Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
Studijní program: Sociální práce
Studijní obor: Sociální pracovník

SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE
HEALTH CARE SYSTEM

Bakalářská práce: *10-FP-KSS-3023*

Autor:
Markéta VLKOVÁ

Podpis:

Vedoucí práce: PhDr. Václava Tomická, PhD.

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
52	6	0	1	10	3

V Liberci dne: 24.4.2012

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát):	Markéta Mazánková
adresa:	K. Světlé 3014, 407 47 Varnsdorf
studijní obor (kombinace):	Sociální pracovník
Název BP:	**Systém zdravotní péče**
Název BP v angličtině:	**Health Care System**
Vedoucí práce:	Mgr. Václava Tomická
Konzultant:	
Termín odevzdání:	duben 2011

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 1. 4. 2010

děkan

vedoucí katedry

Převzal (kandidát): Markéta Mazánková

Datum: 24.4.2012 Podpis:

Název BP: SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vedoucí práce: Mgr. Václava Tomická Podpis: Václava Tomická

Cíl: Popsat současný systém poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory, a zjistit spokojenost seniorů a zdravotnických pracovníků s tímto systémem.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů

Metody: Dotazníkové šetření

Literatura:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří.* 1. vyd., Praha 1990, ISBN 80-7038-158-2.

KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory.* 1. vyd., Praha 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci.* 1. vyd., Praha 2002. ISBN 80-247-0179-0.

SCHMIDT, Hans-Dieter. *Obecná vývojová psychologie.* 1. vyd., Praha 1978. ISBN 509-21-857.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří.* 1. vyd., Praha 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

Čestné prohlášení

Název práce:	**Systém zdravotní péče**
Jméno a příjmení autora:	**Markéta Vlková**
Osobní číslo:	**P08000434**

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 24. 04. 2012

Markéta Vlková

Poděkování:

Velmi děkuji PhDr. Václavě Tomické, PhD., za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování této práce.

Mé poděkování patří rovněž mé rodině za podporu, trpělivost a pomoc, díky níž jsem měla klid na zpracování výsledků průzkumu a vypracování této Bakalářské práce.

Nelze opomenout také ochotné seniory a zaměstnance vybraných zařízení, kteří věnovali svůj čas průzkumnému šetření.

Resumé:

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá problematikou stáří a stárnutí. Kromě vymezení problematiky samotného procesu stárnutí je zde vymezen legislativní rámec, o který se opírá systém poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociální péče a následné vykazování výkonů zdravotním pojišťovnám, včetně veškeré administrativní problematiky s tím spojené. V praktické části jsou popsána zařízení v nichž byl prováděn průzkum a způsob spolupráce každého jednotlivého zařízení s lékařem. Jsou zde zachyceny výsledky průzkumu, který byl zaměřený na klienty sociální služby i na zdravotnický personál a měl za cíl zmapovat spokojenost klientů s poskytovanou zdravotní péčí a spokojenost zdravotnického personálu se způsobem jakým je zdravotní péče klientům poskytována.

Klíčová slova: proces stárnutí a stáří, klient, zdravotní péče, sociální služba, zdravotní pojišťovna

Summary:

The theoretical part of the baccalaureate paper deals with the issues of elderness and getting old. Apart from the specification of the aging process itself, herein can be found the legislative frame, which is a component of the system that provides health care in residential institutions for residencial care and the subsequent arguementation of performance to the health insurance companies, including all administrative issues that are connected. In the practical part, institutions in which the research had been done are discribed, as well as the cooperation between individual institutions and doctors. Results from surveys that were focused on the clients of social care services as well as a focus on the health care personnel and its goal to map the satisfaction of the clients with the offered health care and the satisfaction of the health care personnel, with the way the health care services are being offered to the clients.

Keywords: the process of aging, client, health care, social services, health insurance

Obsah

1 Úvod....8
2 Teoretická část....11
2.1 Vymezení pojmu stáří a stárnutí....11
2.1.1 Biologické změny ve stáří....12
2.1.2 Psychické změny ve stáří....15
2.1.3 Pojetí zdraví ve stáří....15
2.1.4 Pojetí nemoci a nemocnosti ve stáří....16
2.1.5 Preventivní strategie ve stáří....16
2.2 Péče o seniory v České republice....17
2.2.1 Současná situace v poskytování sociálních služeb....18
2.2.2 Rozdělení úkonů zdravotní a přímé obslužné péče....19
2.3 Zdravotní politika....20
2.3.1 Subjekty zdravotní politiky....21
2.3.2 Systém zdravotní péče a úloha státu....22
2.3.3 Poskytovatelé zdravotní péče....23
2.3.4 Systém financování zdravotní péče v pobytových zařízeních....23
2.3.5 Ošetřovatelská dokumentace....25
3 Praktická část....28
3.1 Cíl praktické části....28
3.2 Použité metody....28
3.3 Stanovené předpoklady....29
3.4 Popis zařízení zařazených v průzkumu....30
3.4.1 Domov důchodců Filipov....30
3.4.2 Domov důchodců a ústav sociální péče Krásná Lípa....32
3.4.3 Domov důchodců Lipová....34
3.5 Analýza a interpretace zjištěných výsledků....35
3.5.1 Dotazníkové šetření klientů pobytové služby....35
3.5.2 Dotazníkové šetření u zdravotnického personálu....40
3.5.3 Interpretace zjištění vyplývajících z rozhovorů s lékaři....44
3.6 Vyhodnocení průzkumu a stanovených předpokladů....46
3.7 Návrh opatření....47
4 Závěr....49
5 Seznam použitých zdrojů....51
6 Seznam příloh....52

1 Úvod

Tématem této bakalářské práce je zmapovat systém poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních poskytujících sociální služby, konkrétně ve třech vybraných domovech pro seniory ve Šluknovském výběžku.

Jelikož současný medicínský pokrok dopřává jedincům dožívat se podstatně vyššího věku i při často velmi závažných zdravotních obtížích, než tomu bylo v letech minulých, přibývá také velmi výrazné procento seniorů umístěných v pobytových zařízeních sociální péče, kteří jsou odkázáni na ošetřovatelskou a zdravotní péči odborného personálu. Systém poskytování zdravotní péče v domovech pro seniory tak zaujímá velmi podstatné místo při řešení klientova aktuálního zdravotního, psychického a sociálního stavu.

