its section of curative rehabilitating unit. In the theoretical part of my dissertation I deal with the problems of ageing, gerontology and geriatrics. I also characterize a geriatrics patient.. Then I devote myself to the structure of helath services and their finance, to the brief description of the history of the Czech institutional care aimed at the historical development of the follow-up health care and its prezent state. The conclusion of the theoretical part is devoted to the concept of quality, to the definition of this concept, to the quality of health services, to the indicators of quality, to the accreditation and certification.

The empiric part of my dissertation deals with the general description of the hospital aimed at the terapeutic rehabilitating unit, farther I devote myself to the qualitative research, to the metod of obtaining data, to the finishing complex of respondents and to the data analysis. The aim of the research was to find the indicators of quality of the after-acute care provided by the section of the therapeutic rehabilitating unit. The results of the qualitative research were indicators such as the satisfaction of a patient, komplex securing of patient´s demands, accreditation, ability to fill up the time spent at this section, ability of communications, the space of the therapeutic rehabilitating unit, the education of the staff and their motivation, trust, rehabilitation, ability to preserve confidence and intimacy of a man.

Key words: ageing, geriatrics, the long-term care hospital, quality of health services

Obsah:

OBSAH: **6**

1 ÚVOD **7**

2 TEORETICKÁ ČÁST **10**

2.1 PROBLEMATIKA STÁRNUTÍ 10

2.1.1 Demografie stáří *10*

2.1.2 Stárnutí *11*

2.1.3 Stáří *12*

2.1.4 Gerontologie, Geriatrie *14*

2.2 ZDRAVOTNÍ SLUŽBY PRO SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE 19

2.2.1 Systémové dělení zdravotní služby *19*

2.2.2 Financování zdravotní péče *21*

2.2.3 Obecná struktura zdravotní péče o staré občany a chronicky nemocné *25*

2.3 ZAŘÍZENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE 30

2.3.1 Léčebny dlouhodobě nemocných *30*

2.4 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 34

2.4.1 Definice kvality *34*

2.4.2 Kvalita zdravotní péče *34*

3 EMPIRICKÁ ČÁST **41**

3.1 NEMOCNICE PELHŘIMOV 41

3.1.1 Akreditace Nemocnice Pelhřimov *42*

3.1.2 Doléčovací a rehabilitační jednotka (DRJ) *43*

3.2 VÝZKUM 46

3.2.1 Kvalitativní výzkum, definování indikátorů kvality ošetřovatelské péče *47*

3.2.2 Metoda získávání dat *47*

3.2.3 Cílový soubor respondentů *49*

3.2.4 Zpracování dat a průběh kvalitativního výzkumu *49*

3.3 DISKUSE 68

4 ZÁVĚR **75**

SEZNAM ZKRATEK **77**

LITERATURA **78**

PŘÍLOHY **83**

1 Úvod

Mé poznatky, týkající se problematiky léčeben dlouhodobě nemocných, vychází především z dob praxí, které jsem vykonávala v rámci studia na 3. Lékařské fakultě. Dále jsem měla možnost pracovat v jedné pražské soukromé léčebně na pozici ošetřovatelky a několik měsíců jsem pracovala jako registrovaná zdravotní sestra v humpolecké léčebně dlouhodobě nemocných. Bohužel ani v jedné z výše uvedených léčeben jsem se z mého pohledu nesetkala s profesionální a především kvalitní ošetřovatelskou péčí.

V létě roku 2008 vzbudila u laické a odborné veřejnosti vlnu rozruchu řada článků MF Dnes o „nedůstojné péči“ v soukromé léčebně dlouhodobě nemocných v pražské Chitussiho ulici. (46)

První tiskovou konferenci, věnovanou této problematice uspořádala dne 11. července 2008 Česká gerontologická a geriatrická společnost. Česká asociace sester špatné chování zdravotních sester v léčebnách tohoto typu jednoznačně odsoudila, z místa viceprezidentky asociace navrhla okamžitě odvolat paní Bc. Miladu Appltovou (vrchní sestra soukromé pražské léčebny dlouhodobě nemocných). Ta se své funkce sama vzdala, nikoliv však postu vrchní sestry, médii tolik kritizovaného zařízení. Poté následovalo několik zasedání České asociace sester, kde se vydávala různá stanoviska ohledně této problematiky. Asociace také provedla několik auditů a na jejich podkladě poukázala na základní nedostatky. Dle tehdejší prezidentky asociace sester Dany Juráskové, je třeba dát „sestrám a pomocnému personálu více peněz a odpovědnosti.“ (38)

Politické špičky nic neřešily a spíše se věnovaly vzájemné kritice mezi sebou. David Rath tvrdil, že situace se zhoršuje s postupující privatizací léčeben dlouhodobě nemocných a lůžek následné péče. (38) Dnes již bývalý ministr práce a sociálních věcí Nečas přišel raději rovnou s možným řešením a to: „ zavést vyživovací povinnost dětí vůči starým rodičům. Tím nalijeme chybějící peníze do systému péče o staré lidi." (45) Své stanovisko vyjádřila i Česká gerontologická společnost. Ta vidí léčebny dlouhodobě nemocných jako přežitek doby a přiklání se spíše: „k specializované péči šité seniorům na míru.“ (46) Zástupci Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) Jana Popovičová a Stanislav Fiala dodali, že na problém péče v léčebnách dlouhodobě nemocných upozorňovali již před dvěma lety, kdy AČMN zaslala všem médiím obsáhlý rozbor katastrofické situace v léčebnách. (38)

Přestože vědecká rada Ministerstva zdravotnictví schválila koncepci geriatrie již před osmi lety, nikdy nebyla uvedena do praxe a pro laickou a často také odbornou veřejnost je tato koncepce stále tabu. V současné době vznikla na ministerstvu zdravotnictví meziresortní komise k dlouhodobé péči, která má za úkol přepracovat původní koncepci gerontologie a geriatrie. Nelze opomenout vznikající gerontologická centra, která se snaží v co nejvyšší možné míře o provázání zdravotních a sociálních služeb. Jejich vznik tak trochu prochází bez povšimnutí veřejností, skoro až automaticky. Dále se zvyšuje počet odborných publikací, zabývajících se kvalitou poskytované péče v léčebnách dlouhodobě nemocných. Někteří přední odborníci se také snaží odtabuizovávat i jiná neméně populární témata, která s léčebnami souvisí, tj. násilí páchané na seniorech, ageismus či umírání v podmínkách těchto léčeben. Již v 90. letech minulého století vznikly neziskové organizace, které svoji práci soustředí na péči o seniory jako Česká alzheimerovská společnost, Život 90 či Svaz důchodců ČR a další.

Na druhé straně tohoto především mediálního a politického „honu“ za špatnou péčí v léčebnách dlouhodobě nemocných stojí léčebny nebo doléčovací jednotky, které svoji práci odvádí dobře, nejsou na ně podávána žádná trestní oznámení, dokonce získávají akreditace od Spojené akreditační komise. O těchto zařízeních se ale nikde nepíše, i když já sama věřím, že jich je většina. Během své studijní praxe jsem se setkala také s ošetřovatelskou péčí profesionální a vysoce kvalitní. Lidé zde také pracují v malém počtu, za málo peněz, často ve starých budovách, přesto se snaží tuto práci odvádět dle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Pracovníci, kteří tuto práci provádějí poctivě, se mohli cítit touto kampaní značně poškozeni, neboť se nerozlišovala dobře odvedená práce od té špatné a nedůstojné. To nelze mediím odpustit, ačkoliv to byla právě ona, která veřejně poukázala na skutečnosti, které byly odborné veřejnosti známé.

Odhlédneme-li tedy od faktu, že systém péče o seniory má na republikové úrovni spousty faktických nedostatků, jejichž řešení je spíše v rukou ministerstev zdravotnictví, financí či práce a sociálních věcí, tak právě ukázání fungování „dobré praxe“ v oblasti poskytování postakutní péče bude cílem této diplomové práce.

Tato diplomová práce nese název „Poskytování postakutní péče v Nemocnici Pelhřimov a její kvalita“, kde pojmem postakutní péče označuji Doléčovací rehabilitační jednotku. Je rozdělena do dvou částí a to části teoretické a empirické.

Na základě demografického vývoje, který prokazuje výrazné stárnutí populace v České republice, kde byl podíl osob starších 60 let v roce 1998 18,1%, v roce 2025 to bude přibližně 27% a dle prognózy OSN pro rok 2050 41% populace (21) a věkové

struktuře pacientů léčeben dlouhodobě nemocných, se v teoretické části této práce budu věnovat problematice stárnutí, gerontologií a geriatrií, dále zde budu charakterizovat geriatrického pacienta. Také se budu zabývat strukturou zdravotních služeb a jejich financováním, stručným popisem historie české ústavní péče se zaměřením na historický vývoj následné péče a jejím současným stavem. Vzhledem k rozsahu této práce se zde nebudu zabývat tématy jako násilí na seniorech či problematikou umírání v podmínkách léčeben dlouhodobě nemocných, v žádném případě tím ale nepodceňuji jejich důležitost a aktuálnost, spíše naopak tyto oblasti vidím jako nejvíce problémové a laickou veřejností silně tabuizované.

Budu definovat pojem kvalita, také se budu zabývat kvalitou zdravotní péče, indikátory kvality a pokusím se charakterizovat pojmy jako akreditace a certifikace.

Empirická část bude věnována kvalitativnímu výzkumu na oddělení Doléčovací rehabilitační jednotky. V jejím úvodu se budu věnovat celkovému popisu nemocnice se zaměřením na zkoumané oddělení. Jelikož celá nemocnice získala akreditaci platnou od 16. 12. 2008 od Spojené akreditační komise České Republiky, nebude cílem práce zkoumat kvalitu ošetřovatelské péče dle standardů této komise.

Cílem výzkumu bude zjistit, co si na tomto konkrétním oddělení představují sami pacienti, rodinní příslušníci a zaměstnanci pod pojmem „kvalitní péče“, jak by měla podle nich kvalitní péče vypadat, či co by bylo vhodné udělat, aby péče kvalitní byla. Výsledkem by tedy měla být identifikace indikátorů kvality postakutní péče.

2 Teoretická část

2.1 Problematika stárnutí

„Stárnutí populace se chápe jako přirozený civilizační vývoj přinášející řadu šancí i výzev týkajících se například povahy dlouhého života ve „stáří“, seberealizace a využití potenciálu starších lidí, změny konceptu zaměstnanosti a penzionování, financování zdravotnických a sociálních systémů i stereotypů při poskytování podpory a služeb.“ (21)

Nejen v České republice dochází k stárnutí populace, přesněji řečeno, lidé se dožívají vyššího věku než bylo běžné v minulosti a mění se také věková skladba pacientů nemocnic, především v oblasti poskytování postakutní, tedy následné péče.

2.1.1 Demografie stáří

Demografie je věda, která studuje proces reprodukce lidské populace. Objektem studia demografie je lidská populace, předmětem jejího studia je proces demografické reprodukce, tedy přirozený proces obnovy obyvatelstva důsledkem rození a vymírání. Procesy demografické reprodukce jsou úmrtnost (též mortalita), nemocnost, porodnost (též natalita), potratovost, sňatečnost a rozvodovost. Tyto procesy jsou také v centru demografického zájmu. V demografii stáří a pro plánování a modulování zdravotnických služeb se také uplatňují tato kritéria:

- naděje dožití (life expectancy – LE) při narození a dále ve věku 65 let
- naděje dožití adjustovaná na zdravotní stav či dysabilitu (health-adjusted life expectancy – HALE, dysability-free life expectancy – DFLE) (15).

Stárnutí populace je nejcharakterističtějším rysem demografického vývoje České republiky i dalších rozvinutých zemí Evropy. Tento demografický vývoj bude v dalších letech pokračovat. Přispěje k němu zestárnutí populačně silných poválečných ročníků a v dalším období zejména prodlužující se pravděpodobná doba dožití. Demograficky řečeno bude česká populace stárnout shora věkové pyramidy.

Pro srovnání je důležité uvést situace v zahraničních zemích. Podle prognóz OSN bude v roce 2020 v Japonsku 34% obyvatel starších 60 let proti roku 2000, kdy tvořili 23% populace a každý čtvrtý obyvatel bude starší 65 let, ve Spojených státech bude v roce 2020 22% obyvatel starších 60 let a každý šestý obyvatel států bude starší 65 let. (3)

Podle prognózy OSN vázané k roku 2050 bude v hospodářsky vyspělých zemích žít asi 2,2 miliónu stoletých lidí, lidé starší 80 let budou tvořit 9,6% populace. (15)

V České republice byl podíl osob starších 60 let v roce 1998 18,1%, v roce 2025 to bude přibližně 27% a dle prognózy OSN pro rok 2050 41% populace. Dlouhověkých osob starších 90 let v České republice žije aktuálně asi 27 000. Do roku 2050 by se měl jejich počet zvýšit na 230 000. (21) Demografická naděje dalšího dožití, tedy life expectancy, činí dnes u osob ve věku 90 let 3,6 roku, ve věku 100 let 2,5 roku a to u žen i mužů. (15) Přesto univerzální platnost má významně delší naději na dožití pro ženy než pro muže. Tento rozdíl se označuje jako mužská nadúmrtnost. Důsledkem mužské nadúmrtnosti je kromě psychosociálního dopadu ve vyšším věku především ve stáří, vysoká ovdovělost žen, odtud vznik gerontologického fenoménu osamělých starých žen. (23) Ve věkové skupině 80 let a více bylo v České republice v roce 2000 ovdovělých 30,8% mužů a 80,6% žen. (22)

Dle doporučení WHO lze pokládat populaci za demograficky starou, žije-li v ní více jak 7% 65 letých a starších. (9)

2.1.2 Stárnutí

Stárnutí, neboli involuce, je „univerzální proces postihující živou hmotu.“ (23, str. 67) Stárnutí lze jen těžko jednoznačně definovat a otázkou proč organismus stárne se zabývají gerontologové již dlouhou řadu let. V dnešní době existuje několik teorií stárnutí a to například teorie genetická (předpoklad, že stárnutí je geneticky naprogramováno a zakódováno a každý jedinec stárne podle vlastního programu), teorie metabolických omylů (stáří je nahromaděním metabolických omylů, které se objevují v buněčném metabolickém cyklu především v syntéze proteinů) a teorie metabolických změn (volné radikály, zbytkové produkty, křížení). Všechny tyto teorie samy o sobě řeší pouze jeden z aspektů stárnutí. (9)

2.1.3 Stáří

Stáří je nevyhnutelný fyziologický stav ve vývoji člověka. Jedná se o proces, který provází člověka od jeho narození a jako biologický proces končí jeho smrtí. Lze ho chápat jako poslední ontogenetické vývojové období v životě člověka.(9)

„Změny ve stáří jsou projevem biochemických změn, zakódovaných v molekule DNA každé buňky. Stárnutí je projevem ztráty buněk při opotřebování organizmu. Regenerace buněk a tkání je menší než její opotřebování a organizmus už nedokáže zachovat dřívější rovnováhu. Imunitní systém ztrácí s přibývajícím věkem svoji sílu a organizmus je více ohrožen nemocemi infekčními, nádorovými a autoimunitními.“ (43)

Klasifikace stáří je různá a hranice věku seniora se stále posouvají, z lékařského a demografického pohledu se považuje v České republice za počátek stáří věk 65 let.

Klasifikace věku dle SZO:

- 45 – 59 let = střední věk
- 60 – 74 let = vyšší, starší věk, ranné stáří, presenium
- 75 – 89 let = vysoký, stařecký, pokročilý věk, senium
- 90 let a více = dlouhověkost (43)

Další dělení:

- 60 až 74 let = počínající stáří
- 75 až 89 let = vlastní stáří
- 90 let a více = dlouhověkost (14)

Jiné možné dělení je následující:

- 65 až 74 let = mladí senioři
- 75 až 84 let = staří senioři
- 85 let a více = velmi staří senioři (14)

Z. Kalvach člení ve své knize seniory do tří možných skupin a to dle jejich funkční zdatnosti, rizikovosti a potřeby zdravotních služeb. První skupinu lze nazývat zdatní senioři, a tvoří ji jedinci s výbornou výkonností. Tato skupina nepotřebuje geriatrickou péči a důležitou roli zde hraje spíše edukace a preventivní prohlídky.

Další skupinou jsou nezávislí senioři, kteří nepotřebují za normálních okolností ošetřovatelskou ani pečovatelskou službu, avšak dochází u nich k přechodnému zhoršení jejich kondice vlivem operační zátěže, infekce či závažného onemocnění.

Třetí skupinu tvoří senioři křehcí. Jsou to jedinci s chronickým rizikem pádů, zhoršenými kognitivními funkcemi (mírný až střední stupeň demence), trpící depresí, s nestabilním stavem při kardiovaskulárních onemocněních, arytmiemi, kde vzniká potřeba dispenzarizace. Tato skupina využívá zdravotní služby i služby sociální, domácí péči a další.

Senioři zcela závislí jsou plně nesoběstační jedinci, vyžadující nepřetržitou pomoc rodiny a pečovatelské organizace. Využívají respitní péči a pobyty v léčebnách dlouhodobě nemocných. (23)

Změny ve stáří

Stárnutí provází řada somatických a psychických změn. Při biologickém stárnutí dochází k omezování rezerv, snižování adaptačních schopností a také odolnosti k zátěžím. Mění se imunitní mechanismy, především dochází k poklesu imunity protiinfekční a protinádorové. Probíhají změny v tvorbě mnoha hormonů a jejich působení. Zpomaluje se psychomotorické tempo, dochází k úbytku nervových buněk. Zhoršují se smysly: zrak, sluch, chuť, čich, hmat. Ubývá svalové hmoty, to se projevuje poklesem svalové síly. Dochází k poklesu celkové tělesné vody, zmnožuje se tuková tkáň, ubývá kostní hmoty, ztrácí se vápník z kostí. (36)

V období stárnutí se setkáváme s psychickými změnami, které lze považovat za jeho normální součást. (15) Některé psychické funkce se věkem nemění, jiné mají sestupnou či naopak vzestupnou tendenci. Věkem se nemění slovní zásoba a jazykové znalosti (zpravidla zůstávají zachovány) a intelekt (dosažený na úrovni zralého věku). Oproti tomu sestupnou povahu mají v průběhu stárnutí kognitivní neboli poznávací funkce. Pro stáří bývá také typická emoční labilita. Dochází k změnám ve struktuře osobnosti, akcentují se původní osobnostní rysy, ale není to pravidlo v jednotlivých případech. (9)

2.1.4 Gerontologie, Geriatrie

Gerón znamená řecky starý člověk a logos je nauka. (35) Gerontologie je tedy vědní obor (nauka) zabývající se problematikou stáří a stárnutí. Má interdisciplinární charakter a tvoří ji tři vědní disciplíny. (51)

1. Gerontologie teoretická – vytváří teoretický základ pro praktickou činnost, tedy aplikaci poznatků kolem starého člověka. Hledá, shrnuje a zobecňuje nová, dosud nepoznaná fakta. Uplatňuje předvídání, predikci. Součástí teoretické gerontologie je také experimentální gerontologie. (35, 51)
2. Gerontologie klinická (Geriatrie) – zabývá se zvláštnostmi chorob stáří, jejich etiologií a patogenezí.
3. Gerontologie sociální – se zabývá analyzováním vztahů starého člověka a společnosti. (51)

Geriatrie má své počátky spjaté s péčí o staré a chudé obyvatele a v Čechách má zakořeněnou dlouholetou tradici. Tak, jak se tento obor stále rozvíjí, je třeba vytvářet co nejjednoznačnější vymezení tohoto oboru. Například podle Gruberové je: „geriatrie samostatný lékařský obor, který v sobě zahrnuje prevenci, diagnostiku, léčbu, specifickou rehabilitaci a geriatrické ošetřovatelství.“ (9, str15) Podle Webera se geriatrie: „zaměřuje na prevenci, diagnostiku, terapii, rehabilitaci a ošetřovatelskou péči patologických forem stárnutí a stáří, přičemž používá specifické metody a formy práce, zejména se pak zabývá chronickými stavy, ubýváním soběstačnosti a narůstáním závislosti.“ (51, str.12)

V tuto chvíli je jádrem oboru geriatrie všeobecná interna, která má přesah do dalších oborů, především neurologie, gerontopsychiatrie, rehabilitace a ošetřovatelství.(21)

Dle platné koncepce oboru geriatrie z roku 2001 je geriatrická péče diferenciována a zahrnuje jak složku akutní tak následnou, paliativní i preventivní a ambulantní a lůžkovou. (15)

Struktura geriatrické péče

Popis struktury geriatrické péče v České republice vychází z platného konceptu geritarie a lze ji dělit na lůžkovou péči, semimurální péči, ambulantní péči a komunitní služby pro seniory.

Pod lůžkovou péči lze zahrnout Geriatrická postakutní oddělení, která slouží geriatrickým pacientům k doléčení, rehabilitaci a zlepšení soběstačnosti. Dále existuje Zdravotně sociální péče převážně ošetřovatelského typu, jež slouží pacientům s trvalou potřebou zdravotnického dohledu a dopomoci v základních sebeobslužných aktivitách.

Do semimurální péče patří Oddělení denních hospitalizací, které je zřizováno při geritarickém oddělení a Zdravotně sociální denní centra. Ta jsou určena pro seniory s omezenou soběstačností a specifickými zdravotními potřebami.