Stále diskutovanou a nedořešenou otázkou poskytovatelů sociálních služeb je skutečnost, zda pobytová zařízení sociální péče jsou zařízením zdravotnickým, nebo pobytovým sociálním zařízením poskytujícím zdravotní péči. Názory odborníků i laické veřejnosti se velmi různí, a u starší populace stále přetrvává zažitý model let minulých, kdy veškeré úkony spojené s péčí o zdraví přísluší pouze zdravotní sestře. Současný systém však poskytování zdravotní péče a úhradu ošetřovatelské a rehabilitační péče pojištěncům, umístěným v zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami upravuje tzv. Zvláštní smlouvou, která je uzavírána mezi konkrétní pojišťovnou a konkrétním zařízením sociálních služeb. Tato Zvláštní smlouva je uzavírána v souladu s platným zněním zákonů č. 48/1997 Sb., č. 108/2006 Sb., č. 109/2006 Sb., a navazujících prováděcích předpisů. Ve smlouvě jsou upraveny a vydefinovány veškeré podmínky, za kterých je příslušnou pojišťovnou hrazena zdravotní péče poskytovaná pojištěncům dané pojišťovny, umístěným v zařízení sociální péče. Jednou z hlavních podmínek je také skutečnost, kdo přesně může tuto péči vykonávat, kdy se jedná o zdravotní péči, která nárokuje úhradu od pojišťovny, a kdy se jedná o péči, která přísluší i laikovi bez odborného vzdělání.

V závislosti na těchto skutečnostech pojímá každé konkrétní zařízení zdravotní péči naprosto individuálně. Neobjevuje se žádný standardní model, který by poskytovatelům radil kolik kvalifikovaných sester mají mít na určitý počet klientů, ani kolik úkonů zdravotní péče si která sestra na sebe může vykázat. Existují pouze určité časové limity

pro každý konkrétní úkon, o kterých bude podrobně napsáno v jedné z kapitol této práce.

Vzhledem ke všem uvedeným skutečnostem komplikujícím poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb se tedy v současné době můžeme setkat u různých poskytovatelů s naprosto odlišným pojetím. Na straně jedné existují zařízení, kde se střídají v poměrně vysokém počtu kvalifikované diplomované sestry v nepřetržitém provozu, a zároveň můžeme vidět také model, kdy je kvalifikovaná zdravotní sestra přítomna v zařízení pouze na dobu nezbytně nutnou pro vykonání zdravotní péče a slouží pouze v denních směnách. Jedním z fungujících modelů poskytování zdravotní péče je i ten, kdy do zařízení dochází térénní zdravotní péče. Otázkou stále zůstává, který z těchto uvedených způsobů je ten správný, a který nejvíce zohlední klienta, který by podle platných zákonů a v závislosti na trendu moderní doby měl být při poskytování jekékoliv sociální služby vždy na prvním místě.

V teoretické části této práce je v úvodních kapitolách popsán pojem stáří a jeho specifika, dále pak vymezení nejčastěji se vyskytujících onemocnění ve stáří a komplikací, které je provázejí, i možnosti preventivních opatření. V dalších kapitolách je pak zmíněna situace v poskytování pobytové sociální služby dříve a dnes, platná legislativa, a jsou zde pojmenována některá úskalí tzv. Zvláštní smlouvy, která vymezuje způsob poskytování zdravotní péče právě v pobytových zařízeních sociální péče. Jsou zde zmíněny také nároky, které jsou kladeny na správné vedení ošetřovatelské zdravotní dokumentace, která jako jediná společně s předpisem lékařských ordinací na poukazech ORP slouží jako doklad poskytnuté zdravotní péče a je nezbytným podkladem při kontrolách vykázané péče pro revizní lékaře jednotlivých pojišťoven.

V praktické části jsou popsána tři zařízení poskytující pobytovou sociální službu ve Šluknovském výběžku, kde byl prováděn průzkum. Zároveň se zde setkáváme s výsledky průzkumu, který byl zaměřen na spokojenost uživatelů služby a spokojenost zdravotnického personálu. Průzkum probíhal formou dotazníkového šetření, kdy byly odlišné dotazníky pro uživatele služby a pro zdravotnické pracovníky. Dotazníky připravené pro uživatele byly jednotné, avšak rozdány klientům podle závislosti na péči tak, aby výsledek monitoroval spokojenost klientů prvních třech skupin závislosti na péči druhé osoby. Vyhodnocení průzkumu je tak rozděleno do dvou částí, kdy jsou

odděleny výsledky průzkumu u klientů a zdravotnického personálu. V práci se tedy setkáváme s tabulkami a grafy, které monitorují spokojenost současných uživatelů služby a spokojenost zdravotnického personálu s aktuálním nastavením poskytované zdravotní péče. Aby nebyl výsledek průzkumu až tak jednostranný, dostali zde svůj prostor i lékaři, kteří měli možnost vyjádřit se ke své současné praxi v jednotlivých zařízeních, vlastních možnostech a omezeních. Jelikož se jedná pouze o tři lékaře, byl jejich názor zjišťován formou volného rozhovoru, kdy měl každý z nich možnost vyjádřit svůj názor. V závěru průzkumů jsou pak porovnávány roky 2008 a 2009.

Cílem této práce je poukázat na současný stav a způsob poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociální péče a následně na spokojenost či nespokojenost se způsobem výkonu zdravotní péče u klientů a zdravotnického personálu.

Práce je zaměřena na výkon zdravotní péče ve smyslu limitů stanovených zdravotními pojišťovnami pro následnou úhradu za vykonanou péči, a zároveň by měla poodhalit skutečné možnosti zařízení sociální péče, které mají díky limitům od zdravotních pojišťoven značně omezeny.

2 Teoretická část

Teoretická část této práce v úvodních kapitolách vymezuje pojem stáří a jeho specifika, zaobírá se změnami v organismu, které s sebou nese proces stárnutí, a nejčastějšími onemocněními vyskytujícími se ve stáří. Je zde nastíněna situace v poskytování pobytové sociální služby dříve a dnes, platná legislativa, a setkáváme se zde s některými úskalími tzv. Zvláštní smlouvy, která vymezuje způsob poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociální péče. Zároveň jsou zde zmíněny také nároky, které jsou kladeny na správné vedení ošetřovatelské zdravotní dokumentace.