K ambulantní péči lze přiřadit Geriatrické ambulance, ty navazují vlastní činností na geriatrická oddělení.

Pod komunitními službami pro seniory si můžeme představit účelné propojení a také koordinaci zdravotnických a sociálních služeb, dále spolupráci s praktickým lékařem ve spolupráci s geriatrickou ambulancí a jejími týmy. (14)

Historický vývoj české gerontologie a geriatrie

Profesor Hamerník ohlásil již v roce 1843 své přednášky „O nemocech pokročilého věku s klinickými demonstracemi“ na pražské Lékařské fakultě. Počínaje školním rokem 1904/05 přednášel o chorobách stáří také profesor E. Procházka. (15)

Ve dvacátých letech minulého století se touto problematikou zabýval profesor Rudolf Eiselt. Od roku 1926 byl přednostou Ústavu pro nemoci stáří v tehdejším chudobinci Sv. Bartoloměje, poté založil při pražské Lékařské fakultě kliniku nemocí stáří, klinika byla prvním univerzitním pracovištěm ve světě. V čele této kliniky byl profesor R. Eiselt do roku 1939. (10)

Na rozvoji České gerontologické a geriatrické společnosti má velkou zásluhu profesor Bohumil Prusík. Od roku 1948 vedl jednání o založení mezinárodní vědecké společnosti, která by se zabývala problematikou stáří. V roce 1953 byla Mezinárodní gerontologická asociace, i zásluhou profesora Prusíka, založena. Inicioval také vznik gerontologické sekce při Československé internistické společnosti, od které se sekce v roce 1962 osamostatnila a vznikla tak samostatná Československá gerontologická společnost při Československé lékařské společnosti J.E.Purkyně. Roku 1974 vznikl při Institutu pro doškolování lékařů a farmaceutů kabinet gerontologie a geriatrie. V roce 1983 se geriatrie stala samostatným nástavbovým atestačním oborem. Hlavním odborníkem byl v té době profesor Vladimír Pacovský. (15)

O rozvoj geriatrie se postarali také další výjimeční odborníci, kromě výše jmenovaných také profesor František Bláha, docent Jindřich Groh či primář F. Trojan, který dal vzniku multidisciplinárního gerontologického týmu, jehož pracovnicí byla také sociložka Jiřina Šiklová. (15)

V dnešní době nelze opomenout také význačné autory, kteří zpřístupňují problematiku stárnutí i mladé generaci psaním učebnic medikům, praktickým lékařům, ale také nelékařské odborné či laické veřejnosti (zdravotní sestry, ergoterapeuti, sociální pracovníci). Mezi tyto autory patří V. Pacovský, Z. Zadák, J. Neuwirth, H. Haškovcová, I. Holmerová, a B. Jurašková.

Geriatrický pacient

Jak již bylo zmíněno na začátku této práce, nejpočetnější skupinu nemocných na oddělení následné péče a v léčebnách dlouhodobě nemocných tvoří starší populace. Tato skupina je však často nejpočetnější právě pro zakořeněné předsudky o geritarickém pacientovi a jeho potřebách. Stejně jako zužuje péči o starší populaci pouze na péči ošetřovatelskou a sociální. Geriatrický pacient tak bývá někdy špatně diagnostikován a zbytečně posílán do léčeben dlouhodobě nemocných, i když jeho momentální zdravotní stav je kompenzovaný a odpovídá více ambulantní péči.

Definovat jasně geriatrického pacienta a specifikovat jeho potřeby není jednoduché a ani odborná veřejnost nedošla prozatím k jednoznačnému konsenzu. Vymezení pojmu „geriatrický pacient " můžeme tedy chápat jak:

- v širším slova smyslu, hovoříme zde pak o nemocných starších určitého věku, dle hospodářsky vyspělých států je to věk nad 75 let (21)
- v užším slova smyslu, kdy myslíme pouze ty seniory, „kteří vykazují závažný, s involucí související pokles potenciálu zdraví, který je disponuje ke specifickým zdravotním problémům, k modifikaci průběhu a manifestace chorob, k potřebě upravených přístupů, služeb a režimů" (21, str.125)

Podobnou definici lze najít i v knize Pavla Webera, tedy, že geriatrického pacienta „lze chápat jako křehkého seniora se sníženými funkčními rezervami a horší adaptabilitou." (51, str. 25) Je také ohrožen dekompenzací svého funkčního stavu a vyžaduje proto specifickou modifikaci odborného přístupu při volbě léčebných a režimových opatření. (16)

Jedním z možných pohledů jak vnímat a chápat geriatrického pacienta je Dysabilita, DALY. Lze ji charakterizovat jako počet let s dysabilitou, který je měřítkem zátěže dysabilitou a chronickými onemocněními, která ji způsobují. Jedná se o součást DALY, což je počet potenciálních let produktivního života, která byla ztracena v důsledku dysability. (15)

Důležitým pohledem na populaci seniorů je oblast soběstačnosti, kterou lze posuzovat, měřit pomocí různých škál. Tyto škály jsou škály základních a instrumentálních aktivit denního života (ADL a IADL). Omezení v některých instrumentálních aktivitách denního života (instrumental activities of daily living, IADL) sice vede ke zhoršení kvality života seniora, ale nepředstavuje zatím potřebu péče druhé osoby. Oproti tomu omezení v základních aktivitách denního života (activities of daily living, ADL) tuto potřebu představuje. (15)

U pacientů s podezřením na zhoršení kognitivních funkcí a přítomnost demence se provádí test s hodinami nebo test dle Folsteinových - Minimální vyšetření mentálního stavu (mini mental state examination, MMSE). (22)

Komplexní hodnocení geriatrického pacienta (CGA – comprehresive geriatric assessment) lze chápat jako hodnocení, které slouží k definování rizik, potřeb a také priorit geriatrického pacienta potřebných pro výběr adekvátních zdravotních a sociálních služeb.

Hlavní oblastí zájmu hodnocení je osobnost pacienta, tedy jeho životní situace, priority, rozhodnutí kdy léčit a kdy od léčby ustoupit, kvalita života a také tělesné zdraví, funkční zdatnost, duševní zdraví a různé sociální souvislosti. CGA mohou především v redukované formě provádět zdravotníci různých odborností, hlavně lékaři, samostatně. Jako nejvhodnější se ovšem jeví důsledné vytváření multidisciplinárních geriatrických týmů a to jak ambulantních tak ústavních. (23)

Součástí komplexního geriatrického hodnocení je:

- Základní klinické vyšetření (anamnéza, fyzikální vyšetření, bedside diagnostika)
- Speciální hodnocení (dysabilita, výživa, duševní stav, kineziologie, tělesná zdatnost, sociální souvislosti)
- Objektivní šetření v místě bydliště a také u pečujících osob (sociální vztahy,..) (21)

2.2 Zdravotní služby pro seniory v České republice

Hlavní funkce zdravotnických služeb lze obecně definovat takto:

1. „pomáhat udržet zdraví a předcházet jeho poruchám
2. diagnostikovat a léčit poruchy zdraví a navrácení lidí do nezávislého nebo produktivního života
3. prodlužovat život a zlepšovat jeho kvalitu
4. poskytovat tuto péči přiměřeně, kvalitně, hospodárně a s žádoucí spravedlností.“ (8, str. 46)

Zdravotní instituce můžeme dělit podle různých typologií. Pro účely diplomové práce zde uvádím příklad jednoduché typologie:

- „ambulantní a lůžkové instituce
- preventivní, kurativní a rehabilitační instituce
- instituce pro akutní a chronickou léčbu
- instituce vzniklé na bázi medicínských oborů
- instituce pro primární, sekundární a terciérní léčbu.“ (8, str. 47)

2.2.1 Systémové dělení zdravotní služby

Zdravotnické instituce lze z hlediska jejich systémového začlenění dělit na primární, sekundární a terciérní péči anebo na péči lůžkovou a ambulantní. (39)

Jak uvádí Gladkij: „tyto tři druhy péče by měly vytvářet pyramidu služeb z hlediska jejich účelné a hospodárné specializace, z toho plynoucí dostupnosti a spotřeby.“ (8,str. 49)

Primární zdravotní péče je podle definice WHO z roku 1998 „místo prvního kontaktu s lidmi, které poskytuje opatření ke zlepšení zdraví v komunitě. Jde o poskytování nezbytné zdravotní péče, která je dostupná za cenu, kterou si stát nebo komunita mohou dovolit, a to metodami, které jsou praktické, vědecky ověřené a společensky přijatelné.“ (8, str. 49).

V České republice je nyní zdravotnický odbor krajského úřadu odpovědný za zajištění obyvatelstva, žijícího v dané oblasti, službami primární péče. Lidé se mohou registrovat u jimi zvoleného lékaře poskytujícího primární péči. Momentálně rozeznáváme čtyři druhy lékařů primární péče a to: praktický lékař pro děti a dorost, praktický lékař pro dospělé, gynekolog a stomatolog. (5)

V systému zdravotní péče o staré občany je primární péče jejím základním článkem. Je soustředěna především v ambulantních službách. Praktický lékař pro dospělé je zde často označován jako geriatr první linie a hraje klíčovou úlohu v péči o staré občany. Jeho úkolem by měla být koordinace terapie a sledování její kontinuity ve zdravotní a sociální sféře. Do roku 1990 to byly geriatrické sestry, které byly velkou pomocí pro práci lékařů s převahou starších pacientů. (53) Již v 70. letech se v rámci celospolečenského programu „Péče o staré a dlouhodobě nemocné“ začala rozvíjet návštěvní služba zabezpečovaná právě geriatrickou sestrou a to v rámci primární péče pod dohledem praktického lékaře. Vzhledem k faktu, že tato forma domácí péče byla podporována, dosáhl počet sester v roce 1990 1 557 (1 sestra na dva zdravotní obvody), počet ošetření v domácnosti se rovnal 2 139 836. Geriatrické sestry sice měly výborné výsledky především v oblasti prevence, dispenzarizaci a ve specializovaných ošetřovatelských činnostech, avšak privatizace většiny praktických lékařů a rozpad OÚNZ vedla k zániku této sítě v roce 1991. (24)

Činnost geriatrických sester částečně převzaly a v určitých oblastech rozšířily agentury poskytující domácí péči neboli home care. Péče je poskytována na doporučení lékaře a je hrazena z prostředků zdravotního pojištění ve standardní podobě. (53) Tato domácí odborná péče bývá často kombinovaná s domácí laickou péčí. V České republice existuje Asociace domácí péče, která sdružuje Agentury domácí péče. Jejich počet od roku 1992 výrazně narůstá, v roce 1997 bylo ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami zaregistrováno 449 agentur domácí péče. Služby zde využilo více než 103 tisíc pacientů, z nichž 75% bylo starších 65 let. (24)

Domácí péče je určena pacientům, u kterých není nutný pobyt v nemocnici a zároveň nestačí laická domácí péče. Jestliže by domácí odborná péče přesáhla svým rozsahem 3 hodiny denně, anebo 2 – 3 návštěvy, je indikován pobyt v nemocnici. (10)

Domácí péče zajišťuje akutní péči o pacienty, péči po propuštění z nemocnice a dlouhodobou péči o chronicky nemocné. (53) Domácí péče však nepokrývá dispenzární činnost a preventivní návštěvy v domácnosti. (24)

V případě potřeby odborné ambulantní zdravotní péče, tedy ambulantních specialistů (kromě stomatologa a gynekologa, kde jsou pacienti registrováni), přicházejí zpravidla na doporučení praktického lékaře. V tomto ohledu jsou nejvíce navštěvovány urologie, interní oddělení, oční oddělení, dermatologie a také ortopedie. (53)

V širším slova smyslu primární péče znamená nejen péči zdravotní, ale i péči rodiny, okolí, komunity a všech subjektů zdravotních i nezdravotních. Neoddělitelnou součástí péče o starého člověka v domácím prostředí je sociální služba. To se týká středisek pečovatelské služby, jejichž činnost spočívá v dopravě obědů, donášce nákupů a léků. Tyto služby jsou poskytovány za úplatu dle platných ceníků. V některých městech se lze setkat s tzv. střediský hygieny, ty poskytují služby jako pedikúra, manikúra, holič, kadeřník a podobně. Za neústavní sociální zařízení lze považovat dům s pečovatelskou službou nebo domov penzion. Další formou neústavní péče je denní stacionář, nazývaný také domovinka. (53)

Sekundární zdravotní péče zahrnuje specializovanou ambulantní a odbornou nemocniční péči. Tento druh péče nezahrnuje vysoce specializované služby – terciérní péči, v některých ohledech se jí však přibližuje, či ji kombinuje. (8)

Terciární zdravotní péče znamená další lékařské a vysoce specializované odborné služby. „Pacienti jsou zpravidla odesíláni ze sekundární péče pro složitou diagnostiku a terapii, která není dostupná nebo by neměla být realizována z veřejných zdrojů v sekundární péči.“ (8, str. 49)

2.2.2 Financování zdravotní péče

Zdravotnictví České republiky prošlo po roce 1989 transformací od státem řízeného a z daní financovaného systému k novému modelu všeobecného zdravotního pojištění. Hlavní odpovědnost za financování a organizaci zdravotní péče nyní přebírají zdravotní pojišťovny. Transformace zdravotnictví byla zahájena již v listopadu 1989, dále byl během roku 1990 schválen Návrh nového systému zdravotní péče a v roce 1991 byla přijata zásadní legislativa, zakládající vznik Všeobecné zdravotní pojišťovny a zavedení všeobecného zdravotního pojištění. (26)

V letech 1991-1992 byly přijaty:

- Zákon o č. 550/1991 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění (zrušen a plně nahrazen Zákonem č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění)
- Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- Zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- Zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- Zákon č. 220/1991 Sb. o České lékařské, České lékárnické a České stomatologické komoře
- Zákon č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních
- Zdravotní řád, později zrušený (26)

Na základě těchto zákonů začal fungovat nový systém zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění je tedy samostatné, oddělené od dalších plateb sociálního zabezpečení. Hlavními institucemi, které nesou přímou odpovědnost za jednání a financování zdravotní péče, jsou zdravotní pojišťovny. Zdravotní péči poskytují v ambulantní sféře převážně soukromí poskytovatelé a v nemocniční sféře zdravotnická zařízení všech typů – státní, veřejná, soukromá zisková i soukromá nezisková. Uchován je solidární přístup k financování a čerpání zdravotní péče. (26)

Hlavním zdrojem prostředků je povinné zdravotní pojištění ekonomicky aktivních osob a příspěvky státu pojišťovnám za ekonomicky neaktivní populaci.

„Veřejné zdravotní pojištění je povinné pro všechny ekonomicky aktivní obyvatele České republiky a osoby bez zdanitelných příjmů, tj. lidi, kteří jsou zajištěni jinými prostředky než ekonomickou činností na území ČR a nevztahuje se na ně sociální ochrana.“ (26, str. 3) Výši pojistného řeší zákon č. 592/92 Sb. Pojistné činí 13,5% z vyměřovacího základu (celkových mzdových nákladů u zaměstnance), přičemž 1/3 (tj. 4,5%) platí zaměstnanec ze své hrubé mzdy a 2/3 pojistného (9%) odvádí zaměstnavatel přímo registrující zdravotní pojišťovně. (8)

Makroekonomické parametry českého zdravotnictví

- celkové náklady na zdravotnictví činily v r. 2005 7,03% HDP (abs. 209 mld), z toho bylo 6,24% veřejných a 0,79% soukromých zdrojů
- zhruba 80% prostředků spravují pojišťovny
- pouze z odvodů zdravotního pojištění ekonomicky aktivní populace jde asi 60% výdajů českého zdravotnictví
- kolem 9% výdajů jde ze státního rozpočtu, případně dalších veřejných rozpočtů na investice do zdravotnictví
- asi 11,5% představují soukromé platby pacientů v momentu spotřeby péče -léky, nehrazená péče. (26, str. 4)

Financování následné péče

Ve výdajích na dlouhodobou péči chybí relevantní data, případně údaje nezahrnují celý segment dlouhodobé péče. Statistika zdravotnických účtů obsahuje data, která naznačují, že Česká republika vydává na dlouhodobou péči přibližně 0,25% HDP. Mezi státy OECD je to prakticky nejméně, méně vydává jenom Mexiko. Naopak státy jako Švédsko či Norsko vydávají na tuto péči 2-3% HDP. (39)

Náklady vykazované Všeobecnou pojišťovnou na péči v Léčebnách pro dlouhodobě nemocné dosahovaly v roce 1998 částky 1 049 mil. Kč a o rok později v roce 1999 to bylo již 1 490 mil. Kč. (24)

Studie, kterou od roku 2005 provedlo ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Asociací českých a moravských nemocnic, poukázala v roce 2006 na fakt, že úhrady pojišťoven v segmentu následné péče stěží pokrývají náklady na základní pobyt pacienta – bez léků a lékařské péče. Celoplošná analýza potvrdila, že úhrady na následnou péči pokrývají náklady na ubytování a plné stravování, avšak nestačí na léčení včetně rehabilitace, logopedie a ergoterapie. Rozpory byly také zjištěny ve financování lůžek následné péče ve fakultních nemocnicích a léčebných ústavech. V léčebně dlouhodobě nemocných se jednalo v roce 2005 o 570 Kč na 1 lůžko na den, ve fakultní nemocnici to bylo až 2 120 Kč. Dále tab. 1. (6 ,str. 9)

Tab. 1 Průměrné náklady a úhrady v segmentu následné péče (na 1 lůžko na den)

Náklady nemedicínské	570 Kč
Náklady medicínské	770 Kč
Celkové náklady	1 340 Kč
Úhrady v roce 2005	900 až 1 050 Kč
Úhrady v 1. pololetí 2006	700 až 1000 Kč

(6, str. 9)

Modely financování zdravotní péče

Pro zajištění a fungování zdravotnického systému existuje v současné době několik hlavních modelů jejich financování.

Tržní model zdravotnictví – představitelem tohoto typu jsou Spojené státy americké a do roku 1996 také Švýcarsko. (5) Vychází z názoru, že péče o zdraví je samostatnou záležitostí každého jedince. Zdravotnické služby jsou zboží a jako takové podléhají zákonům tržní ekonomiky. Pacient je zde chápán jako konzument a lékař jako podnikatel. (8) V USA není jednotná zdravotní politika na federální úrovni, ani jednotný systém zajištění péče. Také neexistuje zákon o všeobecném veřejném zdravotním pojištění. (5) Stát zde hraje minimální roli, zajišťuje svými institucemi v nejnutnější míře protiepidemickou péči, kontrolu léčiv či regulaci různých poplatků. (8)

Státní model zdravotnictví – přesný opak modelu tržního, který byl charakteristický pro bývalé socialistické státy a státy s mimořádnými ekonomickými podmínkami. Dnes tento model funguje v Kuvajtu a také na Kubě. „Základním principem je úhrada veškerých zdravotnických úkonů ze státního rozpočtu – z daní, kdy pacient nemá přehled o cenách za poskytované služby.“ (5, str. 36) Jak uvádí Gladkij ve své knize „V tomto systému byla všechna zdravotnická zařízení vlastnictvím státu, zdravotnictví bylo financováno ze státního rozpočtu, bylo centrálně řízeno a zdravotnické služby byly pro obyvatele bezplatné. Zdravotničtí pracovníci byli státními zaměstnanci placenými mzdou.“ (8, str. 36)

Od roku 1948 se ve Velké Británii uplatňuje model Národní zdravotní služby (veřejné zdravotnictví). Také se lze z některých pramenů dočíst, že se stal vzorem pro Českou republiku po roce 1992. S tímto modelem se lze setkat také v Kanadě. (5)

Zdravotní péče je zajištěna pro všechny občany bez ohledu na jejich platební schopnosti a je převážně financována z daní, ze státního rozpočtu. (8) Prostředky jsou získávány z daně z příjmu obyvatel (80%) a z menší části (15%) z doplňkové platby národního pojištění. Doplňujících 5% se získává z doplatků na léky. (5) V různých modifikacích existuje tento model i v dalších Evropských zemích jako je Dánsko, Norsko, Finsko, Švédsko, Itálie, Řecko, Španělsko, Portugalsko.

U modelu národního zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami je dle Dolanského „základním principem zdravotnického systému existence více zdravotních pojišťoven, kombinace podílu trhu a veřejného dohledu.“ (5, str. 37) Zdravotní pojištění je povinné ze zákona. Mezi základní účastníky systému patří poskytovatelé, pacienti, plátci.(5) Tento model je uplatňován v zemích západní Evropy (Německo, Francie, Belgie, Švýcarsko, Slovensko a Česká Republika). Má svůj původ v německém zákonodárství z roku 1883, a proto byl také označován za Bismarckovský model. (26)

2.2.3 Obecná struktura zdravotní péče o staré občany a chronicky nemocné

Jak již bylo uvedeno v úvodu, v České republice dochází k stárnutí populace stejně jako v jiných vyspělých zemích světa. Přibývá seniorů a velmi starých osob. S tím je spjato hned několik problémů, které souvisejí s poskytováním zdravotní a sociální péče. Tyto dvě oblasti péče jsou u starých osob těžko oddělitelné. Přesto je stále tato péče na republikové úrovni dělena mezi dvě ministerstva. Zajistit adekvátní péči o stárnoucí populaci je výzvou pro všechny státy světa včetně České republiky.