2.1 Vymezení pojmu stáří a stárnutí

Stárnutí lze označit za naprosto přirozený a biologicky zákonitý proces všech živých organismů, který se projevuje úbytkem funkčních rezerv a sníženou adaptační schopností. Samotný proces stárnutí ve své podstatě začíná v okamžiku narození a s přibývajícím věkem nabírá na intenzitě. O starých lidech a procesu stárnutí můžeme v poslední době mnoho slyšet i číst. Důvodem je skutečnost, že struktura společnosti se výrazně mění. Stárnoucích a starých lidí na celém světě přibývá, a tito lidé potřebují pomoc. Stáří je etapou života, která je výrazně zatížena vysokou nemocností a zhoršováním fyzické a kognitivní zdatnosti a soběstačnosti (HERMANOVÁ a kol. 2008, s. 33).

Světová zdravotnická organizace vymezuje stařecký věk jako období života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestním při srovnání s předešlými životními obdobími. Toto vymezení stařeckého věku lze však aplikovat pouze na skupinu seniorů, u nichž je stáří již nepřehlédnutelné. Otázkou pak zůstává, jak pojmenovat časová období života, kdy je člověk starší, né však ještě zcela starý, a odlišit je tak od skutečného vyzrálého stáří. Pro druhou polovinu života se v současné době používá následující členění: 45 – 59 let = střední, nebo též zralý věk, 60 – 74 let = vyšší věk nebo ranné stáří, 75 – 89 let = stařecký věk, neboli senium, vlastní stáří, 90 let a výše = dlouhověkost (HAŠKOVCOVÁ 2010, s. 20).

Období stáří trvá přibližně stejně dlouho jako mládí a dospělost, a proto si zaslouží pozornost jak samotného seniora, jeho blízkých, pracovníků pomáhajících profesí, ale také zájem sociální a zdravotní politiky. Stáří je zároveň označováno za další

vývojovou etapou lidského života, ve které je největší důraz kladen na zachování pohyblivosti, soběstačnosti, sebeobsluhy a psychické pohody.

Z medicínského hlediska se problematikou seniorského věku zabývají obory gerontologie (věda o stárnutí a stáří) a geriatrie (nauka o chorobách ve stáří). Gerontologii dále rozlišujeme podle zaměření daného oboru na gerontologii experimentální (zkoumá mechanismy biologického procesu stárnutí), sociální (zabývá se problematikou sociálních dopadů na stárnutí a stáří) a klinickou (zabývá se zvláštnosmi chorob ve stáří a specifickými aspekty léčby) (MALÍKOVÁ 2011, s. 23).

2.1.1 Biologické změny ve stáří

Jak bylo zmíněno již v předcházející části, je stárnutí přirozeným biologickým pochodem, který ovlivňuje organismus jedince jako celek, a je spojeno s řadou funkčních změn, které se odrážejí na každém jedinci naprosto individuálně, v souvislosti s již zmiňovanou osobnostní jedinečností každého člověka.

Biologické stárnutí organismu přináší změny, které probíhají na fyziologické úrovni. Jedná se o změny, které postihují tělesné tkáně a orgány, ale neprobíhají u všech stejně. Opět se jedná o zcela individuální proces, který je přímo závislý na genetických dispozicích a životním stylu každého konkrétního jedince (KLEVETOVÁ 2008, s. 19).

V procesu biologických změn se postupně v těle objevuje zpomalení a oslabení dřívějších funkcí. Setkáváme se zde s atrofií postihující všechny orgány a tkáně a vedoucí k jejich snížené a oslabené funkci, případně k úplnému zániku jejich funkčnosti.

Pohybový systém

Biologický proces stárnutí pohybového aparátu způsobuje postupné oplošťování meziobratlových plotének, čímž se snižuje výška těla, a ubývá kostní hmoty. Zároveň v kloubech tuhne chrupavka a vazivo je stále méně pružné. Ubývá svalová hmota a dochází k poklesu svalové síly. Zpomaluje se přenos nervových vzruchů, které má za následek zpomalení pohybů starých lidí. Dochází k řídnutí kostí a zvýšení rizik úrazů a zlomenin kostí v důsledku pádů. Zároveň se starý člověk v souvislosti s atrofií meziobratlovách plotének stále více ohýbá a hrbí. Mění se styl chůze, delší kroky jsou nahrazeny menšími krůčky. Oproti snížení činnosti kosterních svalů, je činnost

hladkého svalstva zachována až do vysokého věku. U hladkého svalstva cév tomu však tak není, toto se s přibývajícím věkem rapidně nemění, ale ke změnám přispívá především stravování a pohyb. V cévách tak může docházet k ukládání tukových látek a vápníku, což má za následek jejich zužování s následnou nedokrevností (ischemií) příslušné části organismu. Nejvíce bývají touto ischemií postiženy věnčité tepny dolních končetin a mozkové tepny (KLEVETOVÁ 2008, s. 20).

Nemoci pohybového ústrojí, a v jejich důsledku přicházející omezení ve smyslu základní soběstačnosti a sebeobsluhy, často vedou k narůstající úzkosti a mohou vyústit až v rezignaci jedince na pohyb jako takový a setrvání v určité sociální izolaci.

Kardiopulmonální systém

Stárnutím organismu se postupně snižuje vitální kapacita plic, srdce přečerpává menší množství krve, a tím dochází ke sníženému průtoku krve ostatními důležitými orgány (nejvíce se to projevuje v ledvinách). Stěna cév se postupně stává nepružnou a je tenčí. Ve většině případů dochází u starých lidí ke kornatění cév. V plicích klesá výkonnost řasinkového epitelu,což vede k častějšímu výskytu infekcí dýchacích cest a přidružených komlikací. Srdeční chlopně ochabují, nedokáží se adaptovat na zvýšenou zátěž a neplní již svou funkci v plném rozsahu. Starý člověk tak začíná být při zvýšené námaze dušný.

Zároveň se také můžeme setkat se změnami převodního srdečního systému, jehož schopnost samostatné tvorby vzruchů a jejich vedení (řídí rytmus, frekvenci a správnou souhru stahů jednotlivých částí srdce) ve stáří pomalu zaniká. Také srdeční chlopně zaznamenávají změny, které mají za následek ukládání vápníku do chlopní a tím zamezují kvalitnímu průtoku krve (KLEVETOVÁ 2008, s. 20 – 21).

Trávicí systém

V zažívací soustavě starších lidí dochází ke snížení množství trávicích šťáv. Potrava se vstřebává a rozkládá daleko pomaleji, a objevují se časté zažívací potíže spojené s pocity plnosti, nadýmání, a v některých případech problémy s kvalitou vyprazdňování stolice způsobenou narušeným procesem trávení potravy. Postupně klesá pružnost a kapacita močového měchýře. Snížení svalové síly způsobuje pokles tlustého střeva a objevuje se chronická zácpa. Klesá celkový obsah vody v těle, především uvnitř buněk a organismus je ohrožen dehydratací (KLEVETOVÁ 2008, s. 21).

Pohlavní orgány a vylučovací systém

Dalším z typických biologických procesů stárnutí je pokles pohlavní činnosti. U mužů dochází ke snižování potence, u žen končí menstruace a objevuje se pokles dělohy. Velká většina starších můžů trpí zbytněním prostaty, a s tím souvisejícími obtížemi častého nucení na močení, pocitu neúplného vyprázdnění močového měchýře apod. Zároveň klesá svalová síla okolo močové trubice a může se objevovat inkontinence, která bývá častější u žen (z důvodu uspořádání vnitřních orgánů a délce močové trubice). Inkontinence však nutně nemusí být projevem stáří, ale může se objevovat i v mladším věku, v souvislosti s obtížemi způsobenými jiným přidruženým onemocněním (KLEVETOVÁ 2008, s. 21).

Kožní systém

Změny související se ztrátou elastičnosti pokožky jsou považovány za jeden ze základních ukazatelů stárnutí. Pokožka se kromě ztráty pružnosti také ztenčuje, bledne, objevuje se zvýšená pigmentace (tzv. tařecké skvrny), a v některých případech naopak úplná ztráta pigmentace na určitých částech těla. Následkem poklesu melaninu přibývají šediny. Vlasy rostou pomaleji a zvyšuje se jejich vypadávání. Nehty zesilují a často se objevuje výrazné drážkování (KLEVETOVÁ 2008, s. 21).

Nervový systém

V neuronech dochází k biochemickým změnám, které mají vliv na rychlost vedení vzruchů. Vznikají senilní plaky na obalech neuronů, což může způsobit demenci a jiné další neurologické projevy.

Objevují se poruchy chůze a rovnováhy. Zpomalují se regulační mechanismy, čímž se snižuje odolnost organismu vůči zátěži, a neschopnost adaptace na nové životní podmínky. Velmi často se také objevují poruchy spánku, které je třeba řešit medikamentózně (KLEVETOVÁ 2008, s. 21 – 22).

Smyslové orgány

Zhoršuje se zrak a sluch, snižují se čichové, chuťové a hmatové schopnosti. Ubývá receptorů, které nám umožňují vnímat polohu těla, chlad, teplo, tlak apod., což je spojeno se vznikem dalších komplikací, jakými mohou být proleženiny, popáleniny, otlaky aj. V důsledku narušení funkčnosti centra rovnováhy se velmi často

setkáváme u starých lidí s nejistou chůzí, pocity malátnosti, častými závratěmi a nebezpečím rizika pádu (KLEVETOVÁ 2008, s. 22).

2.1.2 Psychické změny ve stáří

V oblastech psychiky vlivem stárnutí dochází ke zklidnění projevů na straně jedné, kdy se objevuje celkové zpomalení a zmírnění reakcí. Na straně druhé se však zvyšuje dráždivost a citlivost na určité podněty, a objevují se často až přehnané reakce na určité situace a stavy. Četné psychické problémy seniorů bývají mnohdy podceňovány nebo naopak bagatelizovány s odkazem na to, že prostě patří ke stáří (HAŠKOVCOVÁ 2010, s. 259). Psychické změny objevující se ve stáří mají zpravidla největší zastoupení v problematice poznávacích schopností. Snižuje se vnímání, pozornost, paměť, představy, myšlení apod. V ranném stáří se začínají objevovat nedostatky paměťových funkcí, jako je obtížné učení, spojené s větší unavitelností a zhoršenou koncentrací pozornosti. Velmi často také dochází ke snížení schopnosti adaptace na nové životní situace a podmínky. Snížené vnímání způsobuje strach, úzkost a nejistotu. Pokud senioři musí přesouvat pozornost z jednoho podnětu na druhý, reagují pomaleji a dopouští se přitom chyb. Objevuje se ostražitost při setkání s novými lidmi. Přibývá duševních onemocnění, a je zaznamenán zvýšený nárůst výskytu různých druhů demencí (zvláště Alzheimerovy choroby).

V období stáří klesá intenzita a frekvence mnoha emočních prožitků a mění se také jejich kvalita. Negativní emoce mohou být silnější, ale neprodlužuje se jejich délka trvání. Ve stáří se zvyšuje četnost depresí, které bývají především sekundárního charakteru, jako reakce na závažnější onemocnění, ztrátu partnera nebo blízké osoby, reakce na osamělost, izolaci nebo omezenou soběstačnost (KLEVETOVÁ 2008, s. 22 – 24).

2.1.3 Pojetí zdraví ve stáří

Podle definice Světové zdravotnické organizace je zdraví více než nepřítomnost nemoci. U geriatrických pacientů je pak za klíčový pojem při chápání zdraví ve stáří považován tzv. potenciál zdraví, který označuje propojenost tří vzájemně se ovlivňujících a neoddělitelných komponent, jimiž jsou zdatnost, odolnost a kreativní adaptabilita. Potenciál zdraví formuloval v ČR v polovině 60. let 20. století C. Drbal. Změny involuční, režimové a chorobné vedou ve stáří k úbytku potenciálu zdraví, což znamená pokles zdatnosti, odolnosti a adptability s rozvojem stařecké křehkosti

a funkčních deficitů (KALVACH a kol. 2008, s. 27). Jedná se o individuálně subjektivně prožívaný a objektivně hodnotitelný stav.