Zdravotnické služby by měly být včleněny do „kontextu celospolečenských opatření reagující na stárnutí populace.“ (23, str. 465) Určitý obecný koncept nabízí Mezinárodní akční plán k problematice stárnutí přijatý Světovým shromážděním ve Vídni v roce 1982 a následně potvrzený v letech 1992 a také v roce 2002 v Madridu. (15) „Z programu vycházejí i Zásady OSN pro seniory přijaté Valným shromážděním OSN v roce 1991. V 18 bodech je rozpracováno 5 zásad: zabezpečenost, důstojnost, nezávislost, seberealizace a participace“. (23, str .465)

Mezinárodní akční plán pro stárnutí a stáří (Madridský plán) označuje některé potřeby starých občanů seniorů, které by měla společnost respektovat a uspokojovat je. Cílem tohoto Mezinárodního akčního plánu je zajistit, aby lidé na celém světě mohli stárnout v bezpečí a důstojně, aby se i nadále mohli účastnit života ve své společnosti jako

plnoprávní občané. Tento Mezinárodní akční plán vychází z předpokladu, že základ zdravého a bohatého života ve stáří je položen během dřívějších fází života. Cílem tohoto plánu je tedy sloužit jako praktický průvodce pro tvůrce politik, při řešení problémů stárnutí jednotlivců i celé populace. V tomto plánu jsou popsány obecně platné charakteristiky stárnutí a problémy, které jsou s ním spojeny. Dále jsou zde navržena konkrétní doporučení, která bude třeba v jednotlivých zemích adaptovat na místní podmínky. Tento plán zohledňuje různé fáze rozvoje a transformace jednotlivých zemí i nezávislost všech zemí v dnešním globalizujícím se světě. (28) Tento Akční plán lze najít jak na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí tak na webových stránkách gertiatrie.cz a popisuje tyto tři oblasti potřeb, problému a možností řešení:

1. Staří lidé a rozvoj – důraz se klade na mezigenerační solidaritu, zdůrazňuje se potřeba aktivní účasti a podílu seniorů na životě a rozvoji společnosti.
2. Zdraví a pohoda do vyššího věku – zde je kladen důraz na možnost podpory a rozvoje zdraví ve vyšším věku, všeobecný a rovný přístup ke zdravotnickým službám, speciální pozornost je věnována seniorům se zdravotním či duševním postižením, Kapitola je věnována důsledku pandemie AIDS pro seniory.
3. Vstřícné a podporující prostředí pro život – tato část se věnuje čtyřem významným okruhům problémů jako je bydlení seniorů a prostředí, péče o seniory, především podpoře péče v rodině, postavení seniorů (fenomén špatného zacházení) a poslední okruh je věnován pozitivnímu obrazu stáří. (15)

Jako doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace v roce 1997 vznikla Evropská charta práv pacientů seniorů, pro Českou republiku byla schválena roku 1998 Českou gerontologickou a geriatrickou společností ČLS JEP a Českou alzheimerovskou společností. (10)

OSN poté vyhlásila rok 1999 jako Mezinárodní rok seniorů. (15) Ten samý rok vznikla také Montrealská deklarace. V této souvislosti se dále rozvíjejí analýzy a doporučení služeb a péče o seniory v hospodářsky vyspělých zemích OECD nebo v rámci Rady Evropy. (23) Zdravotně – sociální politika by měla v zájmu klientů i celé společnosti usilovat o „aktivní ambiciózní seniorskou populaci.“ (23, str. 465)

V Evropě byly v 80. letech 20. století diskutovány zásady přístupu k osobám s ohroženou či ztracenou soběstačností, které pak byly shrnuty do čtyř bodů. Ty lze také chápat jako principy zdravotně – sociální péče. (10)

- DEMEDICINACE. Především u chronických a dlouhodobě nemocných by měly být medicínské aspekty podřízeny kvalitě života. Nejde pouze o zabezpečení a kvalitní ošetření, ale je třeba respektovat jejich důstojnost, autonomii, vlastní seberealizaci a participaci.
- DEINSTITUCIONALIZACE. Hlavním těžištěm služeb a péče by měla být péče v terénních komunitních službách, tedy v integrované komunitní péči poskytované v domácím prostředí.
- DERESORTIZACE. Jedná se o prolomení bariér mezi sektorem zdravotnickým a sociálním, dále mezi péčí odbornou a laickou, péčí ústavní a ambulantní.
- DEPROFESIONALIZACE. Trendem se stává tzv. zlaičťování péče. Je hlavně o spolupráci s rodinou a podpora laickým pečovatelům včetně dobrovolníků či sousedské angažovanosti. (10, 23)

V České republice vláda přijala usnesením ze dne 9. ledna 2008 č. 8 Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012, strategický dokument, který stanovil cíle a opatření, která je třeba přijmout v konkrétních oblastech v kontextu demografického stárnutí a sociálních změn. Cílem tohoto národního programu je zajistit, aby dílčí politiky přiměřeným způsobem reagovaly na tyto změny a na potřeby a problémy starších lidí. Program vychází z předpokladu, že ke zvýšení kvality života ve stáří a k úspěšnému řešení výzev spojených s demografickým stárnutím je nezbytné zaměřit se na následující prioritní témata: aktivní stárnutí, prostředí a komunita vstřícná ke stáří, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, podpora rodiny a pečovatelů, podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv. Program navazuje na Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007 a dokumenty a doporučení OSN a dalších mezinárodních organizací, zejména na Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí a Zásady OSN pro starší osoby. V březnu roku 2006 vláda České republiky v návaznosti na první zprávu o plnění Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007 zřídila Radu vlády pro seniory a stárnutí populace jako svůj poradní a iniciativní orgán. (31)

Na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí lze nalézt těchto deset závazků Regionální implementační strategie (RIS) pro region EHK k Madridskému mezinárodnímu akčnímu plánu pro stárnutí: Závazek č. 1 Integrovat stárnutí do všech politik a uvést společnost a ekonomiku do souladu s demografickými změnami s cílem dosáhnout společnost pro občany v každém věku. Závazek č. 2 Zajistit plnou integraci a účast starších lidí ve společnosti. Závazek č. 3 V reakci na stárnutí obyvatelstva podporovat spravedlivý

a udržitelný ekonomický růst. Závazek č. 4 Přizpůsobit systémy sociální ochrany demografickým změnám a jejich sociálním a ekonomickým dopadům. Závazek č. 5 Umožnit trhům práce reagovat na ekonomické a sociální důsledky stárnutí obyvatelstva. Závazek č. 6 Podporovat celoživotní učení a přizpůsobovat vzdělávací systémy měnícím se ekonomickým, sociálním a demografickým podmínkám. Závazek č. 7 Usilovat o zajištění kvality života v každém věku a o zachování nezávislého života ve zdraví a v pohodě. Závazek č. 8 Prosazovat genderový přístup ve stárnoucí společnosti. Závazek č. 9 Podporovat rodiny poskytující péči starším lidem a prosazovat solidaritu mezi generacemi a uvnitř generací v rodinách. Závazek č. 10 Podporovat provádění a další aktivity v rámci plnění Regionální implementační strategie prostřednictvím regionální spolupráce.(42)

O péči na rozhraní zdravotnického a sociálního sektoru se často hovoří jako o zdravotně sociální péči, integrované péči anebo také péči dlouhodobé. Vždy se jedná o péči, která není akutní a bývá poskytována jak v zařízeních zdravotnických (především léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny a rehabilitační ústavy), tak sociálních (jedná se především o ošetřovatelská oddělení v domovech pro seniory) nebo může být poskytována v domácnostech, tuto péči poskytují agentury domácí péče a pečovatelská služba, také může být služba neformální, především rodinní příslušníci. (39)

Přístupy k péči o seniory a chronicky nemocné ve světě

Kromě výše uvedených celosvětově uznávaných deklarací či Charty práv seniorů, vychází péče o seniory v každé zemi nejen z vlastního modelu systému financování zdravotní péče, ale vliv na formování tohoto druhu péče mají také kulturní a historické tradice, stejně jako geografická poloha daného státu.

Například v Rakousku obdrželo k 31. 12. 2000 přibližně 328 000 osob příplatek na péči. Tito lidé byli ve smyslu spolkového zákona o péči odstupňovaně zařazeni jako potřební péče. Tato skupina osob měla podle svého tělesného, psychického nebo duševního postižení, po dobu minimálně šesti měsíců nárok na výplatu finančního příspěvku na potřebnost péče. (54)

V Německu žije více než půldruhého miliónu starých občanů, z nichž o dvě třetiny se pečuje v jejich domácnostech. K novému uspořádání takzvané geriatrické péče dochází v Německu na začátku devadesátých let, kdy se legislativním základem změn stal zákon o reformě zdravotnictví ze dne 1. 1. 1989. Tento zákon se týká převážně změn a doplňků ve

zdravotním pojištění. Obsahuje však také důležité kapitoly o úpravě stacionární, ambulantní a domácí péče o staré občany a chroniky.

Podle uvedeného zákona se postupně realizovaly a realizují tyto opatření:

- výstavba geriatrických zařízení v nemocnicích
- reprofilizace lůžek všeobecné péče a zřizování lůžek pečovatelských
- výstavba domovů s ošetřovatelskou péčí
- vybudování geriatrické ambulantní péče

Dle různých studií bylo prokázáno, že mezi hospitalizovanými, kteří jsou starší šedesáti let, zůstává více než třetina v nemocnici déle než to vyžaduje jejich ústavní terapie. Takto postižených je ročně 1,3 miliónů. (34)

Také v Nizozemsku je péče o staré a chronicky nemocné velmi významnou součástí jak ambulantní tak lůžkové péče. V roce 1989 bylo v zařízeních pro staré občany 140 000 lůžek. V domovech ošetřovatelské péče bylo 51 000 lůžek „Z 51 000 obložených lůžek v domovech ošetřovatelské péče připadá na 100 obyvatel starších 65 let 2,63 lůžek a na 100 osob starších 80 let 11,71 lůžek.“ (34, str.52)

V porovnání s jinými vyspělými zeměmi není v Kanadě podíl lidí ve věku nad 65 let vysoký. Má však rychle rostoucí tendenci (v r. 1992 11,6 %). (34)

„V roce 1991 měla Kanada 241 328 lůžek určených pro staré lidi, z toho 176 000 bylo explicitně pro osoby vyššího věku. Dalších 37 000 lůžek bylo v psychiatrických zařízeních, v nichž podíl starých osob, zejména dementních, je vysoký. V posledních letech přibylo v psychiatrických zařízeních skoro 13 000 lůžek.“ (34,str.67)

2.3 Zařízení následné péče v České republice

Oblast dlouhodobé, chronické lůžkové péče (následná péče) se jeví z mnoha důvodů jako nejproblematičtější oblastí péče o starší nemocné. V populaci nad 65 let je tato péče poskytována 3% seniorů, ti zde tvoří významnou, nikoliv však jedinou skupinu. Dlouhodobá péče se může týkat také mladých nemocných, například apaliků či pacientů v terminálním stavu. Hlavním kritériem zde „není ani diagnóza ani chronicita choroby, ale invalidizující potenciál nemoci, která neumožňuje nezávislou existenci pacienta v domácím prostředí.“ (24, str. 6)

Dle Věstníku MZ č. 9/1998 je následná péče (léčebná, léčebně rehabilitační a ošetřovatelská) poskytována v nemocnicích a v odborných léčebných ústavech včetně lázeňských. Tato péče je určena pacientům se stanovenou diagnózou, u kterých došlo k zvládnutí akutního onemocnění a zároveň nelze důvodně očekávat zvrat vyžadující akutní lůžkovou péči. (47)

2.3.1 Léčebny dlouhodobě nemocných

Podle definice H. Haškovcové a Z. Kalvacha z roku 1983 jsou „Léčebny pro dlouhodobě nemocné specializovaná lůžková zařízení pro poskytování dlouhodobé, komplexní a zvláště ošetřovatelské péče nemocným se stanovenou základní diagnózou a léčebným plánem.“ (19, str. 3) Léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou buď samostatnými subjekty s vlastním zřizovatelem nebo jsou integrální součástí nemocnic. (24)

Pro indikaci k pobytu musí pacienti vyžadovat déle trvající léčbu, léčebnou rehabilitaci nebo ošetřovatelskou péči vyžadující více než tři hodiny denně nebo přesahující tři návštěvy denně u pacienta. Délka hospitalizace by neměla přesahovat tři měsíce, je však závislá na diagnóze, zdravotním stavu pacienta atd. (5)

Lůžkový fond LDN od jeho ustanovení v roce 1974 postupně narůstal až na 8 640 v roce 1990, v období let 1991 – 1992 došlo k jeho snížení o transformovaná lůžka Geriatrických oddělení. Od roku 1992 se tento počet neměnil a pohyboval se kolem hodnoty 6 200. LDN představovaly podstatnou část lůžkové základny oboru geriatrie a byly financovány až do konce roku 1997 ze státního rozpočtu (z prostředků státu realizovaných v převážné části okresními úřady, které byly častými zřizovateli těchto pracovišť). Úhrady byly velmi rozdílné, jejich rozpětí bylo velké, podle uzavřeného vlastního šetření VZP byla rozmezí úhrad na konci roku 1997 od 400 do 2 000 Kč na

1 ošetřovací den (Koncepce geriatrie). Jak se dále uvádí v Koncepci oboru geriatrie „od 1.1.1998 dochází k zásadní změně, která byla systémově považována za žádoucí v tom smyslu, že zdravotnické činnosti je nutno hradit z veřejného pojištění.“ (24, str. 28)

Historický vývoj následné, ústavní péče

Již od středověku lze sledovat snahu o takzvanou ústavní péči o nemocné, staré a chudinu. Helena Haškovcová ve své knize Fenomén stáří uvádí, že dle disertační práce K. Dohnala existovaly ve středověku tři typy ústavní péče v Čechách.. Prvním typem byly špitály, jejichž úroveň se odvíjela od štědrosti sponzorů. Správa těchto zařízení spadala pod světskou či klášterní moc. Dalším typem ústavní péče byly klášterní nemocnice a třetím typem této péče byly nemocnice pro malomocné či různými infekčními chorobami postižené osoby. (11)

Podle Matouška lze hlavní funkce ústavů shrnout do tří bodů. 1 funkce: podpora a péče, 2. funkce: léčba, výchova a resocializace a 3. funkce: omezení, vyloučení a represe. (30)

V 18. století, tedy vznikem novodobých nemocnic, byli z jejich péče dle zakládací listiny Všeobecné fakultní nemocnice v Praze roku 1790 „vyňati jen ti, kdo jsouce stiženi dlouhotrvajícími a nezhojitelnými chorobami jsou vhodni právě proto k přijetí do chorobince“. Takto vymezení „dlouhodobě nemocní“ nalézali azyl v primitivních chorobincích, starobincích, chudobincích, invalidovnách, v místních špitálech a ve farních chudinských institutech. (20) Povinnost postarat se ukládalo domovské právo, které bylo zrušeno teprve v roce 1948. (11) V roce 1931 stále existovalo v tehdejší Československé republice 4 299 ústavů v průměru s 10 obyvateli. Po roce 1918 se však začaly postupně budovat zaopatřovací ústavy s větší kapacitou. (20)

Po 2. světové válce převzalo veškerou ústavní péči ministerstvo zdravotnictví.

Od poloviny 50. let (r. 1954) „přebírá Státní úřad důchodového zabezpečení od ministerstva zdravotnictví řízení ústavní sociální péče prostřednictvím národních výborů, domovy odpočinku jsou přejmenovány na domovy důchodců“. (11, str. 182) V některých ohledech si však tyto zařízení podržely charakter zdravotnického zařízení, například přítomností zdravotních sester, mnohalůžkovými pokoji. (20)

Pro občany nesoběstačné „pro stáří a multimorbiditu“ či s nestabilním zdravotním stavem (včetně umírajících s onkologickou diagnózou), kteří nemohli být ošetřováni v domácím prostředí, zůstala zdravotnická zařízení řízená ministerstvem zdravotnictví. Tito lidé byli ošetřováni na interních oddělení 2. typu. Nejvýraznějším problémem těchto

zařízení bylo umístění v nevyhovujících historických prostorách jako kláštery či zámky a také velké mnohalůžkové pokoje, které postrádaly soukromí. (20)

Od 1.1. 1974 byla tato oddělení přejmenována na léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN) a vzhledem k historicky vzniklé struktuře lůžek se následně v roce 1983 staly lůžkovou základnou oboru geriatrie. Toto spojení způsobilo, ne zcela šťastně, že od svého vzniku je geriatrie jako medicínský obor nesprávně ztotožňován pouze s dlouhodobou péčí, ošetřovatelstvím a sociální problematikou. Do 90. let se tak nepodařilo prosadit vytvoření modelových geriatrických klinik a oddělení. (24)

V průběhu 80. let se objevil pojem jednotky pro doléčování nemocných (JDN), což specifikuje lůžka vyčleněná pro péči následnou, doléčovací, chronickou, dlouhodobou, terminální a rehabilitačně rekonvalescentní. (20)

V 90. letech 20. století byl zaveden pojem „následná péče“, který v sobě zahrnuje péči léčebnou, léčebně rehabilitační, ošetřovatelskou a preventivní.

Současná situace

Od roku 1990 trvale klesá lůžková kapacita nemocnic, zároveň se mění jejich oborová struktura. Zvyšuje se počet vysoce specializovaných oddělení jako kardiologie, geriatrie, kardiochirurgie či traumatologie. V souvislosti se snižující se porodností naopak klesá kapacita novorozeneckých a porodnických oddělení. (24)

V léčebnách pro dlouhodobě nemocné bylo v roce 1999 hospitalizováno 30 233 pacientů, tedy 29,4/10 000 obyvatel, zemřelo zde 7 539 pacientů, tedy 249/1 000 hospitalizovaných. (24) Na konci roku 2008 bylo v České republice v zařízeních ústavní péče 14 479 lůžek následné a ošetřovatelské péče. Z toho 6 756 v nemocnicích, 7 194 v léčebnách dlouhodobě nemocných, 366 v hospicích (lůžka paliativní péče) a 163 v ostatních odborných léčebných ústavech. Od roku 2007 došlo k nárůstu počtu ošetřovatelských lůžek následné péče o 181. Došlo k výraznému nárůstu počtu lůžek následné péče v nemocnicích o 183, vznikem nového hospice ve středočeském kraji došlo téměř k desetiprocentnímu nárůstu lůžek paliativní péče. O 33 lůžek poklesl počet lůžek v léčebnách dlouhodobě nemocných. (1)

Z hlediska poměru lůžek ošetřovatelské následné péče k celkovému počtu nemocničních lůžek je nejlepší situace v kraji Karlovarském, kde na 100 nemocničních lůžek připadá přes 40 lůžek ošetřovatelské následné péče a na Vysočině, kde tento poměr představuje necelých 32 lůžek následné péče na 100 nemocničních lůžek). Naopak nejhorší situace je v kraji Jihomoravském, kde na 100 nemocničních lůžek připadá necelých

17 lůžek následné péče. Statisticky nijak příznivá situace není ani v hl. m. Praze, kde v relaci na 100 nemocničních lůžek připadá 18,1 lůžek následné péče.

V roce 2008 připadalo v České republice na 1 000 obyvatel starších 65 let 9,6 lůžka následné ošetřovatelské péče. (2)

Současný počet a struktura následné (dlouhodobé) péče jsou trvale nedostačující.

2.4 Kvalita ošetřovatelské péče

„Kvalita zdravotní péče patří mezi nejpřednější tradiční hodnoty zdravotní péče.“ (7,str. 3)

2.4.1 Definice kvality

V literatuře lze nalézt mnoho definic kvality, což může na první pohled mírně komplikovat její jednoznačnou definici. Samotné slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského qualis, to zase od kořene qui – kdo? ve významu „kdo to je?“ či „jaké to je?“. V českém jazyce kořen slova Kdo – „k“ vede ke slovům typu „kýžený“ či „kéž“. To se ozývá v českém termínu pro kvalitu „jakost“ - s upřesněním typu prvotřídní až výtečná nebo naopak špatná jakost. (25, str. 9)

Pojem jakost (kvalita) lze definovat jako „celkový souhrn znaků entity, které ovlivňují schopnost uspokojovat stanovené a předpokládané potřeb. (49, str. 4) Pojmem entita lze chápat to, co je možné individuálně popsat a vzít v úvahu. (27)

Definicí kvality se v minulosti zabývalo mnoho osobností z oblasti managmentu. Mezi ty nejvýznamnější a také nejznámější patří W. Edvards Deming (Demingova cena za jakost udělována v Japonsku), Joseph M. Juran („Příručka řízení jakosti“), Kaoru Ishikawa (Ishikawův diagram), Armand V. Feigenbaum („Komplexní řízení kvality – TQC“) či Philips B. Crosby (koncepce „zero defekt“, práce bez vad). (50)

Podle Jurana je kvalita způsobilost pro užití, dle Crosbyho je jakost (kvalita) shoda s požadavky a pro Freigenbauma je jakost to, co za ni považuje zákazník. (27)

2.4.2 Kvalita zdravotní péče

Obecné definice kvality lze bez větších komplikací transformovat také do oblasti zdravotní péče.

V roce 1966 definovala Světová zdravotnická organizace kvalitu zdravotní péče jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.“ (7, str.12)

Donabedian dále definuje kvalitu zdravotní péče jako „takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví, a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu.“ (27, str.33) A. Donabedian také názorně poukázal na tři důležité aspekty kvality, tedy na STRUKTURU (jako souhrn

zdrojů a podmínek péče), PROCES (např. diagnostické a léčebné postupy, jednání zdravotnických pracovníků s pacienty) a VÝSLEDEK (např. počet provedených operací) všech institucí a činností ve zdravotnictví. (8) Ze schématu Avedise Donabediana do určité míry vychází i Doporučení Rady Evropy č. R(97) 17 pro zajištění zdravotnických služeb. (13)

To, že kvalita zdravotní péče je velkou prioritou zdravotní politiky lze vysledovat v jejím zakotvení ve zdravotně politických dokumentech. Program Světové zdravotnické organizace „ Zdraví pro všechny do roku 2000“ obsahuje mimo jiné i cíl číslo 31, který tuto prioritu potvrzuje.

Kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb lze charakterizovat přítomností následujících vlastností:

- Účinnost
- Dostupnost, včasnost
- Bezpečnost
- Přiměřenost zdravotnímu stavu
- Soustavnost a návaznost
- Přijatelnost pro pacienty
- Ekonomická efektivnost (8)

V tuto chvíli rozeznáváme tři dimenze kvality zdravotních služeb:

1. kvalita služeb z hlediska klienta
2. kvalita služeb z hlediska profesionálního
3. kvalita služeb z hlediska řízení (27)

Indikátory kvality

Indikátory kvality lze v zásadě rozdělit na kvalitativní a kvantitativní. Kvantitativní měřitelné ukazatele nám poskytují numerické údaje, dají se dobře porovnávat nejen mezi zdravotnickými zařízeními, ale i na mezinárodní úrovni. Oproti tomu kvalitativní ukazatele jsou závislé na žebříčku hodnot a jejich stanovení a následné porovnávání je mnohem obtížnější. (48)

Dále lze indikátory kvality dělit podle Ivy Holmerové na:

- Obecné ukazatele – spočitatelné – tyto indikátory jsou definovány velmi široce a tedy jakákoliv změřená hodnota může být takovýmto obecným ukazatelem. Nelze je však považovat za ukazatele kvality, jelikož i bezchybně poskytnutá zdravotní služba má určité procento nechtěných výsledků.
- Speciální ukazatele – interpretovatelné – zde se jedná o výběr z obecných ukazatelů se standardizovaným postupem, které mají skutečnou vypovídací hodnotu. (13, str.27 -30)

Možné indikátory kvality ošetřovatelské péče:

- spokojenost pacientů: s ošetřovatelskou péčí, s tlumením bolesti, s množstvím poskytnutých informací, celková spokojenost s péčí
- spokojenost sester
- poměr jednotlivých kategorií ošetřovatelského personálu na ošetřující jednotce
- celkový počet hodin strávených ošetřovatelskou péčí sestrami
- počet nehod, úrazů a dalších poškození pacientů
- výskyt nozokomiálních nákaz

Kvalita péče o seniory

Vzhledem k tématu diplomové práce nelze opomenout ani celkový pohled na kvalitu péče o seniory. Co se chápání pojmu kvalita péče o seniory a jeho definice v České republice týká, jednotná a všeobecně platná definice kvality péče o seniory neexistuje. Výzkum provedený O. Mátlem a M. Jabůrkovou došel v tomto směru k závěru, že definice často obsahují kategorie jako je spokojenost klienta, reakce na potřeby uživatele, vysoká odborná úroveň péče, cenová přiměřenost, odpovídající prostředí, bezpečí, kontinuita péče a dostupnost. Výzkum také ukázal, že přestože existuje řada různých definic kvality dlouhodobé péče, jejich společným znakem je odkaz na koncept kvality života seniorů. (29)

Ke změnám právního rámce v oblasti poskytování sociálních služeb došlo teprve nedávno. Byl schválen zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Tento zákon a související legislativa vstoupila v účinnost 1. ledna 2007. Vedle definování příspěvku na péči či stanovení povinnosti služby plánovat, zakotvily také nové požadavky pro

poskytovatele služeb v oblasti řízení kvality. (52) S tím se lze ve zdravotnickém zařízení setkat právě u sociálních lůžek.

Politika kvality ve zdravotní péči je ve své podstatě založena na vlastní dobrovolnosti.

Národní politika je určována pracovní skupinou Ministerstva zdravotnictví ke kvalitě ve zdravotnictví, která se věnuje standardizaci lékařských postupů, programům jakosti, klinické klasifikaci a dostupnosti péče na regionální úrovni. Významnou úlohu při tvorbě politiky v této oblasti hrají medicínské a profesní organizace. V národní politice kvality zdravotní péče není uplatňován žádný ucelený mechanismus, který by zahrnul široké spektrum poskytovatelů péče do vlastní tvorby politiky. (29)

Pro porovnání situace v České republice a jiných evropských zemí, jako je Anglie, Maďarsko, Německo, Itálie a Slovensko, slouží další studie vedená O. Mátlem a M. Jabůrkovou ve spolupráci Fakulty humanitních studií.

Systémy řízení a zajišťování kvality

Kvalita zdravotních služeb je nejen citlivé téma pro poskytovatele zdravotní péče, ale zajímá i širokou veřejnost. Proto se také objevují různé přístupy, které se snaží o vyhodnocování kvalitativní úrovně zdravotnických činností. (27)

Mezi tyto přístupy patří:

- dobrovolné aktivity zdravotnických zařízení, která směřují k získání ceny za kvalitu
- dobrovolné aktivity zdravotnických zařízení, která směřují k získání certifikátu kvality
- dobrovolné nebo vynucené přístupy k hodnocení kvality poskytovaných zdravotnických služeb ve smyslu požadavků akreditace zdravotnických zařízení (49)

Spojená akreditační komise ČR

Vznik Spojené akreditační komise se datuje k roku 1998 a jejím cílem je zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v České republice a to pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit.

K hlavním prostředkům pro naplňování tohoto cíle tedy patří: vydávání národních akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení včetně jejich podrobné metodiky, dále pomoc zdravotnickým zařízením připravujícím se k akreditaci, specifikace metodiky dle typu zdravotnického zařízení, poradenská činnost, organizace regionálních a

celostátních vzdělávacích akcí zaměřených na problematiku kvality zdravotní péče a také bezpečí pacientů, vydávání publikací zaměřených na tuto problematiku a další.

SAK ČR vypracovala metodiku plnění národních akreditačních standardů, která je určena nejen pro nemocnice, které se připravují k národní akreditaci SAK. Standardy jsou rozděleny do 10 základních skupin a to následovně:

I. STANDARDY KVALITY – plán zvyšování kvality v nemocnici, indikátory kvality, standardy léčebných postupů, spokojenost pacientů
II. SANDARDY DIAGNOSTICKÝCH POSTUPU – standardizace vstupního vyšetření a záznamů z něj, denní záznamy, předávání pacientů, předanestetické vyšetření
III. STANDARDY PÉČE O PACIENTY – plán péče o pacienta, epikríza, ošetřovatelská péče, podávání léčiv, podávání stravy a nutriční péče
IV. STANDARDY KONTINUITY ZDRAVOTNÍ PÉČE – propuštění pacienta, překlad pacienta
V. STANDARDY DODRŽOVÁNÍ PRÁV PACIENTU – podávání informací, imobilizace a omezování pacientů, podávání stížností
VI. STANDARDY PODMÍNEK POSKYTOVANÉ PÉČE – právní prostředí a závazné předpisy, BOZP, přístrojová technika a technologie
VII. STANDARDY MANAGEMENTU – řízení organizace, předávání informací, poslání a vize nemocnice, plán rozvoje, spektrum poskytované péče, povinná hlášení, předávání statistických údajů
VIII. STANDARDY PÉČE O ZAMĚSTNANCE – pracovní náplně, stanovení kompetencí, spolupráce pracovišť, sledování spokojenosti zaměstnanců, osobní ochranné pomůcky
IX. STANDARDY PRO SBĚR A ZPRACOVÁNÍ INFORMACÍ – vedení zdravotnické dokumentace, vypracování propouštěcí zprávy, povinná hlášení, identifikace pacientů
X. STANDARDY PROTIEPIDEMICKÝCH OPATŘENÍ – nosokomiální nákazy, manipulace s nebezpečnými látkami, odpady (13)

Akreditace

Dle definice Českého institutu pro akreditaci je akreditace oficiální uznání, že subjekt akreditace – certifikační orgán je způsobilý provádět posuzování, tj. certifikaci systémů jakosti ve shodě s akreditačními požadavky norem EN řady 45 000. (27)

Akreditace ve zdravotnictví je oficiální uznání, že zdravotnické zařízení (také laboratorní pracoviště) je způsobilé k poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče a má také vytvořen funkční a efektivní systém pro posuzování výkonnosti a pro kontinuální zvyšování kvality poskytované péče. (13)

Cílem akreditace je tedy standardizace a zlepšování kvality péče v rámci zdravotnické organizace, a to „ na základě průkazně ověřených vědeckých poznatků a zkušeností.“ (13, str. 57) Cílem akreditace by nemělo být pouze získání akreditačního osvědčení, ale snaha zdravotnické organizace standardizovat a zkvalitňovat poskytování lékařské, ošetřovatelské a podpůrné péče, zlepšit kulturu organizace a způsob řízení.

Akreditace Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO)

JCAHO byla založena v roce 1951 z iniciativy Amerického svazu chirurgů v USA a sleduje úroveň a kvalitu zdravotní péče v nemocnicích, zařízeních domácí péče, ambulantní péče či laboratořích. Je to nezávislá nezisková organizace. (49) První akreditační manuál vznikl v roce 1976. (44)

Dceřinou společností, která vznikla v roce 1998 je **Joint Commission International Accreditation (JCIA)**. Spojená mezinárodní komise v červenci roku 1999 vydala *mezinárodní standardy pro akreditaci nemocnic.* (27) Tyto standardy jsou založeny na principech a shodě JCAHO. Požadavky JCIA obsahují 370 standardů a 3 cíle (tedy efektivitu a kvalitu péče, řízení rizik a chyb, vytváření optimálního léčebného prostředí). (44) Filozofie JCIA je založena na principech řízení kvality a zlepšování kvality péče. (17)

Na tyto standardy se pokusila JCIA navázat vydáním *mezinárodních standardů pro následnou a dlouhodobou péči*. Standardy byly vypracovány zástupci různých typů zařízení následné péče tak: „aby mohly být aplikovány v kterékoli zemi, bez ohledu na její ekonomickou vyspělost.“ (18, str. 9)

Certifikace

Certifikace systému jakosti je prozatím rozšířena spíše u průmyslových organizací, poskytuje zákazníkům vyšší míru důvěry ve stabilitu jakosti dodávek.

Certifikace je proces, při kterém nezávislý orgán (tedy certifikační společnost) posoudí kvalitu systému managementu jakosti ve společnosti a s požadavky mezinárodní normy ISO 9001:2000. Vlastní certifikace spočívá v posouzení do jaké míry dokumentovaný (systémový audit) a fakticky zavedený systém jakosti (postupový audit) splňuje požadavky kriteriální normy. Je-li shledán stav vyhovující, je vystaven certifikát.(49)

Certifikace je prováděná za úplatu autorizovanou certifikační společností, držitel certifikátu se zároveň zavazuje podstupovat certifikační dohled jednou až dvakrát do roka. (49) Certifikační společnosti získávají oprávnění k provádění certifikace od Českého institutu pro akreditaci (ČIA), ten je oprávněn organizací ISO k vydávání akreditací, tedy svolení k provádění certifikace). (13)

ISO je zkratkou názvu **International Organization for Standardization** (Mezinárodní organizace pro standardizaci). Organizace ISO byla založena roku 1947 v Ženevě s cílem vytvářet technické standardy skoro ve všech odvětvích průmyslu. V roce 1987 vydala sadu pěti norem, které se začaly vážně zabývat systémem managementu kvality. Tyto normy prošly dvěma zásadními revizemi, uvádí se jako normy řady ISO 9001:2000. Ta sjednocuje všechny původní standardy série 9000. Na podkladě těchto norem si organizace mohou vytvářet své systémy managementu jakosti. Podstatou ISO 9001:2001 je zaměření na procesy, zaměření na zákazníka, zaměření na dokumentaci a na zaměstnance a také TQM (Total Quality Management). Cílem managementu jakosti je neustálé zvyšování výkonnosti organizace, s ohledem na potřeby všech zainteresovaných stran. (44)

3 Empirická část

3.1 Nemocnice Pelhřimov

Nemocnice Pelhřimov se od 1. 1. 2003 v důsledku reorganizace státní správy stala nestátním zdravotnickým zařízením zřizovaným Krajem Vysočina. Má 9 lůžkových oddělení s celkovou kapacitou 350 lůžek, z toho 304 lůžek akutní péče a 46 lůžek následné péče, 10 komplementárních a jiných odborných pracovišť, dále ústavní lékárnu, domácí ošetřovatelskou péči a 49 odborných ambulancí. V nemocnici pracovalo k 31.12.2008 celkem 643 zaměstnanců, z toho 86 lékařů a 317 zdravotních sester. V roce 2008 bylo na lůžkových odděleních hospitalizováno 13 969 pacientů, v odborných ambulancích provedeno 130 667 ošetření a v komplementu 187 007 vyšetření. (33)

Hospitalizační péče 9 lůžkových oddělení s 350 lůžky:

- z toho 29 pro intenzivní péči
- z toho 46 pro následnou péči
- z toho 275 pro standardní péči

Ambulantní péče 55 odborných ambulancí – rozšířeno o 4 ambulantní subspecializace. Odborná nelůžková pracoviště 4 pracoviště:

- pneumologie
- rehabilitace (členěná na 2 odborné ambulance, pracoviště fyzikální terapie, elektroléčbu, vodoléčbu)
- radioterapie a lůžkové oddělení (zrušeno v roce 1999), zůstává ambulantní trakt, denní onkologická radiologie, stacionář pro aplikaci chemoterapie, ambulance klinické onkologie a úzká provázanost na klinická oddělení – spolupráce formou specializovaných onkologických týmů
- ORL lůžkové oddělení zrušeno v roce 1999, nyní péče zajišťována ve 2 ambulancích, včetně audiokomory, pracoviště foniatrie, zákrokového sálku, a pro velké operace jsou využívány centrální operační sály. Pacienti jsou hospitalizováni na ostatních lůžkových odděleních dle charakteru onemocnění. (33, 40)

Komplementární péče - 5 oddělení komplementu:

- klinická biochemie
- hematologie a transfúzní lékařství
- radiodiagnostika a zobrazovací metody
- nukleární medicína
- lékařská mikrobiologie

Ostatní pracoviště

- nemocniční lékárna
- Dosanka – domácí péče
- dopravní zdravotní služba
- hospodářsko technické provozy, včetně administrativního zajištění (40)

3.1.1 Akreditace Nemocnice Pelhřimov

V roce 2007 chtěla Nemocnice Pelhřimov, p.o. prokázat kvalitu péče a služeb podle Národních akreditací dle Spojené akreditační komise ČR. Proto vznikl projekt „Zavedení národních akreditačních standardů“. Účelem projektu bylo nastavení jednotných parametrů pro měření a vyhodnocování kvality péče a porovnání výsledku v rámci kraje. Cílem projektu bylo zajistit určitou záruku pro pacienty, že péče, kterou nemocnice poskytuje, je bezpečná a kvalitní. Komise kontinuálního zvyšování kvality péče, zastoupená různými profesemi, začala postupně vydávat vnitřní normy vztahující se k akreditačním standardům.(33)

Nemocnice pokračovala v roce 2008 v projektu Kontinuální zvyšování kvality péče a bezpečí a v plnění národních akreditačních standardů dle Spojené akreditační komise České republiky. V průběhu roku proběhla dvě předakreditační šetření konzultanty Spojené akreditační komise. Poté získala nemocnice certifikát akreditace na dobu tří let od 16.12.2008 do 15.12.2011. V souvislosti s akreditací vynaložila nemocnice finanční prostředky přesahující 5 milionů korun. (33)

3.1.2 Doléčovací a rehabilitační jednotka (DRJ)

Doléčovací a rehabilitační jednotka sestává ze 2 lůžkových částí (stanic) o celkové kapacitě 46 lůžek. Z praktického hlediska jsou tyto dvě stanice označovány jako DRJ I a DRJ II a nachází se ve dvou budovách. Na DRJ I je celkem 8 pokojů, z toho v I. patře dva dvoulůžkové, ve II. patře 2 třílůžkové, 2 čtyřlůžkové a 2 pětilůžkové. Na DRJ II je celkem 7 pokojů, dva čtyřlůžkové a 5 dvoulůžkových.

Kromě primáře (II. atestace interní lékařství) pracují na oddělení 4 lékaři, z toho 2 mají atestaci prvního stupně a dva mají atestaci druhého stupně. Vrchní sestra má ukončené bakalářské studium ošetřovatelství a nástavbové pomaturitní specializační studium v oboru péče o dospělé. Dále na oddělení pracuje 25 zaměstnanců středního zdravotnického personálu, pomocného zdravotnického personálu a nižšího zdravotnického personálu. Z toho jeden zaměstnanec má ukončené vyšší odborné studium na zdravotnické škole a jeden zaměstnanec má ukončené bakalářské studium.(33)

Oddělení se řídí těmito indikátory kvality:

- Pády
- Dekubity
- Nutriční sceerning
- Soběstačnost
- Bolest
- Znevýhodněné (neslyšící, nevidomé, …)

Pacienti jsou přijímáni převážně překladem z ostatních oddělení Nemocnice Pelhřimov k doléčení nebo rehabilitaci po předběžné domluvě a zařazení do pořadníku. Zcela výjimečně jsou přijímáni pacienti z domova, kteří byli nedávno komplexně vyšetřeni a potřebují doléčení nebo rehabilitaci. Oddělení disponuje rehabilitačními pracovníky, kteří provádějí rehabilitaci a sociální pracovnicí, která kromě činnosti na DRJ navštěvuje denně jednotlivá oddělení nemocnice a poskytuje nemocným a jejich příbuzným ucelené informace o možnostech řešení jejich situace (domácí ošetřovatelská péče, pečovatelská služba, Domov pro seniory, denní stacionáře, Charita).

Hospitalizace na oddělení je dle potřeby pacientů i několik týdnů. Ve zcela závažných případech je pobyt možný do 3 měsíců.

Na oddělení je zřízen jeden jednolůžkový „rodinný pokoj“, který je určen především nemocným v terminálním stádiu a jejich rodinným příslušníkům.

Dále oddělení nově disponuje dvěma sociálními lůžky. Služba je zde poskytována formou „pobytové sociální služby ve zdravotnickém zařízení dle § 52 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.“ (41, str. 6) Zatím tuto službu využilo celkem 6 klientů. (41)

Na oddělení jsou volně k dispozici všem pacientům a jejich rodinným příslušníkům „Informace nemocným“. Tato složka obsahuje práva pacientů, ochranu cenných věcí, informovaný souhlas, užívání léků, ekologický přístup k třídění odpadů, návštěvní hodiny, popis stravování na oddělení a v nemocnici, možnosti telefonátů, služby (duchovní služby, dobrovolnická činnost). Samozřejmou součástí chodu oddělení je vypracovaná příručka „Standardy ošetřovatelství“, zde jsou popsány Organizační směrnice, Metodika a Standardy ošetřovatelské péče. Samotné Standardy ošetřovatelské péče jsou dále děleny na Standardy ošetřovatelské péče (Postupy a Manuály, Plány ošetřovatelské péče, Ošetřovatelské standardy, Mapy péče) a Standardy vzdělávání ošetřovatelského personálu (Nástupní praxe).

Pro všechny zaměstnance oddělení byly vypracovány Provozní pokyny. Tyto pokyny v sobě zahrnují vypracovaný Provozní řád DRJ, Dezinfekční řád, Režim na izolačním pokoji, Postup při hospitalizaci pacienta s epidemiologicky závažným infekčním onemocněním, Vnitřní předpisy, Organizační řád Nemocnice Pelhřimov, Traumatologický plán, Kolektivní smlouva, Vnitřní mzdové předpisy, Denní i noční harmonogram středního a nižšího zdravotnického personálu, Podpisové vzory všech poskytovatelů péče na oddělení DRJ.

Doléčovací a rehabilitační jednotka vypracovala spolu s Dobrovolnickým centrem Fokus Vysočina program „Dobrovolníci v nemocnici“. Pro tento program byla udělena první akreditace FOKUSu Vysočina 27. února 2004. Tuto akreditaci se podařilo obnovit 15. března 2007. Akreditaci pro dobrovolnické programy uděluje Ministerstvo vnitra, přičemž maximální délka akreditace je 3 roky. (4)

Jeho praktická realizace, tedy nástup dobrovolníků na oddělení, začala 1. června 2004. V období červenec 2006 – červen 2007 pracovalo na oddělení stabilně 5 dobrovolníků, kteří tuto práci vykonávali déle než 2 roky.