Důsledkem a projevem poklesu potenciálu zdraví mohou pak být ve stáří např. opakované infekce, autoimunitní choroby, poruchy psychické integrity, klesající schopnost zvládat zátěž, zhoršování prognózy u akutních onemocnění, neúplná úzdrava a rozvoj imobilizačního syndromu. Opatření na podporu potenciálu zdraví jsou zaměřena na zpomalení stařecké deteriorace, oddálení a zmírnění geriatrické křehkosti a následně ke zlešení kvality života a ke snížení zdravotně sociální péče ve stáří (KALVACH akol. 2008, s. 27).

2.1.4 Pojetí nemoci a nemocnosti ve stáří

K základním předpokladům přiměřeného zaměření geriatrické medicíny a úspěšného zvládání problematiky geriatrických pacientů patří obecné chápání a pojetí zdraví ve stáří. Pouze část z celé řady zdravotních problémů starých lidí může být chápána a řešena v rámci tradičního biomedicínského modelu založeného na diagnostice a léčbě chorob v myšlenkovém rámci tradiční Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), která je aktuálně od roku 1992 platná již ve své desáté verzi (KALVACH a kol. 2008, s. 28).

Nejčastěji vyskytující se onemocnění ve stáří jsou choroby kardiovaskulární. Jedná se o všechny formy ischemické choroby srdeční, hypertenze a ikty. Dalšími v pořadí jsou pak nemoci pohybového systému, především osteoartrózy a osteoporózy, metabolická onemocnění, kdy je hlavním zástupcem této skupiny chorob diabetes mellitus a nakonec nemoci gastrointestinální a respirační.

2.1.5 Preventivní strategie ve stáří

Díky pokrokům současné medicíny se stáří dožívá daleko větší část populace než kdykoliv dříve v minulosti. Cílem veškerých preventivních snah je, aby byl člověk ve stáří co nejzdravější a nejsoběstačnější. Prodlužování života se mnohdy děje na úkor kvality života a za cenu trvalého zdravotního postižení a hendikepu. Prodlužování života ve stáří tak nebývá příliš podporováno veřejností ani samotným zdravotnictvím. Na stáří bývá mnohdy pohlíženo jako na období nemohoucnosti, nemocnosti a utrpení. Řada lidí si pak klade otázku, zda je správné jej uměle prodlužovat (TOPINKOVÁ 1995, s. 51). Cílem prevence v geriatrii tak zůstává udržet schopnost a soběstačnost

jedince žít pokud možno samostatně s co nejvyšší mírou schopnosti základní sebeobsluhy a sebepéče, zabránit selhání rodinné péče o staré, a zabránit klesající kvalitě života.

Základními prvky v primární prevenci jsou nekuřáctví, fyzická aktivita a cvičení, stravovací zvyklosti a prevence úrazů. Některé studie prokazují, že např. kuřák, který přestane kouřit ve věku 65 let, si prodlouží život ještě asi o dva roky (TOPINKOVÁ 1995, s. 52). Fyzická aktivita a cvičení se kromě udržení svalové síly odráží v řadě případů převážně na psychice jedince a jeho odolnosti vůči projevům stáří. Nadváha a špatné stravovací návyky bývají průvodním jevem při onemocněních diabetem, ischemickou chorobou srdeční, či degenerativními onemocněními velkých kloubů.

Základní cílovou skupinou, která má nezastupitelnou roli v uplatňování prevence jsou lékaři, společně s blízkými rodinnými příslušníky či přáteli seniorů.

2.2 Péče o seniory v České republice

Pohled zpět do minulosti a srovnání způsobu poskytování sociální péče tehdy a dnes přináší zcela jasné rozdíly a důkazy, které posunuly sociální péči výrazně dopředu. Veškeré změny, které se udály směřovaly ke klientovi, ochraně práv a individuálnímu přístupu. Dřívější model poskytování sociální služby stál na zcela jiných základech a upřednostňoval izolaci lidí s jakýmkoliv postižením, starých, nemocných či umírajících v ústavech. Jednalo se převážně o zařízení sociální, ale setkávali jsme se také se zařízeními zdravotnickými, kde byli tito jedinci naprosto izolováni od veřejnosti, a jejich existence byla tabuizována. Společnost se snažila udržet všeobecné zdání, že mezi námi žijí pouze zdraví, silní a výkonní jedinci, a před nemocnými, starými a jakkoliv postiženými jedinci zavírala oči. Veřejnost byla utvrzována v tom, že o tyto jedince je přeci dobře postaráno a není tedy nutné se touto problematikou zabývat nijak hlouběji (MALÍKOVÁ 2011, s. 29).

Dřívější systém umísťování seniorů ve státních domovech důchodců byl obvyklým a dá se říci že výhradním způsobem řešení snížené soběstačnosti nebo úplné nesoběstačnosti seniorů. Dalším důvodem k umísťování mnohdy i soběstačných jedinců bylo řešení problémů v deficitu bydlení. V dřívějším systému poskytovanou péči hradil plně stát. V případě, že se o nesoběstačného seniora nemohla postarat rodina, byla jedinou možnou alternativou řešení ústavní péče. Pokud nebylo aktuálně volné místo v některém z příslušných domovů důchodců, řešily situaci přechodně nemocnice

s odděleními pro dlouhodobě nemocné, což se děje do určité míry i v současném systému. Takto umístění senioři neměli mnohdy právo volby a o umístění na těchto odděleních dlouhodobé péče bylo rozhodováno jejich příbuznými. Zdravotní sestry pracující se seniory bývaly mnohdy profesionálně deformované a trpěly syndromem vyhoření. Poslední léta života tak senioři trávili na vícelůžkových pokojích, bez sociálního zázemí, bez soukromí (MALÍKOVÁ 2011, s. 29).

Jak bylo zmíněno již na předcházejících řádcích, byla ústavní péče plně hrazena státem, takže příbuzní si do nemocnic i do domovů důchodců mnohdy přicházeli pro důchody svých blízkých a vylepšovali si tak vlastní rodinný rozpočet. Den výplaty důchodu a pár dní blízko po něm, byly vždy významné vysokým počtem návštěv v těchto zařízeních. Klienti umístěni v domovech důchodců byly v dřívějším systému pouze pasivními příjemci poskytované péče, a měli pouze minimální prostor pro to, aby mohli pokračovat v dřívějším navyklém způsobu života. Každý klient se musel plně přizpůsobit chodu zařízení v němž byl umístěn, a nikdo se o jeho minulost, přání, potřeby a tužby nijak nezajímal. Pocit křivdy, lítosti, pasivita, ponížení a zklamání tak provázely poslední dny života většiny seniorů umístěných v ústavní péči. Se seniory s diagnozou demence nikdo nekomunikoval, neboť jim nikdo nerozuměl. Zcela běžně se užívala restriktivní opatření bez jakýchkoliv záznamů a povolení kompetentními osobami, a způsob péče vždy závisel na rozhodnutí zaměstnance v přímé obslužné péči, který práci vykonával (MALÍKOVÁ 2011, s. 29 – 30).

Péči o seniory vykonávaly v ústavních zařízeních převážně zdravotní sestry a sanitárky. Práva seniorů byla velmi často porušována a péče nebyla realizována podle zásad ošetřovatelského procesu. Senioři si nemohli vybírat zařízení do kterého chtějí být umístěni, ale byli přidělováni na základě regionální příslušnosti. Často se pak senior ocitl v zařízení se špatnou pověstí, které by si sám v žádném případě nezvolil (MALÍKOVÁ 2011, s. 30).

Celý tento nefunkční model se začal hroutit po roce 1989, kdy začal pokrok pronikat i do sociálních služeb, a seniorům se tak začaly otevírat nové možnosti.

2.2.1 Současná situace v poskytování sociálních služeb

Drobné změny v poskytování sociálních služeb nastaly již po roce 1989, ale zásadní zvrat a obrat přišel teprve v okamžiku, kdy vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Současný trend poskytování sociální péče směřuje k převzetí

otevřeného funkčního modelu ze zahraničí. Nový sociální zákon přinesl změnu pro všechny uživatele sociálních služeb a osoby v nepříznivé sociální situaci, a vytýčil směr, který vede od institucionalizace k deinstitucionalizaci. Zároveň na základě nového sociálního zákona došlo k výrazné změně v integraci osob se zdravotním postižením do společnosti (MALÍKOVÁ 2011, s. 30).

Poslání sociálních služeb je v novém systému specifikováno jako pomoc lidem udržet si nebo znovu nabýt své místo v komunitě, ve většinové společnosti, ve svém přirozeném společenství. Odpovědnost za sociální služby přešla na jednostlivce, obce, kraje, občanské společnosti, města a stát. Výraznou změnou je pak také systém financování poskytovaných sociálních služeb, kdy je základem financování příspěvek na péči, který je přiznáván v rozsahu čtyř stupňů závislosti, a slouží k pokrytí nákladů spojených s poskytovanou sociální službou. Vlivem změn v sociálním systému je také podstatně pestřejší spektrum poskytovaných služeb a každý klient má právo vlastní volby na výběr služby i instituce, kde bude o pomoc žádat (MALÍKOVÁ 2011, s. 30).

2.2.2 Rozdělení úkonů zdravotní a přímé obslužné péče

V současné době došlo v pobytových zařízeních sociální péče ke změně ve smyslu rozdělení úkonů prováděných zdravotnickými pracovníky, a úkonů prováděných pracovnicemi přímé obslužné péče (dále jen pečovatelka). Trendem současné péče je stav, kdy každý pracovník vykonává úkony podle svého zařazení, a nevykonává úkony náležející jiné profesi. Při samotném poskytování služby to pak v praxi znamená např. stav, kdy pečovatelka při provádění celkové koupele u klienta se stomickým vývodem volá zdravotní sestru, která sejme stomický sáček a provede očistu stomického vývodu a jeho okolí. Pečovatelka následně provede celkovou koupel, a opět volá zdravotní sestru k přiložení stomického sáčku dle předepsaného standardu. Dalším příkladem je pak vypouštění sběrného sáčku u klientů s permanentními močovými katetry, výměna inkontinenčních pomůcek a očista genitálu u klientů s defekty v oblasti sacra apod.

Toto rozdělení úkonů příslušejících pouze zdravotnickému personálu a úkonů příslušejících pečovatelkám způsobuje mnoho nejasností a problémů. Mnohdy je také velmi obtížné stanovit co patří do kompetence jednotlivých pracovníků. V praxi to často přináší velké rozbroje personálu, a mnohdy i naschvály a neochotu udělat cokoliv co není “moje práce”.

Mezi úkony příslušící pečovatelkám v pobytových zařízeních patří především:

- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu (např. oblékání, svlékání, příprava prádla, pomoc při přesunu na lůžku nebo vozík aj.),
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (např. pomoc při koupání, sprchování, péči o vlasy a nehty, holení, výměně inkontinenčních pomůcek aj.),
- pomoc při podávání stravy (např. donáška jídla na pokoj či ke stolu v jídelně, pomoc při porcování stravy aj.),
- aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se sociálním prostředímnácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění (MALÍKOVÁ 2011, s. 44).

Úkony příslušící zdravotnickému personálu souvisí s vykazováním v odbornosti 913, a jedná se tak o úkony přesně stanovené Zvláštní smlouvou, a opatřené bodovou hodnotou. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR také přesně stanoví maximální četnost vykázání každého úkonu u klienta během jednoho dne, čímž jsou zdravotničtí pracovnící výrazně limitováni. V praxi to však neznamená zhoršení péče a neprovedení úkonů zdravotní péče. Zdravotničtí pracovnící provádí péči v plném rozsahu na základě aktuálních potřeb každého konkrétního klienta, ale vůči zdravotní pojišťovně je následně vykázán pouze takový objem péče, aby každý konkrétní pracovník nepřekročil stanovené limity.