V srpnu 2007 byli vybráni dva dobrovolníci, kteří absolvovali v Praze seminář Bazální stimulace pod vedením Mgr. Karolíny Frieldové. Dobrovolníci zde získali certifikát platný v EU. Koncept Bazální stimulace je významným prvkem na tomto oddělení a výrazně přispívá k lepší péči o pacienta. (4)

3.2 Výzkum

Podnětem k výběru tématu této diplomové práce byly mé zkušenosti z období praxí během studia na lékařské fakultě. Jako studentka jsem prošla několika léčebnami dlouhodobě nemocných, dále jsem pracovala jako ošetřovatelka v jedné pražské soukromé léčebně a jako registrovaná zdravotní sestra v humpolecké léčebně dlouhodobě nemocných. Bohužel ani v jedné z výše uvedených léčeben jsem se, z mého pohledu, nesetkala s profesionální a především kvalitní ošetřovatelskou péčí. Když se v červenci roku 2008 rozběhla, na popud mediální akce, debata o poskytování kvalitní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných, byl už jen malý krok k napsání této diplomové práce a mému prvnímu vlastnímu výzkumu. Sama jsem začala přemýšlet, zdali je opravdu všude poskytována pouze nekvalitní nedůstojná péče, zda jsou v léčebnách skutečně všichni (od zaměstnanců počínaje přes pacienty konče) pouze nespokojeni s danou péčí, nebo zde existují místa, kde se snaží poskytovat v rámci daných možností kvalitní péči.

Jelikož pocházím z Vysočiny a jako občanka bývalého okresu Pelhřimov jsem vždy navštěvovala Nemocnici Pelhřimov a v rámci letní prázdninové praxe na lékařské fakultě jsem zde i pracovala, vybrala jsem si pro svůj výzkum právě tuto nemocnici a právě toto oddělení následné péče. S výběrem tématu souhlasila jak hlavní sestra nemocnice Mgr. Jitka Dejmková tak i vrchní sestra a staniční sestra Doléčovací rehabilitační jednotky.

Cílem kvalitativního výzkumu bude zjistit, co si na tomto konkrétním oddělení představují sami pacienti, rodinní příslušníci a zaměstnanci pod pojmem kvalitní péče, jak by měla podle nich kvalitní péče vypadat, či co by bylo vhodné udělat, aby péče kvalitní byla. Výsledkem by tedy měla být identifikace indikátorů kvality ošetřovatelské péče.

Obecná výzkumná otázka byla stanovena takto: „Jak vnímají a definují kvalitu péče na oddělení Doléčovací rehabilitační jednotky sami pacienti, rodinní příslušníci a zaměstnanci?“. V počáteční fázi výzkumu bylo důležité analyzovat důkladně veškeré dostupné dokumenty, které se týkaly chodu nemocnice a především zkoumaného oddělení DRJ. Jednalo se například o vnitřní směrnice, organizační řád, velikost nemocnice a počet personálu a pacientů. Vlastní kvalitativní výzkum poté spočíval v provedení rozhovorů formou polostrukturovaného rozhovoru a jeho analýze.

3.2.1 Kvalitativní výzkum, definování indikátorů kvality ošetřovatelské péče

Magisterská práce se zabývá kvalitou péče na Doléčovacím rehabilitačním oddělení (dále jen DRJ) Nemocnice Pelhřimov. Cílem výzkumu bylo nalezení indikátorů kvality ošetřovatelské péče na tomto oddělení. Cílovou populací byli poskytovatelé a uživatelé této péče, tedy zaměstnanci, pacienti a jejich rodinní příslušníci. Jako druh výzkumu jsem si na základě výzkumné otázky zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Jak uvádí Hendl: „někteří metodologové chápou kvalitativní výzkum jako pouhý doplněk tradičních kvantitativních strategií, jiní zase jako protipól nebo vyhraněnou výzkumnou pozici ve vztahu k jednotné, na přírodovědných základech postavené vědě.“ (12,str.47) J.Hendl dále uvádí tuto definici metodologa Creswella, a to že: „kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (12,str.48) Kvalitativní výzkum má stejně jako ten kvantitativní mnoho předností, ale také nevýhod. Jednou z nevýhod kvalitativního výzkumu je skutečnost, že získané znalosti nemusí být zobecnitelné na populaci a do jiného prostředí. Vzhledem ke skutečnosti, že výzkum byl proveden záměrně pouze na předem vyčleněné populaci a vyčleněném prostředí, nejsou zde žádné požadavky na jeho zobecnění. Naopak předností kvalitativního výzkumu je zisk podrobného popisu při zkoumání jedince, skupiny, události a fenoménu. Také zkoumá fenomén v jeho přirozeném prostředí, umožňuje studovat procesy a navrhovat teorie, zároveň dobře reaguje na lokální situace a podmínky, hledá místní příčinné souvislosti a pomáhá při počáteční exploraci fenoménů. (12) Za jednu z velkých výhod kvalitativních metod výzkumu považuji možnost pozměnění či přeformulování otázky v případě, že jí dotazovaný nerozumí. Tím lze předejít získání nepřesných výsledků. Skutečnost, ve které se zkoumaný jev nachází, nelze popsat bez předchozího kvalitativního šetření, metody kvalitativního výzkumu jsou v případě zjišťování kvality ošetřovatelské péče účelnější.

3.2.2 Metoda získávání dat

Pro splnění cíle kvalitativního výzkumu byla využita metoda kvalitativního dotazování. Jak uvádí Hendl „dotazování obecně zahrnuje různé typy rozhovorů,

dotazníků, škál a testů.“ (12,str.164) Všechny tyto metody lze použít samostatně, to se týká dotazníkových šetření, nebo v kombinaci s jinými metodami. Existují dvě krajní formy dotazování a to různé dotazníky s pevně danou strukturou otázek a uzavřenými otázkami, vyplňované samostatně nebo s cizí pomocí, a proti tomu volné rozhovory, jejichž struktura není předem dána a které mohou mít podobu volného vyprávění.(12) Dále existuje střední cesta v „podobě polostrukturovaného dotazování, jež se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací. (12,str.164) Pro sběr primárních dat z terénu byla tedy použita technika polostrukturovaného dotazování s otevřenými otázkami.

Tuto metodu jsem zvolila z důvodu akceptace typu respondentů, tedy seniorů. U této skupiny respondentů byla podle mého názoru tato technika nejvhodnější, jelikož dává větší prostor k širokému projevu respondenta na předem stanovený okruh témat. Hlavní výhodou osobního rozhovoru pak bylo získání důvěry ze strany respondenta, navození přátelské atmosféry, vysvětlení podstaty výzkumu a ujištění o zachování anonymity.

Jelikož mým cílovým souborem respondentů byli jak zaměstnanci oddělení, tak pacienti a jejich rodinní příslušníci, bylo vhodné vytvořit i tři různé dotazníky s otázkami. Otázky pro rozhovory byly formulovány na základě obecné výzkumné otázky. Dále jsem dle potřeby doplňovala dotazníky o různé podotázky, které vycházeli z mých znalostí o typu respondenta. Částečnou inspirací pro tvorbu dotazníků mi byl také výzkum vedený O. Mátlem a M. Jabůrkovou, který lze nalézt v knize Kvalita péče o seniory I. V případě zaměstnanců oddělení jsem strukturu otázek směrovala k vnímání kvality péče v kontextu získání akreditace. U pacientů jsem se zajímala především o jejich vnímání kvality péče a další dotazování se odvíjelo od jejich zdravotního stavu, samozřejmě trochu jiný typ otázek byl připraven pro rodinné příslušníky. Úvodní otázky byly pro všechny respondenty stejné. Podle postupů kvalitativního výzkumu jsem sestavila tzv. informační dopis, který informoval respondenta o účelu výzkumu, jeho nahráváním na diktafon, anonymním zpracováním a také o možnosti na otázky neodpovídat či rozhovor předčasně ukončit. Informační dopis tedy představoval informovaný souhlas respondenta s účastí na výzkumu. Na základě tohoto informačního dopisu jeden respondent nesouhlasil s nahráváním na diktafon, tomuto respondentovi bylo vyhověno a jeho rozhovor byl pouze zapisován. Informační dopis je také uveden v příloze č.2 a dotazník je uveden v příloze č.3.

3.2.3 Cílový soubor respondentů

Kvalitativní výzkum byl proveden u třech cílových skupin respondentů.

Prvním cílovým souborem respondentů byli zaměstnanci oddělení doléčovací rehabilitační jednotky. Jednalo se jak o vedoucí pracovníky tak o střední zdravotnický personál a pomocný personál. Rozhovory s touto skupinou respondentů probíhaly přímo na oddělení.

Druhým cílovým souborem respondentů byli pacienti. Rozhodující zde byl jejich zdravotní a duševní stav. Naopak nerozhodoval zde ani věk ani pohlaví. Rozhovory s pacienty probíhaly vždy na pokojích, vzhledem k jejich mobilitě.

Třetí cílový soubor tvořili rodinní příslušníci pacientů. Vzhledem k časově omezené možnosti návštěv, které probíhají odpoledne od 13 hodin do 17 hodin, jsem byla nucena tyto rozhovory vtěsnat do této návštěvní doby.

3.2.4 Zpracování dat a průběh kvalitativního výzkumu

Samotný výzkum, kdy jsem provedla celkem 12 polostrukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami, probíhal v období tří dnů od 25. do 27. května 2009. Datum i čas byl vybrán po dohodě s vrchní sestrou oddělení, tak abych svými rozhovory co nejméně narušovala chod oddělení, ale i tak, aby bylo možné provést rozhovory také s návštěvami. Ty mohou navštěvovat pacienty pouze v určitou dobu odpoledne. Pro záznam získaných dat jsem použila diktafon a dále písemné poznámky, které jsem pořizovala v průběhu rozhovoru. Velkou předností audionahrávky je určitě možnost většího soustředění se na respondentův projev, jelikož nejsem vázána na zapisování celého průběhu rozhovoru a následná analýza dat je snazší. Zvukový záznam také zachycuje veškeré kvality mluveného slova, například sílu hlasu, délku pomlk či různé doprovodné zvuky atd. Záznam je v tomto případě zcela nestranný a je autentický. (32) Z 13 respodentů jich 12 souhlasilo s nahráváním na diktafon, pro jeden rozhovor byl pořízen pouze písemný zápis. V tomto případě se jednalo o zaměstnance, kterému končil v organizaci pracovní poměr. Jeho přání bylo plně respektováno. Délka všech rozhovorů byla v průměru 30 minut, v některých případech bylo vzhledem k zdravotním komplikacím respondentů, vhodné rozhovor ukončit i dříve. U respondentů zaměstnanců jsem se musela přizpůsobit jejich pracovnímu harmonogramu. Anonymita respondentů byla zcela zachována. V magisterské práci nejsou u žádného z respondentů uvedena jména či jejich iniciály.

Analýza rozhovorů byla provedena na základě transkripce. Z 12 audiozáznamů se mi nepodařilo přepsat jeden rozhovor, který byl pořízen ve velmi hlučném prostředí a

respondentovi nebylo rozumět. U ostatních rozhovorů nebyly rušivé elementy tolik zřetelné. Přesto komplikovaly vlastní přepis záznamu. Analýze dat se blíže věnuji v kapitole Analýza dat.

Komplexní informace o kvalitě péče poskytované na oddělení DRJ jsem se rozhodla získat od všech, kterých se tato péče týká. Vzorek, který byl pro rozhovory zvolen, byl tvořen třemi cílovými skupinami. Dále viz kapitola Cílový soubor respondentů. Podmínkou pro výběr vzorku byla ochota podílet se na výzkumu pro účely magisterské práce, v případě pacientů také jejich zdravotní stav. Osloveno bylo během tří dnů celkem 12 pacientů, 5 zaměstnanců a dvě návštěvy. K rozhovoru se nakonec uvolilo 8 pacientů, 4 zaměstnanci a pouze jeden rodinný příslušník. Rodinní příslušníci celkově nejevili zájem o spolupráci, to si lze vysvětlit například omezeným časem návštěv, který chtějí trávit nerušeni.

Setkání s respondenty bylo naplánováno s vrchní sestrou na základě e-mailové korespondence. O probíhajícím výzkumu byly zaměstnanci oddělení seznámeni až v dny kdy výzkum probíhal a to mnou, tedy výzkumníkem. U pacientů jsem poprosila o spolupráci personál, který mě vždy uvedl na pokoj a ohlásil. Na začátku rozhovoru jsem se vždy představila, vysvětlila účel své návštěvy, seznámila respondenta s časovým plánem a pokusila se vytvořit důvěrnou atmosféru, která u těchto rozhovorů byla maximálně důležitá. Musím přiznat, že ne vždy se to podařilo a i přes sdílnost všech respondentů jsem někdy cítila pochybnosti o výzkumu. Vzhledem k faktu, že většina respondentů byla v tu dobu zcela závislá na pomoci personálu tyto pochybnosti chápu. Po sdělení veškerých informací týkajících se výzkumu jsem s respondentem podepsala tzv. informační dopis. Formulář byl podepsán ve dvou vyhotoveních. Jeden byl ponechán respondentovi a jeden zůstal mě jako výzkumníkovi. Někteří respondenti dopis podepisovat nechtěli jelikož se jim zdál zbytečný a plně mi důvěřovali. Nebo naopak vzhledem ke svému zdravotnímu stavu se jim nepodařilo dopis přečíst. V těchto případech jsem jim celý informační dopis přečetla a ujistila se slovně, že všemu rozumí a mohou rozhovor kdykoliv ukončit.

Rozhovory s pacienty probíhaly na jejich pokojích a to nejen z důvodů jejich mobility, ale na celém oddělení se bohužel nenašla místnost či alespoň koutek, kde bychom mohli být sami, tedy výzkumník a jeden respondent. Jelikož byli respondenti na pokojích minimálně ve třech, ale také po pěti, to vše mělo vliv na průběh rozhovoru a také kvalitu poskytnutého audiozáznamu. S tím jsem jako začínající výzkumník nepočítala a o to náročnější pak byla vlastní transkripce záznamu. Během rozhovorů jsme byli rušeni jak dalšími pacienty, tak personálem a v době návštěv dále i samotnými návštěvami. Často

jsem musela vysvětlovat, že na otázku stačí, když odpoví pouze respondent a ne celý pokoj. Na druhé straně chápu, že pro některé pacienty jsem byla jediným rozptýlením během dlouhé a náročné léčby. Nálada během rozhovorů byla velice dobrá. S některými respondenty jsem si po pořízení rozhovoru dále povídala, což pro mne bylo velice prospěšné a osvětlilo mi to některé důvody proč respondenti návštěvy reagovali na výzkum spíše negativně. Rozhovory s respondenty zaměstnanci probíhali v přátelském duchu, ovšem nikdy o samotě, opět zde hrály roli prostory oddělení. U zaměstnanců jsem byla mile překvapena jejich upřímností. Pořízený záznam byl v lepší kvalitě než u pacientů.

Kvalitativní výzkum na oddělení DRJ proběhl bez větších obtíží podle stanoveného plánu.

Analýza dat

Cílem analýzy kvalitativních dat bylo nalezení indikátorů kvality péče na oddělení Doléčovací rehabilitační jednotky v Nemocnici Pelhřimov. Obecná výzkumná otázka byla položena takto:„Jak vnímají a definují kvalitu péče na oddělení Doléčovací rehabilitační jednotky sami pacienti, rodinní příslušníci a zaměstnanci?“, jejich odpověď bude známa v závěru magisterské práce.

Jak jsem již uvedla výše, v rámci výzkumu jsem provedla 13 rozhovorů, z nichž 12 jsem přepsala. Tuto činnost jsem prováděla průběžně. Přepis byl časově velice náročný nejen z hlediska špatné kvality audiozáznamu. Také J. Hendl uvádí, že: „pro podrobné vyhodnocení je transkripce podmínkou“. (12, str.208)

Jako studentka jsem se poprvé pokusila analyzovat data z kvalitativního výzkumu pouze v rámci předmětu Kvalitativní výzkum I. a II., který probíhal na Katedře řízení a supervize Fakulty humanitních studií. Mé zkušenosti s postupy kvalitativní analýzy dat pocházejí tedy pouze z tohoto předmětu. Na základě těchto zkušeností jsem pro analýzu kvalitativních dat zvolila metodu „grounded theory“ neboli metodu zakotvené teorie. M. Miovský charakterizuje zakotvenou teorii jako teorii induktivně odvozenou z procesu zkoumání jevu, který reprezentuje. (32, str.226) J. Hendl ve své knize uvádí, že: „zakotvená teorie je návrhem specifické substantivní teorie, která se týká jistým způsobem vymezené populace, prostředí nebo doby.“ (12,str.243) U zakotvené teorie začínáme zkoumanou oblastí, fenoménem a dále necháváme, aby v průběhu výzkumu mohlo „vyplout na povrch“ to, co je ve zkoumané oblasti významné, aniž bychom to dopředu předjímali či jakkoli označovali. (32)

Hendl uvádí tyto tři hlavní typy kódování podle Strausse a Corbinové:

1. otevřené kódování
2. axiální kódování
3. selektivní kódování (12)

J.Hendl popisuje kódování jako: „rozkrytí dat směrem k jejich interpretaci, konceptualizaci a nové integraci“. (32, str. 226)

1. Otevřené kódování je první fází procesu kódování, významové jednotky jsou složeny z pojmů, ty označují jednotlivé události. (32)

2. Axiální kódování je „souborem postupů, pomocí nichž jsou údaje po otevřeném kódování znovu uspořádány prostřednictvím vytvářených spojení mezi kategoriemi tento složitý induktivně-deduktivní proces probíhá v duchu kódovacího schématu, které zahrnuje podmiňující vlivy, kontext, strategie jednání a interakce a následky.“ (32,str.229) Pro odhalení vztahů mezi různými kategoriemi, musí výzkumník zkoumat, které kombinace znaků jsou propojené s jinou kombinací znaků v jiné kategorii. To nelze udělat pouze na základě dat, ale je třeba teoretický rámec, který doporučí, které druhy fenoménů je možné mezi sebou propojit tak, aby dávaly smysl.(12)

3. Selektivní kódování lze chápat jako proces „kdy po výběru (identifikaci) centrální kategorie tuto kategorii systematicky uvádíme do vztahu s ostatními popsanými kategoriemi, tyto vztahy dále ověřujeme a konceptualizujeme.“(32, str.230) Pro selektivní kódování je základem axiální kódování, jímž se získal obraz o vztazích mezi různými kategoriemi. V průběhu selektivního kódování výzkumník hledá hlavní témata a kategorie, které pak tvoří ústřední bod vznikající teorie. V okamžiku teoretické saturace (tedy v okamžiku, kdy žádné další kódování nepřináší nové poznatky), se přeruší postup interpretace dat a sběr dalšího datového materiálu. (12)

V rámci analýzy kvalitativních dat jsem prováděla tzv. otevřené kódování. J. Hendl uvádí, že výzkumník provádí otevřené kódování prvním průchodem daty, při tom lokalizuje témata v textu a přiřazuje jim označení, dále pomalu čte terénní poznámky a přepisy rozhovorů a všímá si kritických míst. Tento typ kódování lze aplikovat různým způsobem, lze tedy kódovat slovo po slovu, podle odstavců, anebo podle celých textů a případů. (12) Tak jak uvádí autor jsem se také snažila postupovat. Pro otevřené kódování jsem si zvolila systém kódování po větách. Každý rozhovor jsem procházela samostatně a důkladně pročítala. Poté jsem začala s jeho kódováním, dále jsem začala s kategorizací. Postupně jsem se snažila navrhovat stále abstraktnější kategorie. Každá kategorie měla několik vlastností a dimenzi umístění této vlastnosti na škále.

Výsledky kvalitativního výzkumu

Pohlaví	Počet
Ženy	8
Muži	4

Zkoumaný soubor tvořili čtyři muži a osm žen.

Pohlaví	Pracovní zařazení	Délka praxe na oddělení DRJ
Žena	Vrchní sestra	11 let
Žena	Staniční sestra	Nezjištěno
Žena	Sanitář	10 let
Muž	Sanitář	6 měsíců

Tabulka zobrazuje pohlaví, pracovní zařazení a délku praxe na oddělení respondentů zaměstnanců.

Pohlaví	Příbuzenský vztah s pacientem
Muž	Rodinný známý

Tabulka zobrazuje pohlaví a příbuzenský vztah s pacientem respondenta rodinného příslušníka.

Pohlaví	Věk	Odkud pacient přišel	Důvod hospitalizace	Doba hospitalizace	Jiné
Žena	76	Překlad z chirurgie	Zhoršený zdravotní stav	1 týden	Podaná žádost do domova pro seniory
Žena	81	Překlad z chirurgie	Poškození zad po pádu	4 dny	Podaná žádost do domova pro seniory
Žena	73	Překlad z chirurgie	Zlomenina levé nohy	1 měsíc	Podaná žádost do domova pro seniory
Žena	90	Překlad z interního oddělení	Následná rehabilitace	2 měsíce	
Žena	87	Doporučení od praktického lékaře	Zhoršený celkový zdravotní stav	1 měsíc	Podaná žádost do domova pro seniory
Muž	72	Překlad z urologie	Rakovina kostí	3 měsíce	Podaná žádost do domova pro seniory
Muž	76	Překlad z interního oddělení	Parkinsonova choroba	1 měsíc	

Tabulka zobrazuje pohlaví, věk, odkud respondenti pacienti přišli na oddělení, jejich zdravotní diagnózu a délku doby hospitalizace.