2.3 Zdravotní politika

Zdravotní politika je jednou ze součástí sociální politiky. Nemá přesné vymezení a definici, a v různých zemích se provádí různě. Zdravotní politika je považována za výraz zájmu států, který mají na zdravotním stavu obyvatelstva, a jako taková velmi úzce souvisí s hospodářskou politikou. Role státu tak spočívá ve stanovení právního rámce. Základem zdravotní politiky sociálních států je konstrukce práva na zdraví. Co se týče České republiky, je toto právo zakotveno v Listině základních práv a svobod jako součást ústavního řádu.

Na konci druhého tisíciletí je poukazováno na skutečnost, že sílící tempo růstu sociálních výdajů značně předstihuje ekonomické možnosti zemí, a vzhledem k této skutečnosti se velmi různí postoje k budoucnosti sociálních států a potažmo také zdravotních politik. Socialisté stále obhajují rozšiřování sociálních služeb v oblasti školství a zdravotnictví. Jejich názory vycházejí z přesvědčení, že zdraví populace a vzdělanost je podmínkopu rozvoje ekonomiky. Liberálové oproti socialistům usilují o snížení sociálních výdajů. Zdůrazňují význam trhu, a zároveň posilují jeho úlohu i ve zdravotnictví. Posledním názorem je postoj environmentalistů, kteří poukazují na omezenost zdrojů, a na skutečnost, že již nelze zvyšovat blahobyt způsobem, jakým tomu bylo dosud. Zároveň upozorňují na skutečnost, že blahobyt vyspělých zemí je kontrastem pro bídu zbytku světa (KREBS 2007, s. 311 – 312).

2.3.1 Subjekty zdravotní politiky

Hlavní aktivitou státu v oblasti zdravotní politiky je kromě zákonodárství také problematika financování zdravotnictví. I přes tyto hlavní aktivity lze uvést další příklady, kde se stát angažuje v rámci zvýšení a podpory efektivnosti zdravotní politiky. Stát se např. snaží legalizovat sociální solidaritu. V tomto směru podniká kroky a vytváří předpoklady pro to, aby se zdravotní péče dostala do zákonů. V posledních letech dochází v souvislosti se zdravotní péči ke stále rostoucím nákladům souvisejícím právě s poskytováním zdravotní péče. Stát tedy upravuje povinnost zdravotního pojištění, a to konkrétně Zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Zároveň stát garantuje určitou kvalitu zdravotní péče způsobem, kdy zabezpečuje a garantuje pro lékaře a ostatní zdravotnický personál kvalitu a povinnost dalšího vzdělávání. Do zdravotního systému dále přispívá způsobem, kdy financuje nemocnice, rehabilitační střediska apod. Mezi další činnosti také patří regulace poskytovaných služeb, regulace prostředků zdrav.politiky (což zahrnuje regulaci léků a zdravotních pomůcek pro nemocné jedince ve formě regulování ceny na pořízení daných léků a pomůcek - berle, vozíky, brýle, naslouchátka, protézy apod.). Zároveň tato regulace zahrnuje také poskytování operačních zákroků, které jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami a stanoví ty, které je pacient povinen financovat z vlastních prostředků. V rámci své činnosti stát vykonává dohled nad veřejnými zdravotními pojišťovnami, kontroluje jejich činnost, kontroluje síť poskytovatelů zdravotní péče, zabezpečuje ochranu v podobě prevence, očkování, stanoví povinnosti např. při hygieně apod.

2.3.2 Systém zdravotní péče a úloha státu

Zdravotní péče je soubor veškerých činností, se kterými se setkáváme od okamžiku první návštěvy lékaře při onemocnění, přes následnou léčbu až k rekonvalescenci. Zdravotní péčí tak jsou nemateriálové zdravotnické služby, vlastní péče o nemocného a s ní spojená i materiálová spotřeba, které jsou díky nastavení číselníku výkonů přesně finančně vyčíslitelné. Zdravotnický systém tak zůstává historicky nejstarší, ale zároveň také nejsložitější složkou realizace zdravotní politiky, neboť zprostředkuje zabezpečení jejích cílů. Zdravotnický systém lze také definovat jako organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče (KREBS 2007, s. 318).

Zabezpečení dostupnosti a kvality zdravotní péče je věcí veřejnou, stává se společenským úkolem, a je nutno jej řešit v zájmu a ve prospěch občana i celku. Tato skutečnost vyžaduje jasně formulované zdravotně politické cíle, zajištění finančních zdrojů a vytvoření veřejných institucí na správu zdravotnictví, jakož i vybudování mechanizmu realizace této politiky. V této rovině si stát vyhrazuje právo vstoupit do vztahu tří základních elementárních subjektů, a to do vztahu mezi poskytovateli, plátci a pacienty (KREBS 2007, s. 320). Tyto zásahy státu se dějí např. tím že:

- stát legalizuje povinnou solidaritu,
- provádí lékovou politiku,
- reguluje cenu zdravotnických služeb, a tím čerpání fondu zdravotního pojištění,
- přispívá platbami ze státního rozpočtu a vykonává vlastnická práva zdravotnických zařízení,
- garantuje kvalitu zdravotní péče prostřednictvím vzdělávacího systému lékařů a zdravotnického personálu,
- vykonává dohled nad čiností veřejných zdravotních pojišťoven,
- kontroluje síť zdravotnických zařízení apod.,
- zabezpečuje ochranu zdraví (hygiena, čistota vody, prevence očkováním apod.).

2.3.3 Poskytovatelé zdravotní péče

Mezi poskytovatele zdravotní péče lze zahrnout všechna zdravotnická zařízení, která poskytují zdravotní péči. Lze je na základě různých kritérií dělit na státní a nestátní, lůžková a ambulantní, smluvní a nesmluvní zařízení.

U státních a nestátních zdravotnických zařízení je základním kritériem pro členění typ vlastnictví. Dále lze nestátní zařízení dělit na zařízení spravovaná městem nebo obcí, dále pak na zařízení privátní, církevní, či zařízení spravovaná jinou právnickou osobou. Zvláštní skupinou jsou státní zařízení hygienické služby, která jsou financována ze státního rozpočtu, neboť vykonávají státní zájem.

Lůžková a ambulantní zařízení jsou dělena podle formy poskytované péče. Ambulantní zařízení jsou dále ještě dělena v souvislosti se specializací poskytované péče na primární, sekundární a terciální zařízení.