Z provedené analýzy rozhovorů vzniklo 11 kategorií, které představují indikátory kvality péče na oddělení doléčovací rehabilitační jednotky v Nemocnici Pelhřimov. Některé další kategorie přímo nejsou indikátory kvality, přesto je považuji za důležité k pochopení celé problematiky poskytování postakutní (následné péče), z tohoto důvodu jsou uvedeny na konci této kapitoly. Přepis jednoho rozhovoru je uveden v příloze č.4.

Indikátory kvality postakutní péče v Nemocnici Pelhřimov

- ***Spokojený pacient***

Prvním indikátorem kvality je spokojený pacient. Spokojeně se cítí pacient, když je mu vyhověno v jeho potřebách, respektují se jeho přání *„ nu tak vyhovět pacientovi v rámci teda léčby jeho péči, tak vyhovět mu v jeho potřebách i přáních, který třeba jsou mimořádný nějaký rodinného typu nebo tak, protože ten člověk když leží má starosti taky o domov že jo …*“, *„ jo sem spokojená, no když nepotřebuji tak jako dneska, to pořád otravuju, mám nějaký problémy no ale jinak sou tady hodný a můžu říct, že poslouží to co chci*“ a také „ *..no aby pacientovi pomáhali no*“, *„no aby byli úslužný*“, „ *no personál je výborný tak to jako jde*“, významná je také pozornost, která je pacientům věnována *„když musíte ležet měsíc v sádře, tak vás to taky štve všechno, nemůžou být nejlepší, nemůžou to dělat jinak než to dělají tady, oni se pořád chodí ptát jestli něco nepotřebujeme, hm no to je potřeba“* a jsou uspokojeny základní potřeby jako je jídlo „*no jo, když oni vám dají třeba dva plátky chleba a jeden tavenej sejra. Tak to je taky jídlo, no“ „…tak vadí mi ty jídla,no.. když sem dostala kaši, to byl jeden velkej chuchvalec, no to je jak tomu někdy nevěnují péči, já sem si doma dělala mnohem lepší jídlo, to se nedá srovnat.“, „… a támdle mám mlíko s chlebem, ani podívat se na to nemůžu“,* pití „*no čaje, to sou takový vody a ještě to nesladěj, no moc mi to nechutná*“ a hygiena „ *no každý úterý nás sprchují a umývají nám hlavu no a ve čtvrtek, tak to je dobry…*“ *„nás tam navezou a pak nás jednu po druhý berou a umývají nás, asi se to tady nedá jinak, prostě no ženská jako ženská tam sedíme všechny v křesle tak nás umejou, utřou, dají nám čistý košile, to dávají denně, tak tam sedíme jako dámy..“*

Z pohledu zaměstnance je ovšem pacient čím dál náročnější a zároveň nespokojený *„zhoršilo se to těma poplatkama, protože to teda bylo hodně z nich cítit, já si to platím, tak ty poslouchej a diktovali i lékařům a takhle to teda bylo hodně pocítit a kolikrát byli dost nepříjemní nevím, no, jsou takový náročnější během těch deseti let, ti pacienti ačkoliv mají víc péče, jo a daleko lepší prostředí, podmínky, možnosti, prostě všechno daleko lepší než*

před deseti lety, tak sou ty lidi daleko víc nespokojený" a také vyžadují věci, které ne vždy patří do standardního vybavení oddělení *„nemusí sebou mít mýdlo, šampón, ručník nic prostě a to už by nemocnice byla rovnou hotel a divěji se i příbuzný, jak to, že tu nemáme kartáčky na zuby jo, takhle to mě napadl například."*

- ***Komplexní zajištění potřeb pacienta***

Tento indikátor charakterizuje představu zaměstnanců o kvalitní péči. V mnohých směrech se shoduje s představami pacientů. Nicméně zaměstnanci vidí jako nejdůležitější zajištění potřeb jako je hlad, žízeň, hygiena a bolest „*dostatečně zajištěný pacient, aby nebyl hladovej, nebyl špinavej, aby se mu zajistil bezbolestnej a pohodovej život v nemocnici", „ ..vlastně se staráme o pacienty o hygienu, aby měli co jíst, co pít, po tý stránce fyzický tady s nimi normálně rehabilitujeme…ta psychická podpora vlastně se jim věnujeme, chodíme s nimi, si povídáme"* a až poté zajištění potřeb individuálních., na tuto potřebu reagovala pouze vrchní sestra „ *…zaměřená na individuální potřeby nemocného"*. Zaměstnanci věří, že se na oddělení snaží v co nejvyšší možné míře „ *..ze 70%"*, „*snažíme se prostě, aby to tak bylo..to je vlastně moje životní krédo*" . Při zajišťování potřeb pacienta je dle zaměstnanců oddělení důležité dodržovat předpisy a péči provádět bezpečně „*..péče vždycky bezpečná, prováděná dle standardů péče, podle metodiky, podle právních předpisů a směrnic*". Do zajištění komplexní péče lze považovat také do jisté míry léčbu bolesti, tu komentoval jeden ze zaměstnanců takto *„neřeší se tu většinou léčba bolesti a ať se to týká našeho oddělení, interního, chirurgického, na bolest se tady prostě neslyší, ono je to složitý, někdo si na bolest stěžuje pořád a jiný zas neřekne nebo nedá najevo nic."*

- ***Akreditace***

Akreditaci vnímají všichni respondenti ze strany zaměstnanců jako něco, co je důležitým ukazatelem kvality poskytované péče na oddělení a to především po té formální stránce „ *určitě právě tohle je super, že se sjednocují ty předpisy a ujednocují a vlastně pro všechny oddělení pro celou nemocnici",* dává jasná pravidla pro poskytování péče a zvyšuje její bezpečnost *„vše dostalo řády, jasný pravidla, takže se vlastně zvýšila bezpečnost péče, zařízení se stává bezpečnější nemocnicí", „akreditace jako taková nastavila různě takové celoústavní pravidla v těch otázkách, které nám ještě chyběly, takže akreditace jako taková určitě je svým způsobem takové nakročení k pořádku ve všem", „..každopádně teď co se týká bezpečí těch nemocných tak teda toho personálu tak zase je*

to posun obrovský, je to čím dál lepší a snad to bude pokračovat do budoucna". Proces akreditace a dodržování nově stanovených pravidel není vždy ale tím, co zaměstnanci považují ve své práci za nejdůležitější *„jako já chápu že v dnešní době, kdy se na všechno žaluje, kdy se na všechno poukazuje, tak si myslím, že je důležitý to mít na papíře, ale všechno se podepisuje a nemluví se a já si myslím, že to je důležitý s těma starejma lidma povídat"*, *„ je to o papírech, a na to vy nemáte čas, to prostě nejde, když to má být tak jak to je, pak ty sestry vůbec nemaj šanci se dostat k lidem minimálně.."*, *„proces příprav je nesmírně náročný pro ten personál a ten řídící, potom přibývá práce a někdy přichází pochybnosti právě v té souvislosti, že přibývá té administrativy…"* Jelikož akreditace byla přidělena celé nemocnici, z výpovědí respondentů také vyplývají pochybnosti o její přesné účelnosti na daném oddělení *„já teda jako za své oddělení musím říct, že my tam máme pořád takový drobný problém, protože my jsme následná péče a nemyslím si, že až všechno by pro nás mělo být co je celoplošné…a taky si myslím, že to pro nás bylo leckdy až moc složitý, až moc přepečlivý…takže ta administrativa je šílená"*. Jednoznačný pohled na akreditaci mají pacienti „ *neví, že nemocnice má nějakou tu akreditaci", „nevím, co to je a je mi to jedno", „ne, nevím, že něco takového je a vůbec mě to nezajímá, ona by ta nemocnice fungovala i tak"*. Vysokou míru důležitosti má akreditace pro rodinného návštěvníka *„mělo by to znamenat, že to je na výši a dal bych tomu přednost."*

- ***Schopnost naplnění času tráveného na oddělení***

Pro většinu pacientů je pobyt na oddělení spojen se sníženou soběstačností a omezenou možností pohybu, proto je často jedinou náplní dne sledování televizi, „*je to slušný aspoň ta televize, když tady není s kým pohovořit*", které je ale díky vysokému počtu lidí na pokoji a velikosti televize často komplikované a pro některé spíše součástí zvyku z domova *„koukání na televizi nabízejí a já nevím no, já doma měla puštěný rádio, no, tady rádio není, že jako sem měla pocit, že tam nejsem úplně sama, tak sem tam nějakou kravinu, ne všechny, ale co mě zajímalo poslechla", „doma sem se koukala každý den no třeba do jedenácti hodin a tady já nevím no.."* , *„no je to celkem slušný, aspoň ta televize, když tady není s kým pohovořit no"* rozhoduje také kvalita televize *„ já mám černobílý, tady je to barevný.." „no ono když je jich několik tak se chce dívat na to a druhý zase na to, no tak se to zavřelo a nedívalo se na žádný",* míra důležitosti naplnění volného času během dne se odvíjí také od jejich zdravotního stavu a jak sami uvádějí navíc „*když člověka stále něco bolí tak ani není zájem" „..nemám na to vůbec náladu, já sem se mrkla když mě takhle prováděli když jsem sem přišla, tak jaká je to televize, tak se mi to zdálo*

takový divný ta televize“, problémem je také jejich *mobilita „sem jediný chodící člověk na oddělení, dělám si co chci, hlavně abych nepřekážel“*, oddělení svými prostory působí tak že u některých pacientů ani není možnost volný čas nějakým způsobem naplnit. *„Nemá tady člověk co dělat,… v té nové budově je átrium a bufet, ale je to do kopce všechno“.* Jako velký problém vidí zaměstnanci nepřítomnost ergoterapeuta a kvalitní rehabilitaci *„..mít tu ergoterapeuta, který by si s nima dělal, vytvářel nějaký ty práce navíc, protože teď je tady takový složení pacientů, že by se dalo stříhat třeba, malovat, prostě něčím je zaměstnat aby neleželi bez výrazu to by bylo super“ „..rehabilitace je zajištěna tak na 40% protože, že by to zajišťovala odbornice tady není, je málo rehabilitačních sester v celé nemocnici, takže na to že jsme rehabilitační jednotka tak to tady vůbec nefunguje, je to teď o něco lepší, protože se teď vyškolili nebo specializovali ty naši sanitáři,…ale jako to je jako takový chození jenom, by potřebovali víckrát denně, na to že jsme rehabilitační jednotka tak jsme v tomhle nezajištěný a to je velká škoda.“*

- ***Schopnost komunikace***

Schopnost komunikovat mezi kolegy, s pacienty a jejich rodinnými příslušníky berou všichni respondenti jako důležitou součást poskytování kvalitní péče. Míra s jakou jsou schopni mezi sebou komunikovat zaměstnanci závisí na vztazích mezi kolegy a schopnosti spolupráce *„ano účastní se všichni protože vlastně veškeré úkoly se musíme poradit se sestrou a vrchní chodí a kontroluje“, „..konzultace je možná s vrchní a když se něco děje tak i s kolegy, to si myslím že je dobrý“*, podstatnou součástí procesu komunikace je také míra důvěry ve střední management „*jo to jo, řešíme to mezi sebou a pak i s vrchní řešíme co funguje, co nepomáhá a docela to jde“*, *„vrchní je šikovná a když vidí tak vám vyjde vstříc a řeší to, a když sou nějaké tyhle ty věci tak jako řeší to“, „..i vztahy na pracovišti jako jo si myslím, že ta komunikace, když slyším ty ostatní na jiných oddělení tak tady i to vedení nebo mezi lidma a to teď vnímám jako dobrý“*, naopak schopnost komunikovat s lékařským personálem už respondenti hodností spíše jako menší *„..toho se dosáhnout nedá protože nejsou až takový vazby mezi ošetřovatelským personálem a lékaři a já si myslim že to tam docela vázne v některých věcech“*, komunikace je důležitá také z hlediska sloučené dokumentace, podle jednoho respondenta *„je to doktorům jedno a takových 99 procent to ty sestřičky přijali v klidu, tak je to další papírování..“*

Komunikace personálu s pacienty se projevila jako oblast, kterou zaměstnanci chtějí považovat za prvořadou, ale její míra naplnění se neslučuje s množstvím papírování, které je od povídání odvádí „ *papírování což je zase odvádí od těch pacientů..“, „mě se to*

osobně vůbec nelíbí, prostě každý prd se zapisuje a čas na ty lidi prostě není", „by jste potřebovala mít pracovní dobu o tři čtyři hodiny déle aby jste měla čas i na ty lidi." Vlídné slovo považují za důležité také pacienti *„no tak jistě vlídný slovo hlavně, to si myslim, že dělá zázraky, protože když přijde taková bouřka nějaká, mračí se to na vás a bojíte se co bude chtít, tak to není dobře, já si myslím, že to vlídný slovo je skoro bych řekla hodně důležitý, člověk se hned cítí lépe, když jsou na sebe lidi hodný."*

Jako problematickou vidí zaměstnanci schopnost komunikovat s rodinnými příslušníky a díky tomu zkoordinovat co nejlepší pomoc pro pacienty *„spolupracují pokud nemusejí vynaložit péči o toho svého příslušníka, málo kdy je zajímají ty lidi, málo kdy", „...když po nich nic moc nechcete, aby se angažovali, tak sou docela dobrý", „...někomu se nelíbí, že je netaháme do sprchy denně protože je sprchujeme půl na půl, takže dvakrát týdně, ale když jim nabídnete, že si můžou babičku sami umýt večer, že my to tady personálně nezvládáme, tak to se cítí dotčení a už by nás žalovali že tu nemáme dokonalou péči, a tak je to pořád do kola"*. Komunikaci mezi personálem, pacienty a jejich rodinnými příslušníky komplikuje vyšší míra neznalosti práv a povinností *„ jako oni často nevědí, co můžou žádat, nevědí co všechno můžou žádat, nevědí svá práva ale i povinnosti a návštěvy nedodržují čas a vůbec se nám nehlásí, je to jak v holubníku."*

- ***Prostory doléčovací rehabilitační jednotky***

Jedním z indikátorů kvality péče jsou také prostory oddělení *„změnila bych prostory"*, v konkrétních případech velikost a čistota pokojů jsou důležité pro pacienty stejně jako počet pacientů na pokoji. Míra důležitosti je však trochu jiná u počtu pacientů na jednom pokoji, personál tento počet vidí mnohem kritičtěji než samotní pacienti, ty vidí počet pacientů takto *„no není to moc, sem byl v počátku na té interně tam nás bylo víc"* a také *„já bych si nikdy nevybíral, jenom že na pokoji nechci být sám, ale zase když bych to vzal z druhý stránky a bylo mi už dobře a ležel tam někdo takový jako to, tak já sem takový měkčí, tak to by mi vadilo, to bych prosil sestru zda je možný mě přesunout",* spokojenost s pokoji a počtem pacientů souvisí také s tím v jakém složení jsou pacienti na pokoji *„no tyhle pani jsou hluchý, já bych se s touhle pani bavila, jenže ona je hluchá, musela bych na ni křičet a to nechci a támhletu u zdi tu nesnáším, to je taková ženská ona kouká na mě jak čert nesnáším a tahle naproti ta o ní taky mluvila neměla jí ráda a najednou se s ní začala vybavovat tak té si taky nevšímám", „ já sem předtím byla na pokoji tady vedle, byli jsme tam tři, dvě z toho vůbec nevnímali, protože to no, tak mě pak přeložili sem páč já sem tam byla, no bych se zbláznila, sem celý den mlčela, tak sem šla sem,...tady je to*

takový větší a světlejší a nevadí mi víc lidí“, důležitou vlastností prostorů je jak vypadají před počtem lidí na pokoji *„to je bezvadný, je to pokoj velký, světlej, větraný, takže no když je to menší pokoj je to intimnější, ale zase tadydle je větší prostor takže takhle se to vyrovná“*, *„..ono se to tady střídalo, zpočátku jsme tady byli dva pak čtyři, jak holt měli místa a jak potřebovali“,* chodícím pacientům by se však možnost volby samostatného pokoje velice líbila *„no jo teda takhle mě je to jedno jestli sem tady sám nebo mi sem někoho dají, protože oni ho sem přivezou a to dohromady ani nemluví, to sou všechno už no, no prostě nemluví takový mrtví sou no,…no tak to jo, to jo bych byl radši sám, kdybych si mohl vybrat“.* Neexistence jídelny či společenské místnosti *„tady se dá jít k těm rybičkám…jinak já tady ani nikoho nikde neviděla“, „no jo, bylo by to asi fajn, kdyby tady byla nějaká místnost, tam na tý urologii tam byla taky místnost, ono všude i v tý Jihlavě byla místnost na sezení, ale je to zase velikánský“,* pak jen koresponduje s nemožností naplnění volného času *„já sem dřív jedl u těch rybiček, ale to je na chodbě…no a pak mě přestěhovali dolu,…no a teď už se mi tam jíst nechce“, „no já se nikde nemotám, když s nimi chodí, abych se tu neplet, já už vím kdy jdou, tak jedu rovnou výtahem dolů si zakouřit no“* S prostory a pokoji na oddělení souvisí i jejich čistota *„tak záchody sou tu dva, každý na jedné straně,.. a čistý sou to jo“, „..ale je tu čisto..“* Omezené prostory na pokojích jsou problémem také pro návštěvy *„prostory, prostory sou dobrý, akorát když přijde víc lidu, návštěva, není si kam sednout tak musí dva odejít nebo jít ven no, jako já vydržím dost, ale stát mi nejde, já sem po operaci kolene, já sem vyjdu ty schody a sem jak kdybych pracoval v lomu.“*

Velikost pokojů, počet lůžek na pokojích, hygienické zázemí ve vysoké míře vadí také samotným zaměstnancům *„asi by bylo lepší, kdyby byl každý pacient sám, měl vlastní pokoj se svým vybavením, no jenže prostě nejsou peníze a spousta lidí je dá jinam“, „určitě bych si představovala naprostou změnu prostředí pro pacienty, protože si myslím, že obě oddělení máme umístěny v těch nejstarších budovách a ty prostory sou rozhodně nevyhovující, koupelny jsou dvě na chodbě, což si myslím, že v dnešní době není úplně vyhovující, pokoje jednolůžkové maximálně dvoulůžkové.“*

- ***Vzdělávání zaměstnanců***

Vzdělávání zaměstnanců je dalším nalezeným indikátorem kvality péče. Podle některých respondentů výše vzdělání usnadňuje orientaci v problematice zavádění akreditace *„no tak to čím větší vzdělání tím chápe. Teda sanitář se základním vzděláním nebude mít ponětí co se děje, sestra se střední, tu budete muset hodně přesvědčovat a jediný, kdo to pochopí je sestra s vysokou školou“,* podle jiných je naopak výše vzdělání nedůležitá *„když holky chodily na střední tak to bylo lepší“,* celoživotní vzdělávání má u zaměstnanců vysokou míru důležitosti, avšak ze strany vedení celé organizace není podporováno, respektive je povinné v rámci udržení kvalifikace především u zdravotních sester, ale školení si zaměstnanci musí zajišťovat spíše sami *„vzdělávání, to si myslím, že je věc každého, ale každopádně nikdo nikoho nezrazuje, naopak kdo může se vzdělává“, „pořádá nějaké semináře, ale každý se vzdělává sám, musí“, „já vím, že pro sestry sou nějaký semináře, pro nás sanitáře zatím nevím, nic mi nepřišlo, ta možnost tam asi je..“, „žádným, absolutně žádným…..ale přála bych si to, protože to by nás motivovalo jít dopředu, třeba já sem dělala dva roky zdrávku a pak sem to kvůli rodinný situaci musela ukončit, ale musela sem si brát svoje volno, dovolenou sem nedostala, jo prostě kdyby mi nevyšla vrchní vstříc tak organizace vůbec nic.“*

Složitost v systému vzdělávání může dle zaměstnanců mít také vliv na vnímání poskytování kvalitní péče ze strany pacientů *„tak jako vůbec postavení, vzhled té sestry, dneska to školství nastavilo diplomovaný a bakalářky a magistry a v povědomí všech je, že tyhle nejsou na práci jenom na psaní papírů, nevím no jako tohle je můj názor“, „hrozný chaos je to teď, jako ať se každá sestřička vzdělává ale na celoživotní vzdělávání, které si sama vybere, ať si vybere co ji bude bavit, ať je k tomu nějakým způsobem motivována ano, ale proč děvčata nutit, když chtějí dělat zdravotní sestru dělat vejšku, nevím a dost si myslim, že i špatného světla to vrhá na sestru, myslím že je to zbytečný.“*

- ***Motivace zaměstnanců***

Kvalitní péče podle respondentů také souvisí s počtem personálu na oddělení. Ten je velice nízký právě z důvodu nízké motivace v organizaci při získávání nových pracovníků a udržení těch současných. Dále je to nízké finanční ohodnocení rehabilitačních pracovníků, kterých je skutečný nedostatek *„… ta práce, ta nemocnice nenabídne vlastně vás nemotivuje, nedává vám to finanční ohodnocení, těm rehabilitačním, když to tak vezmu tak půjdou do soukroma, protože tam ty prachy sou lepší, by byli hloupí kdyby byli tady, jako v soukromém sektoru je to lepší než ve zdravotnictví“,* vlastní motivací nemyslí zaměstnanci pouze finanční ohodnocení, ale také různé formy slev, lázní, rehabilitací *„..když si vezmu policajty, hasiče taky mají náročnou práci stejně jako my si myslím, ty mají různý dovolený, různý rehabilitační týdny, já nevím měsíce, my nemáme vůbec nic“* či kulturního vyžití, tedy celkově přispívání k naplnění volného času *„tady je to jenom musíš, musíš, musíš“, „nám by stačilo čtrnáct dní v lázních, nebo něco, prostě si odpočnout jednou za rok, nic tady prostě nic“* ani akreditace v tomto ohledu zatím nic nezměnila *„ne nevím o tom, na těch odborech se o tom mluví, ale myslím, že neuspějí, odchod do důchodu býval dřív, taky nic.“*

- ***Důvěra***

To, že pacienti mohou důvěřovat personálu považují respondenti také za jeden z indikátorů kvality. Především pro samotné pacienty je míra důvěry v procesu léčby důležitá, důvěru projevují podle sympatií přímo konkrétním zaměstnancům, tomu komu důvěřují si mohou postěžovat i jít pochválit *„já bych si vybrala někoho, kdo je mi sympatický“, „…to víte někdo je vám protivný na první pohled, k jinému máte důvěru, tak podle toho bych já postupovala“*, *„na primáře, na sestřičky, na kohokoliv, všichni sou dobrý“*. Pro rodinného příslušníka se důvěra, komu si půjdou postěžovat či pochválit odvíjí od jeho pracovního postavení *„…při stížnosti, no to bych šel za primářem jedině,…primář je primář,to je větší záruka,…no ale na pochvalu to by mi stačila ta sestra.“*

- ***Rehabilitace***

Dalším indikátorem kvality poskytované péče je rehabilitace *„rehabilitace?..no sou výborný, věnují nám takovou péči, jsou moc hodný, nechvátají na nás a věnují se nám opravdu hodně moc“*, tedy její četnost *„máme ranní cvičení..“*, kvalita *„rehabilitují no,..pořád ležím no, dojdu si na záchod s tímhle chodítkem jo a dneska prvně mi dali tyhle francouzský hole, tak třeba to bude lepší, no co, třebas se nějak rozchodím, no uvidím“* a také odbornost personálu *„naši sanitáři mají kurz jako na rehabilitační pracovníky“*, *„ jako teď se vyškolili, nebo specializovali naši sanitáři, jakoby sou to rehabilitační pracovníci“*, který tuto činnost provádí a v neposlední řadě i místo, kde je rehabilitace prováděna *„cvičí s námi na posteli“, „..ke každý posteli, ty cvičitelé jednička s hvězdičkou“*. Míra kvality rehabilitace se jeví jako rozdílná u pacientů *„já sem jako spokojená, mě to stačí..“* a z pohledu zaměstnanců *„ jako to je takový to chození jenom, oni by potřebovali vícekrát denně..“, „..sanitář, on s námi ještě musí udělat tu naši práci a k tomu tu rehabilitaci a to stíhejte, když je tady třicet lidí, je to jenom o lidech, je nás pořád málo.“*

- ***Schopnost zachování důstojnosti a intimity člověka***

O tomto indikátoru kvality, se většině respondentů moc mluvit nechtělo. To že je schopnost zachování důstojnosti a intimity člověka indikátorem kvality se zmínili dva respondenti, jeden pacient a druhý jako zaměstnanec, oba považují míru schopnosti za dobrou, avšak mohla by být lepší v rámci možností fungování oddělení *„ale ne, tak jak jste mluvila o tý důstojnosti a s tou intimitou tak si myslím, že by to mohlo být lepší, ale zase na druhou stranu musíme brát v ohled možnosti, že personálu je málo, pacientů je moc a ty nároky celkově jsou čím dál větší“*, včetně zachovávání soukromí, které s intimitou souvisí *„soukromí se snaží dodržovat, oni mě teď straší, protože mi řekli, že budou kontrolovat kalhoty, a já se mi stalo, že ležím v posteli a já cože? Já sem se až lekla, a oni teď jdou a říkají kontrola kalhot. Takže já už teď vím, že kontrolovali ty , co se nemohou hýbat, se na ně chodili dívat jak na tom sou, jestli sou suchý takže všem je šli kontrolovat a já sem se lekla, že mi tady zvednou deku a já tady budu nahá“,* velké rezervy vidí respondentka v hygieně *„ no to bych moc netvrdila, protože nás tam navezou a pak nás jednu po druhý berou a myjí, asi se to tady nedá jinak, prostě ženská jako ženská tam sedíme všechny*

v křesle, tak nás umyjí, utřou, dají nám čistý košile, to dávají denně. Tak tam sedíme jako dámy.“

Schopnost zachovat intimitu souvisí také s jiným indikátorem a to s prostory oddělení doléčovací rehabilitační jednotky.

Další výsledky, které vyšly z analýzy dat rozhovorů, nejsou přímo indikátory kvality péče poskytované na oddělení doléčovací rehabilitační jednotky Nemocnice Pelhřimov, přesto si myslím, že i těmto informacím by měla být věnovaná v této práci pozornost. Následující zjištění totiž odrážejí skutečnou, avšak nechtěnou funkci doléčovací jednotky, která přímo souvisí s momentální situací na poli péče o staré a dlouhodobě nemocné.

Ze 7 respondentů z řad pacientů, jich 5 uvedlo, že jejich zdravotní stav není v podstatě nijak ohrožující ani zcela imobilizující, důvod proč stále pobývají na oddělení je, že je *podaná žádost do domova pro seniory „.to víte, já už teď jen čekám na domov, domů se vrátit nechci,…byla bych tam sama“, „no jo já mám zažádáno o nějaký domov důchodců páč tady už být nechci, ale ono je to všechno nabitý,….. dcera to zařizuje, ale tak musíme čekat až se ozvou“*, *„…no teď budeme muset s manželem do domova oba…“*, *„no já chci potom do domova důchodců, já bydlím se synem, máme postaveno v Rynárci no, já bydlím nahoře a jeho syn se bude ženit tak potřebují ten byt, no jo tak snad už žádali do domova já nevím,…no tak jestli mě tam vezmou, tak že bych ještě v červenci byla doma, toho si teprve budu vážit,…no ale co můžu dělat musí někde bydlet..“*.

Několik respondentů také uvedlo, že se na oddělení cítí dobře hlavně proto, že nejsou sami, což doma bohužel byli *„mě když dcera přivezla na pohotovost, tak se mě zeptali jestli chci domu nebo sem a já řekla, že chci zůstat na oddělení,…víte já se doma bála, sem tam byla sama,….jak mi začalo být špatně tak už sem nechodila ven a tak sem neměla s kým si povídat..“, „tak je to dobrý, že nejsem sám, no….“*

Další zjištěná informace měla dle mého názoru hlavní vliv na odpovědi respondentů pacientů, tedy že pacienti *vzhledem k věku ani nemají právo něco chtít či nechtějí být na obtíž a nic nevyžadují „no byla bych radši, kdybych buď umřela nebo aby to bylo aspoň jako předtím, abych nebyla na obtíž“, „já sem s problémy na nic, už abych zinkla“, „no léky dostanu, to je taky léčení tak co můžu chtít, no…..zdraví mi snad trochu dají a co by člověk mohl chtít v těchto letech, co sem mohla dělat, to už dělat nikdy nemůžu a já můžu děkovat tomu, že to můžu takhle dožít no, maminka se dožila osmdesáti let, no já mám jednaosmdesát tak co už můžu chtít, no když dožiju, dožiju, když ne no tak je to jedno, musí to člověk brát jak to přijde.“*

Dalším problémem, který je dle respondentů poměrně častý, je péče rodiny *„domů už nechci,…mám pocit, že ta dcera co mě víc opatruje má trápení se mnou“, „ale když je hodná, ona se mě stará o prádlo, a to všechno si nosí domů no, nemůžu si naříkat ona je opravdu hodná“,* starost o manžela a vzájemné odloučení *„já dokavaď sem mohla, tak sem*

ošetřovala manžela, no a teď se mi tohle stalo a já byla nemocná i při něm, že. Samá jedna nemoc za sebou jenže jemu se do domova důchodců nechtělo, jo, no protože doma měl pohodlí,..no teď budeme muset jít oba, manžela teď dali u nás do nemocnice do Počátek, protože on by doma být nemohl, no on už si nepamatoval, už se mu to všechno pletlo a on se nemusel o nic starat", „no je to takový divný, já sem tady a on tam,…ale tak jsme spolu přes šedesát let, tak to nějak dopadne."

Naproti tomu existuje na oddělení také vysoká míra „nepéče" ze strany rodiny, kterou vnímají jak pacienti tak především samotný personál *„ neříkám, že se nestarají,…ale od nás odejde pacient a za čtrnáct dní je zpátky v hrozném stavu", „…rodina se vůbec nestará a k nám přijde v hrozném stavu", „…chápou to jako doléčovačku, ne jako nemocnici, nelíbí se jim, že tady můžou být jen omezenou dobu, protože je to samozřejmě lepší, důchody jim jdou, to vidíte, to je sedmdesát procent dětí ty rodiče,ty děti se o ně zajímají jen v den výplaty toho důchodu, maximálně tři dny před výplatou a pak to končí a už se neukážou jen zase pro výplatu, je to tak sedmdesát osmdesát procent dětí a do domova důchodců je nedají, protože tam ten důchod padne, takže sou rozzlobení."*

3.3 Diskuse

V této magisterské práci jsem se zabývala výzkumem, který zkoumal kvalitu postakutní péče na oddělení doléčovací rehabilitační jednotky v Nemocnici Pelhřimov. Zkoumaný vzorek tvořili zaměstnanci oddělení, pacienti a jejich rodinní příslušníci. Cílem výzkumu bylo zjistit, co si zkoumaný vzorek představuje pod pojmem kvalitní péče, jak by tato péče měla vypadat, případně co by bylo třeba udělat, aby péče kvalitní byla. Cílem tohoto výzkumu tedy bylo stanovení indikátorů kvalitní postakutní péče poskytované na zkoumaném oddělení. K tomuto účelu byl zvolen kvalitativní výzkum, metoda kvalitativního dotazování. Prezentaci indikátorů zobrazuje kapitola Výsledky kvalitativního výzkumu.

Z provedeného výzkumu se ukázal jako důležitý indikátor, který shrnuje celkový subjektivní pohled pacientů na představu o kvalitní péči a to *spokojenost pacientů*. Tento indikátor zahrnuje jak vlastní spokojenost s přístupem personálu k pacientům, tak spokojenost s podávaným jídlem a pitím, dále také se zajištěním hygieny. Spokojeně se na oddělení pacienti cítí, když je jim vyhověno v jejich potřebách, ale také jsou vyslyšena a respektují se jejich přání. Sledování a měření spokojenosti pacientů patří do jedné z 10 skupin standardů vytvořených SAK ČR. Spokojenost pacientů lze měřit jak dotazníkovou metodou, kde se získávají spíše kvantitativní data od větší skupiny pacientů, tak metodou „focus groups“, ta naopak nabízí hlubší a kvalitativní informace avšak od poměrně úzké skupiny pacientů. (44) Cílem tohoto výzkumu nebylo samotné zkoumání spokojenosti pacientů, ale hledání všech možných indikátorů, které utváří kvalitní péči. Spokojenost pacientů se v tomto případě ukázala jako naprosto prioritní pro zvládání pobytu na oddělení, které poskytuje dlouhodobou péči. Je naprosto přirozené, že každý z dotazovaných je spokojen či nespokojen s něčím jiným. Veliké diskuze nastaly ohledně typu podávané stravy, její kvality a estetičnosti. Za všechny dotazované uvádím tuto ukázku“ *„…tak vadí mi ty jídla, no když sem dostala kaši, to byl jeden veliký chuchvalec, no.“* Co je však třeba dodat, je fakt, že většina z dotazovaných pacientů sice není spokojena s podávanou stravou, ale je maximálně spokojena s přístupem personálu. Tedy s respektováním jejich přání. Tento indikátor je třeba vnímat mnohem komplexněji, není vhodné směřovat spokojenost pacientů pouze na materiální věci, ale také na pocitovou složku osobnosti.

Indikátor *komplexního zajištění potřeb pacienta*, který je vnímán jako důležitý zaměstnanci, zároveň koresponduje s holistickým přístupem v ošetřovatelství. Tento

přístup vnímá člověka jako bio-psycho-soci-spirituální bytost. (37) Lze se však domnívat, dle některých odpovědí, že pro některé zaměstnance má prioritní význam zajištění především biologických potřeb jako je hlad, žízeň a bolest *„ aby nebyl hladovej, špinavej, aby se mu zajistil bezbolestnej a pohodovej život v nemocnici“*, před potřebami individuálními. Při zajišťování potřeb pacienta je třeba dodržovat stanovené předpisy, tím se péče stává také péčí bezpečnou *„péče vždy bezpečná, prováděná dle standardů péče, podle metodiky, podle právních předpisů a směrnic.“*

Při hledání indikátorů kvality poskytované péče nešlo opomenout fakt, že nemocnice je držitelem akreditace od 16.12. 2008. Akreditace je oficiální uznání, že zdravotnické zařízení je způsobilé k poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče a má také vytvořen funkční a efektivní systém pro posuzování výkonnosti a pro kontinuální zvyšování kvality poskytované péče. (13) *Akreditaci* lze chápat jako indikátor kvality, který je v případě zaměstnanců brán více jako formalita, která nastavila jasná pravidla pro poskytování péče a zajišťuje její bezpečnost. Jelikož se však jedná o akreditaci, která byla přidělena celé nemocnici, vyplývají zároveň pochybnosti o její přesné účelnosti na tomto oddělení. Jedná se pak především o výrazný nárůst administrativy, která odvádí zaměstnance od kontaktu s pacienty *„ta administrativa je šílená“*. Akreditace by zároveň měla být určitým měřítkem či pomocí při výběru nemocnice ze strany pacientů a jejich rodinných příslušníků. Zatímco pro rodinného příslušníka má akreditace význam a *„mělo by to znamenat, že to je na výši a dal bych tomu přednost“*, pacienti v akreditaci výrazný smysl nevidí. Tento postoj však může být do určité míry ovlivněn zdravotním stavem a věkem pacientů a jejich neinformovaností *„nevím co to je a je mi to jedno.“* Nemocnice vynaložila do procesu akreditace částku přesahující 5 miliónů korun, obyvatelé bývalého okresu a tedy potenciální uživatelé služeb této nemocnice nebyli zatím o akreditaci informováni, ani jim nebyl vysvětlen její účel a význam.

Na oddělení doléčovací jednotky pobývají pacienti ve většině případů v časovém rozmezí několika dnů až maximálně tří měsíců. Jestliže jsou přijati na sociální lůžko, pak se tato doba dále prodlužuje. Vzhledem k době, kterou na tomto oddělení pacienti tráví, je pro ně více než důležité mít možnost smysluplného naplnění tohoto času. Dalším indikátorem kvality tedy byla *schopnost naplnění času tráveného na oddělení*. Pochopitelně s přihlédnutím na jejich zdravotní stav, který je často provázen sníženou schopností soběstačnosti a omezenou možností pohybu. Z rozhovorů vyplynulo, že podstatnou část náplně dne zabírá sledování televize. To bývá v některých případech komplikováno velkým počtem pacientů na pokoji a špatnou kvalitou obrazovky, pro

některé z pacientů se jedná spíše o zvyk z domova *„doma sem koukala každej den, no třeba do jedenácti hodin a tady já nevim no…“* Jak budou pacienti trávit většinu dne dále podle výzkumu ovlivňuje jejich nálada a mobilita. Určitá omezení vznikají také díky prostorovému uspořádání oddělení. Věta, kterou mi popsal svůj čas trávený na oddělení jeden z pacientů, zní takto: *„sem jedinej chodící člověk na oddělení, dělám si co chci, hlavně abych nepřekážel.“* Je třeba si uvědomit, že na odděleních tohoto typu nejsou všichni lidé upoutaní na lůžko a pak bývá velkým problémem dát dnům stráveným na oddělení nějaký smysl. Jestliže jako zdravotníci přijímáme model holistického pojetí pacienta, tedy chápeme ho jako celek, musíme být schopni léčit nejen tělo, ale i duši. Zatímco tělo odpočívá a my ho léčíme různými léky a přístroji, zapomínáme „zabavit“ mysl. Čas v nemocnici utíká pomaleji než když jsme doma, čas na oddělení následné péče se pro některé přímo „vleče“. Oddělení disponuje malou knihovnou, ta je umístěna na chodbě. Nebylo pacienta, který by o této knihovně věděl nebo ji také využil. Z pohledu zaměstnanců to jsou pak ergoterapeuti *„mít tu ergoterapeuta, který by s nimi dělal, vytvářel nějaký ty práce navíc, protože teď je tady takový složení pacientů, že by se dalo stříhat, třeba malovat, prostě něčím je zaměstnat, aby neleželi bez výrazu, by bylo super“* a kvalifikovaní rehabilitační pracovníci, kteří by se měli starat o naplnění času stráveného na oddělení. Je třeba podotknout, že na oddělení není přítomen žádný ergoterapeut a rehabilitaci provádí v rámci svých časových možností sanitáři, kteří absolvovali rehabilitační kurz.

Rehabilitace byla také stanovena jako samostatný indikátor kvality. Důležitým faktorem je zde její kvalita, četnost a odbornost personálu provádějící rehabilitaci. Rehabilitace jako taková je nezbytným krokem k úspěšnému zvládání léčby, v případě zkoumaného oddělení byly vyjádřeny určité pochybnosti o její účinnosti. Zaměstnanci nepovažují rehabilitaci na oddělení za účelnou vzhledem k její četnosti *„jako to je takový to chození jenom, oni by potřebovali vícekrát denně“* a kvality. Rehabilitaci na oddělení zajišťují školení sanitáři, avšak teprve potom, co udělají práci se zdravotními sestrami. Pro ukázku cituji zaměstnance *„sanitář, on s námi ještě musí udělat tu naši práci a k tomu tu rehabilitaci a to stíhejte, když je tady třicet lidí.“* U toho indikátoru vyvstává tedy otázka jak je možné, že akreditované zařízení nemá pokrytou rehabilitaci na Doléčovací rehabilitační jednotce? Zde by se naopak dalo předpokládat, že tato stránka je 100% zajištěna. Jak však již bylo uvedeno výše, rehabilitaci provádí „školení“ sanitáři až po splnění svých pracovních povinností a také oddělení nedisponuje žádnou rehabilitační místností.

Dalším nalezeným indikátorem byla *schopnost komunikace*. Schopnost domluvit se jako zaměstnanec se svými kolegy či s pacienty a jejich rodinnými příslušníky patří neoddělitelně k pracovním povinnostem. Zaměstnanci považují komunikaci především mezi sebou za dobrou, důvěřují střednímu managementu, jsou schopni se mezi sebou vzájemně poradit. Komunikace s pacienty probíhá také bez větších problémů, tedy z pohledu konfliktních situací, pacienti nemají na úrovni komunikace se zaměstnanci žádný problém a jsou spokojeni s jednáním zaměstnanců *„no tak jistě vlídný slovo hlavně, to si myslím, že dělá zázraky“*, *„jsou tady moc hodní“*. Větší problém s komunikací vidí zaměstnanci. Podle jejich názorů nemají dostatek času si s pacienty povídat a věnovat se jim tak, jak by si sami představovali. Bohužel tento problém se prohloubil s přidělením akreditace a s administrativními povinnostmi, které přibyly *„byste potřebovala mít pracovní dobu o tři čtyři hodiny dýl, abyste měla čas i na ty lidi“*. Narůstající administrativní povinnosti ubírají podle zaměstnanců čas, který by mohli trávit s pacienty. Dalším problémem ze strany zaměstnanců je obtížná komunikace s rodinnými příslušníky pacientů. To může souviset také s jejich neznalostí práv a povinností *„jako oni často nevědí, co můžou žádat, nevědí svá práva ale i povinnosti a návštěvy nedodržují čas a vůbec se nám nehlásí“*, tak s jejich neochotou podílet se na péči. Vzájemná komunikace přitom pomáhá koordinovat podporu a pomoc pro pacienty.

Hodně diskutovaným indikátorem byly *prostory doléčovací rehabilitační jednotky*. Oddělení je umístěno v nejstarších budovách nemocnice. Zatím došlo v uplynulých letech k výstavbě nového pavilonu akutní medicíny, k modernizaci operačních sálů a jednotek intenzivní péče a v současné době probíhá rekonstrukce budovy, kde je umístěno interní oddělení. Přestavba budovy, kde se nachází oddělení doléčovací jednotky, se neplánuje. To, že prostorové rozvržení oddělení neodpovídá požadavkům moderní doby, potvrzují jak zaměstnanci oddělení včetně jejího vedení, tak pacienti a jejich rodinní příslušníci. Oddělení funguje přes 10 let a jak potvrzují samotní pacienti, kteří zde byli již jednou hospitalizovaní, došlo k určitému zlepšení, především ohledně výmalby a výzdoby. Přesto stále zůstává nevyhovující počet lůžek na jednom pokoji a také pouhé dvě koupelny s toaletou na chodbě *„určitě bych si představovala naprostou změnu prostředí pro pacienty, protože si myslím, že obě oddělení máme umístěny v těch nejstarších budovách a ty prostory sou rozhodně nevyhovující, koupelny jsou dvě na chodbě, což si myslím, že v dnešní době není úplně vyhovující, pokoje jednolůžkové maximálně dvoulůžkové.“* Prostory oddělení jsou podle pacientů velice čisté, což považují za prioritní. Návštěvy mají dle svých slov problém s velikostí pokojů, na které se nevejde více než jedna osoba

k jednomu pacientovi. Chybí další náhradní prostory, kam by návštěva s pacientem mohla jít *„prostory sou dobrý, akorát když přijde víc lidu, návštěva, není si kam sednout tak musí dvá odejít nebo jít ven no.“* Na chodbě je k dispozici stůl se čtyřmi židlemi, který je však vhodný pouze pro mobilního pacienta. Na oddělení se nenachází žádná jídelna či alespoň jídelní koutek, oddělení je také bez společenské místnosti *„no bylo by to fajn, kdyby tady byla nějaká místnost na sezení, tam na té urologii tam byla taky místnost, ono všude i v tý Jihlavě byla místnost na sezení.“*

Jako další indikátor kvality bylo určeno *vzdělávání zaměstnanců*. Zde je třeba si uvědomit, že vzdělávací systém středního zdravotního personálu prošel v uplynulých letech mnoha výraznými změnami. Zdravotní sestry již nestudují na středních zdravotních školách. Absolventi čtyřletého maturitního oboru jsou zdravotničtí asistenti. Tito asistenti nesmějí bez registrace pracovat bez odborného dohledu. Pokud chce být někdo zdravotní sestrou či zdravotním bratrem, musí absolvovat tříleté pomaturitní studium buď na vysoké škole, toto studium je zakončeno bakalářským titulem, nebo tříleté pomaturitní studium na vyšší odborné škole. Také sanitáři jsou povinni absolvovat sanitářský kurz. Změna vzdělávacího systému má svá odůvodnění, avšak pro zaměstnance zde vyplynul problém, který komplikuje zdravotnickému personálu jeho práci. Se změnou vzdělávacího systému přišla registrace zdravotních sester a s tím související povinnost celoživotního vzdělávání. Zdravotní sestry jsou tedy povinny účastnit se různých školení, seminářů a konferencí za účelem získání kreditů, které souvisejí s registrací. V tomto případě se zaměstnavatel rozhodl, že vzdělávání zaměstnanců nebude aktivně podporovat a ponechal ho na každém zaměstnanci. To, že organizace aktivněji nepomáhá se vzděláváním zaměstnanců ať již formou pořádání vlastních seminářů, finančních příspěvků na semináře nebo placeného volna, tato povinnost se stává pro mnohé nepřekonatelnou překážkou . *„žádným, absolutně žádným…ale přála bych si to, protože to by nás motivovalo jít dopředu, třeba já sem dělala dva roky zdrávku a pak sem to kvůli rodinný situaci musela ukončit, ale musela sem si brát svoje volno, dovolenou sem nedostala, jo prostě kdyby mi nevyšla vrchní vstříc tak organizace vůbec nic.“*

Aby bylo možné poskytovat péči opravdu kvalitně, je třeba mít oddělení zajištěné dostatečným počtem personálu. Oddělení se potýká s nedostatkem personálu stejně jako mnohá jiná oddělení podobného typu. Počet personálu může dle samotných zaměstnanců souviset také s *motivací* organizace získávat nové zaměstnance a udržet ty stálé. V případě tohoto oddělení nejde pouze o finanční ohodnocení, ale také o odměny formou různých slev, kulturních akcí, lázeňských pobytů či rehabilitací. Nikdo ze zaměstnanců nepozoroval

změny v motivačních programech po získání akreditace. Je důležité si uvědomit, že pro zaměstnance je motivace k práci velice důležitá. Nikdo ze zaměstnanců neočekává okamžité zvýšení platů, ale rozhodně by si ze strany vedení organizace zasloužili více pozornosti a péče. Jedině tak lze předejít úbytku zaměstnanců a především tolik obávanému syndromu vyhoření. *„když si vezmu policajty, hasiče taky mají náročnou práci stejně jako my si myslím, ty mají různý dovolený, různý rehabilitační týdny, já nevím měsíce, my tady nemáme vůbec nic“, „tady jenom musíš, musíš, musíš.“*

Pro pacienty se ukázala důležitým indikátorem *důvěra*. Tomu, komu pacient důvěřuje, je schopen říci co ho trápí, na co si chce postěžovat, nebo naopak co se mu líbí a co chce pochválit. Z pohledu pacientů přitom vůbec není podstatné jestli tou osobou je vrchní sestra či sanitář. Důležité je, jak na ně působí, jestli je dotyčný sympatický či naopak působí přísně a zaujímá odmítavý postoj k pacientovi. S tím by měli všichni zaměstnanci počítat a být připraveni řešit přání a stížnosti i například z pohledu sanitáře. Tedy vědět kam a komu dál mohu získané informace předat. Kniha přání a stížností, která je umístěna na chodbě oddělení, je vhodným prostředkem pro sdílení názorů a pocitů s personálem. Tuto službu bohužel využívají spíše rodinní příslušníci. Je to však pochopitelné z důvodu často snížené mobility pacientů. *„já bych si vybrala někoho, kdo je mi sympatický.“*

Posledním indikátorem, o kterém se zmínili pouze dva respondenti, jeden zaměstnanec a jeden pacient, byla *schopnost zachování důstojnosti a intimity*. Na toto téma se většina zbylých respondentů nechtěla vyjadřovat. Důvodů, proč tomu tak bylo, mohlo být hned několik. Velký vliv mohla mít atmosféra, ve které rozhovory probíhaly. Nebylo možné zajistit dostatečné soukromí během rozhovorů jak pro zaměstnance tak pro pacienty. O zachování intimity se snaží podle respondentů celé oddělení. Někdy úspěšně, v jiných případech se dá značně pochybovat. Velké rezervy vidí například pacientka v oblasti zachování intimity během provádění hygieny. Určité rezervy v oblasti fungování oddělení a s tím související zachovávání důstojnosti a intimity vidí i zaměstnanci. *„...no to bych netvrdila, protože nás tam navezou a pak nás jednu po druhý berou a myjí, asi se to tady nedá jinak, prostě ženská jako ženská tam sedíme všechny v křesle...“, „...že by to mohlo být lepší, ale zase na druhou stranu musíme brát v ohled možnosti, že.“*

Další informace, které vyplynuly z analýzy a které jsou popsány v předchozí kapitole, nelze považovat přímo za indikátory, přesto i těmto informacím je třeba věnovat pozornost. Výzkum ukázal jednu z nechtěných funkcí oddělení následné péče. Většina pacientů zde tráví více času ne z léčebných důvodů, ale doslova čekají na umístění

v domově pro seniory. Tím se prodlužuje doba pobytu na oddělení aniž by k tomu byly zdravotní důvody. Tato situace přímo odráží momentální situaci na poli následné péče. Tento stav je trvale neudržitelný a proto je třeba co nejdříve přijmout novou koncepci geritatrie. Pacienti se doma často cítí osamoceni a ztrácí kontakt s lidmi ze svého okolí. Částečnou kompenzací jim pak bývá právě pobyt na oddělení, kde jsou na vícelůžkovém pokoji a je jim věnována pozornost ze strany personálu. Ani to by však neměla být funkce oddělení následné péče. V dalším případě oddělení nahrazuje péči rodiny. Pacienti chtějí ulevit svým rodinným příslušníkům a nechtějí být na obtíž, proto volí na určitou dobu umístění na oddělení doléčovací jednotky. Z pohledu návaznosti následné péče na péči v rodině je vhodné upozornit také na častý nezájem rodiny o svého rodinného příslušníka. V některých případech slouží pouze jako zdroj finančního příjmu. Tohoto smutného faktu si všímají především zaměstnanci. Ti se shodují, že často lze rodinu vidět pouze ve dnech, kdy přichází důchod. Se stoupající informovaností veřejnosti o dostupnosti zdravotní péče stoupá také jejich náročnost ve smyslu poskytování kvalitnějších služeb. S jejich náročností ale rozhodně nestoupá jejich odpovědnost za své rodinné příslušníky (pacienty). Podle zaměstnanců je to právě naopak a během let se stávají mnohem agresivnější a hrubější. Není výjimkou, že je na oddělení hospitalizována osoba, která má sama doma v péči například svého manžela. Pak je jejich pobyt na oddělení provázen starostí a strachem o druhou osobu a mají obavy ze vzájemného odloučení. Netragičtější pak nastává situace kdy jeden z manželského páru je umístěn na tomto oddělení a druhý na oddělení podobného typu ovšem v úplně jiném městě a manželé ztrácí vzájemný kontakt. Tyto situace by bylo vhodné do budoucna řešit jinou cestou. Populace seniorů, která se podílela na tomto výzkumu, sama sebe nevnímá nijak pozitivně. Nechtějí být na obtíž a nechtějí požadovat na co mají nárok, tedy kvalitní a profesionální péči. Jak uvádí oni sami, s tím, že se dožijí tak vysokého věku nikdo z nich nepočítal. Nepočítají tedy ani s další péčí. Nechtějí se dožadovat svých práv, nejen že je totiž neznají, ale bohužel sami nevěří, že stále nějaká mají. *„..no léky dostanu, to je taky léčení tak co můžu chtít, no… zdraví mi snad trochu dají a co by člověk mohl chtít v těhle letech, co sem mohla dělat, to už dělat nikdy nemůžu a já můžu děkovat tomu, že to můžu takhle dožít no, maminka se dožila osmdesáti let, no já mám jednaosmdesát, tak co už můžu chtít, no když dožiju, dožiju, když ne, no tak to je jedno, musí to člověk brát jak to přijde.“*

4 Závěr

Populace nejen v České republice stárne nejrychleji v historii. S tím vyvstává nová potřeba propojovat zdravotní a sociální služby. S poskytováním těchto služeb souvisí jejich kvalita, s jakou jsou tyto služby nabízeny a poskytovány. Sociální služby zaznamenaly v posledních letech obrovský vývoj a to zejména ve způsobu poskytování a zjišťované kvalitě. To samé se do budoucna očekává také od zdravotních služeb. Především oblast poskytování zdravotních služeb pro seniory se jeví jako komplikovaná. Velmi špatné pověsti se těší léčebny pro dlouhodobě nemocné. Poslední ránou pro tato zařízení byl mediální obraz, předložený veřejnosti loňského roku. Mé zkušenosti se zařízeními tohoto typu jsou rozdílné. V některých případech jsem se setkala s naprosto neprofesionální a z mého pohledu také nekvalitní péčí. Na druhé straně však existují zařízení, kde tuto práci odvádějí naprosto profesionálně a kvalitně s ohledem na prostorové podmínky a finanční ohodnocení.

Cílem této práce bylo ukázat fungování dobré praxe na oddělení Doléčovací rehabilitační jednotky v Nemocnici Pelhřimov. Cílem výzkumu bylo zjistit, co si na tomto konkrétním oddělení představují sami pacienti, rodinní příslušníci a zaměstnanci pod pojmem „kvalitní péče“, a jak by podle nich měla kvalitní péče vypadat. Výsledkem výzkumu bylo nalezení indikátorů kvality postakutní péče.

V teoretické části jsem se zabývala problematikou stárnutí, demografií stáří, stárnutím a stářím, gerontologií a geriatrií, strukturou geriatrické péče, stručnou historií české gerontologie a geriatrie, geriatrickým pacientem. Dále jsem se v této části věnovala struktuře zdravotních služeb pro seniory v České republice, systémovým dělením zdravotních služeb, financováním zdravotních služeb a následné péče, obecné struktuře zdravotní péče o staré občany a chronicky nemocné, zařízením následné péče v České republice, jejich historickým vývojem a současnou situací. Poslední část teorie byla věnována definici kvality, kvalitě zdravotní péče, indikátorům kvality, kvalitě péče o seniory, akreditaci a certifikaci.

V empirické části této práce jsem se věnovala popisu Nemocnice Pelhřimov a oddělení Doléčovací rehabilitační jednotky a dále kvalitativnímu výzkumu, metodě získávání dat, cílovému souboru respondentů, zpracování dat, jejich analýze a výsledkům. Poslední část je věnována diskuzi dosažených výsledků, tedy nalezených indikátorů.

Výzkum zjistil tyto indikátory a to spokojenost pacientů, komplexní zajištění potřeb pacientů, akreditaci, schopnost naplnění času tráveného na oddělení, schopnost komunikace, prostory doléčovací rehabilitační jednotky, vzdělávání a motivaci zaměstnanců, důvěru, rehabilitaci a schopnost zachování důstojnosti a intimity člověka.

Seznam zkratek

DNA – deoxyribonukleové kyselina

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development

ORL - Otorhinolaryngologie

OSN – Organizace spojených národů

SZO – Světová zdravotnická organizace

USA – United States of America

WHO – World Health Organisation

Literatura

1. *Aktuální informace č.12/08*, [online] 2008 [cit. 2009-7-7]. Dostupné z: <www.uzis.cz/download_file.php?file=3395 ->

2. *Aktuální informace č.3/09*, [online] 2009 [cit. 2009-7-7]. Dostupné z: <www.uzis.cz/download_file.php?file=3514 –>

3. DAVIES E., HIGGINSON I.J. *Better paliative care for older people*, Copenhagen: WHO, 2004

4. *Dobrovolníci v nemocnici.* Interní dokument, Nemocnice Pelhřimov, Doléčovací a rehabilitační jednotka, hodnotící období červenec 2006-2007

5. DOLANSKÝ H. *Ekonomika zdravotních a sociálních služeb*, Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008

6. FIALA P. *Kdo zaplatí následnou péči?*, Medical Tribune, ročník II.,č.26, 2006, str.9

7. GLADKIJ I., HEGER L., STRNAD L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, Brno: IPVZ, 1999

8. GLADKIJ I. *Management ve zdravotnictví*, Brno: Computer Press, 2003

9. GRUBEROVÁ B. *Gerontologie*, České Budějovice: ZSF JU, 1998

10. HAŠKOVCOVÁ H. *Manuálek sociální gerontologie*. *České ošetřovatelství*, Brno: IPVZ, 2002

11. HAŠKOVCOVÁ H. *Fenomén stáří*, Praha: Panorama, 1990

12. HENDL J. *Kvalitativní výzkum*, 2. aktualizované vydání, Praha: Portál, 2008

13. HOLMEROVÁ I., DRÁBKOVÁ H., JABURKOVÁ M. *Úvod do kvality aneb kvalita jako diktát doby* [online] 2006 [cit. 2009-5-12]. Dostupné z: <http://www.studijnitexty.krszs.info/index.php?page=texty/materialy-ke-studiu-zahajeni-skoly-2006-07/kvalita-rizeni-sluzeb-skolni-rok-2007-08/uvod-do-kvality-aneb-kvalita-jako-diktat-doby>

14. HOLMEROVÁ I., JURAŠKOVÁ B., ZIKMUNDOVÁ K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*, Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003

15. HOLMEROVÁ I., JURAŠKOVÁ B., ZIKMUNDOVÁ K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*, 3. přepracované a doplněné vydání, Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2007

16. JAROŠOVÁ D., ŽIAKOVÁ K.,ONDREJKA I. *Nejčastější ošetřovatelské problémy a poruchy ve stáří a možnosti jejich posuzování*, Ošetřovatelství 2005, sv.7, č.3-4, str. 55-58

17. *Joint Commision Interational, Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, 3.vydání, z angl.orig. Joint Commision International Accreditation Standards for Hospitals, 3rd Edition, JCI, 2007, přel. David Marx, Ivan Staněk, Praha: Grada Publishing a.s., 2008

18. *Joint Commision International, Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči*, z angl. orig. Joint Commision International Accrediation Standards for long term care, 1st Edition, JCI, 2004, přel. David Marx, Praha: Grada Publishing a.s., 2005

19. KALVACH Z., HAŠKOVCOVÁ H., DOHNAL K. *Zdravotní výchova v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v doléčovacích jednotkách*, Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1983

20. KALVACH Z., MAREŠ J., PRUDKÝ L. *Umírání a paliativní péče v České republice (situace*, *vyhlídky, reflexe),* Praha: Cesta domů, 2004

21. KALVACH Z., ZADÁK Z., JIRÁK R.et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, Praha: Grada, 2008

22. KALVACH Z., ONDERKOVÁ A.. *Stáří, pojetí geriatrického pacienta a jeho problémy v ošetřovatelství*, Praha: Galén, 2006

23. KALVACH Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., et al. *Geriatrie a gerontologie*, Praha: Grada, 2004

24. *Koncepce oboru geriatrie*, [online] 2006 [cit.2009-30-7]. Dostupné z: <http://www.cggs.cz/cz/KoncepceGeriatrie/>

25. KŘIVOHLAVÝ J. *Kvalita života, Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10.2004 v Třeboni*, Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomie, 2004

26. KŘÍŽOVÁ E. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnávání*, [online] 2008 [cit.2009-5-12]. Dostupné z: <http://www.studijnitexty.krszs.info/index.php?page=texty/materialy-ke-studiu-zahajeni-skoly-2007-08/zdravotnicke-systemy-v-mezinarodnim-srovnani-ls08>

27. MADAR J. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*, Praha: Grada, 2004

28. *Madridský plán*, [online] 2007 [cit. 2009-10-7]. Dostupné z: <http://www.geriatrie.cz/dokumenty/madridsky_plan.pdf>

29. MÁTL O., JABURKOVÁ M. *Kvalita péče o seniory II, Řízení kvality dlouhodobé péče v mezinárodním srovnávání*, Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, Praha: Galén, 2007

30. MATOUŠEK O. *Ústavní péče*, Praha: Sociologické nakladatelství, 1995

31. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Kvalita života ve stáří: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*, Praha: MPSV, 2008

32. MIOVSKÝ M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, Praha: Grada Publishing a.s., 2006

33. *Nemocnice Pelhřimov*, [online] 2008 [cit. 2009-8-5]. Dostupné z: <http://www.hospital-pe.cz/dok/2008.pdf.>

34. OŠANEC F.R. *Poskytování, financování a reformy zdravotní péče v pěti demokraciích*, Praha: Institut sociologických studií FHS UK, 1997

35. PACOVSKÝ V., HEŘMANOVÁ H. *Gerontologie*, Praha: Avicenum, 1981

36. PACOVSKÝ V. *Proti věku není léku? úvahy o stárnutí a stáří*, Praha: Karolinum,1997

37. PAVLÍKOVÁ S. *Modely ošetřovatelství v kostce*, Praha: Grada Publishing a.s., 2006

38. PAVLÍKOVÁ O. *Koncepci geriatrie máme, ale ne v praxi*, Zdravotnické noviny 29-30/2008 ročník 57, str.3

39. PRACOVNÍ TÝM. *Fakta o českém zdravotnictví, informační datové listy*, Praha: Kulatý stůl k financování českého zdravotnictví, 2007

40. *Provozně-ekonomické informace nemocnic a léčeben dlouhodobě nemocných kraje Vysočina v roce 2005*, Praha: ÚZIS ČR,2006

41. RAZIMOVÁ K. *Hospitalizace klientů na sociálním lůžku Doléčovací a rehabilitační jednotce*, Nemocnice Pelhřimov, 2009

42. *Regionální implementační strategie*, [online] 2007 [cit. 2009-10-7]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/3488>

43. ŠAFRÁNKOVÁ A., NEJEDLÁ M. *Interní ošetřovatelství*, Praha: Grada Publishing a.s., 2006

44. ŠKRLOVI P. a M. *Kreativní ošetřovatelský management*, Praha: Advent- Orion s.r.o.,2003

45. ŠŤASTNÝ O. *Ať si na rodiče v LDN platí děti, žádá ministr Nečas*, [online] 2008 [cit. 2009-6-6]. Dostupné z: <http://zpravy.idnes.cz/at-si-na-rodice-v-ldn-plati-deti-zada-ministr-necas-f7m-/domaci.asp?c=A080714_222815_domaci_mia>

46. ŠŤASTNÝ O. *Za zdmi LDN je pacient nula, zjistil reportér MF Dnes*, [online] 2008 [cit. 2009-6-6]. Dostupné z: <http://zpravy.idnes.cz/za-zdmi-ldn-je-pacient-nula-zjistil-reporter-mf-dnes-fht-/domaci.asp?c=A080706_225553_domaci_mia>

47. TOŠNEROVÁ T. *Příručka pečovatele*, Praha: Ambulance poruchy paměti, 2002

48. VAŠÁTKOVÁ I. *Kvalita ošetřovatelské péče*, Ošetřovatelství 2003, sv.5, č.1-2, str. 26-28

49. VEBER J., HOLMEROVÁ I., HULOVÁ M. *Management ve zdravotnictví*, Praha: IGA MZ ČR, 1998

50. VONDRÁČEK L. *Management v USA. Názory, zkušenosti-úspěchy, prohry, naděje*, Praha: Institut řízení, 1990

51. WEBER P. *Minimum z klinické gerontologie. Pro lékaře a sestru v ambulanci*, Brno: IPVZ, 2000

52. Zákon 108/2006 Sbírky o sociálních službách

53. ZAVÁZALOVÁ H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, Praha: Karolinum, 2001

54. *Zpráva o stavu zdraví v Rakousku*, z něm.orig. Gesundheitsbericht 2003 der Bundesministerin fur Gesundheit und Frauen an den Nationalrat, BMGF, 2004, přel. Vladimír Pallo, Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky ekonomiky, 2004

Přílohy

Příloha č. 1: Projekt diplomové práce

Příloha č. 2: Informační dopis

Příloha č. 3: Dotazníky (polostrukturovaný rozhovor)

Příloha č. 4: Rozhovor č.1