Smluvní a nesmluvní zařízení jsou pak rozlišována v závisloti na způsobu jejich proplácení. Smluvní zařízení mají uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou a jsou tedy financována z jejích zdrojů. Oproti tomu nesmluvní zařízení jsou financována přímo ze soukromých zdrojů.

Do sítě zdravotnických zařízení lze zařadit ještě lékárny, které jsou nesmluvními zdravotnickými zařízeními, určenými k výdeji léků a prostředků zdravotnické techniky. Posledními ze zdravotnických zařízení jsou ještě zvláštní dětská zařízení, kojenecké ústavy, dětské domovy a jesle (KREBS 2007, s. 339 – 340). S jeslemi se však v současné době setkáváme poměrně zřídka, a zařízení tohoto typu se objevují spíše ve větších městech.

2.3.4 Systém financování zdravotní péče v pobytových zařízeních

Poskytování zdravotní péče a úhrada ošetřovatelské a rehabilitační péče pojištěncům, umístěným v zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami je upravena Zvláštní smlouvou, která je uzavírána mezi konkrétní pojišťovnou a konkrétním zařízením sociálních služeb. Tato zvláštní smlouva je uzavírána v souladu s platným zněním zákonů č. 48/1997 Sb., č. 108/2006 Sb., č. 109/2006 Sb., a navazujících prováděcích předpisů. Smlouva upravuje podmínky, za kterých je příslušnou pojišťovnou hrazena zdravotní péče poskytovaná pojištěncům dané pojišťovny, umístěným v zařízení sociální péče.

Základními podmínkami pro uzavření této zvláštní smlouvy jsou: oprávnění pobytového zařízení k poskytování sociálních služeb pobytového typu (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách), prokázání, že zdravotní péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky, kteří jsou způsobilí k výkonu dané práce (Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče), a akceptování dohodnutého způsobu pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů.

Tato smlouva přesně stanoví veškeré podmínky poskytování zdravotní péče, způsob záznamu o poskytnuté péči, hodnotu bodu, která bude danému zařízení proplacena a způsob záznamu a předání dokladů o poskytnuté péči.

V současné době je nejkratší možná časová intervence úkonu zdravotní péče 10 min. Každý vykazovaný úkon má své bodové ohodnocení. Hodnota bodu je 0,90 Kč. Zároveň je metodikou také přesně stanoveno kolikrát za den je možné vykázat konkrétní úkon a zda se jedná o úkon spojený s materiálovou spotřebou či nikoli. Při vykazování zdravotní péče je tedy nutné dbát veškerých pravidel a nepřekračovat limity dané Zvláštní smlouvou a možnostmi daného zařízení.

Tak jako jsou předepsané jednotlivé výkony, které lze zdravotním pojišťovnám vykázat, je také stanoveno kdo tento výkon provádí. Zdravotní sestry jsou tak rozděleny do třech kategorií (S1, S2 a S3), kdy je zohledněno vzdělání a osvědčení o registraci zdravotnických pracovníků, kteří mohou pracovat bez odborného dohledu. V závislosti na seznamu nositelů výkonu (seznam seter pracujícíh v zařízení, jejich vzdělání, informace o registraci a výši úvazku) pak zdravotní pojišťovna každému konkrétnímu zařízení nasmlouvá konkrétní úkony, které pak lze vykazovat. Pokud např. v zařízení nepracuje žádná registrovaná sestra S3 (což jejiž sestra bakalářka), nemá zařízení možnost vykazovat si kód 06611 (zavedení nebo ukončení zdravotní péče), k jehož provádění je pověřena pouze sestra kategorie S3.

Jedním ze základních formulářů na jehož základě je poskytována a účtována zdravotní péče v pobytových zařízeních sociální péče je poukaz ORP (viz. Příloha č. 3). Za vyplnění tohoto formuláře zodpovídá lékař, který danou péči ordinuje, a zdravotnický personál je následně povinen vykazovat pouze péči v předepsaném rozsahu, a záznam o této péči vést podle pravidel stanovených vyhláškou

č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Jako podklad pro kontrolu revizním lékařem pak slouží právě řádně vyplněný poukaz ORP a ošetřovatelská dokumentace vedená zdravotnickým personálem.

Jak vyplývá z textu, je problematika vykazování zdravotní péče poměrně obsáhlá, a zdravotnický personál je velkou měrou limitován hranicemi, které zdravotní pojišťovny nastavují. Celá problematika je v současné době stále velmi diskutovaná a v řadách poskytovatelů pobytové sociální péče je jedním z hlavních témat řady konferencí. Jedná se o záležitost, která se stále vyvíjí a současná politická scéna hledá konečné řešení, jak poskytovanou zdravotní péči a její následnou úhradu upravit, aby byly spokojeny všechny zúčastněné strany.

2.3.5 Ošetřovatelská dokumentace

Ošetřovatelská dokumentace je jedním ze základních dokumentů, které se předkládají revizníhu lékaři při kontrole vykázaných a proplacených výkonů ošetřovatelské zdravotní péče v odbornosti 913. Záznamy do ošetřovatelské dokumentace provádějí zdravotničtí pracovníci a tato dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace. Při vedení ošetřovatelské dokumentace musí sestra dbát na dodržování právních norem a obecných zásad stanovených pro provádění záznamů. Zároveň je povinností každého zařízení, aby mělo vypracovaný ošetřovatelský standard „Vedení zdravotnické a ošetřovatelské dokumentace“, který sestra dodržuje. V příloze č. 1 – Minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace, bod 11 vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci je stanoveno, co přesně musí záznam o ošetřovatelské péči obsahovat.

Obsah se člení na:

- ošetřovatelskou anamnézu pacienta, zhodnocení zdravotního stavu a posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů následné ošetřovatelské péče,
- ošetřovatelský plán, který obsahuje zejména:

    a) popis problému vyžadujícího ošetřovatelskou péči a stanovení ošetřovatelské diagnózy,

b) postup poskytování ošetřovatelské péče, datum a časový údaj o poskytnutí péče a četnost poskytnutí jednotlivých úkonů, ošetření a případně jiných postupů,

c) hodnocení poskytnuté péče,

d) změny v ošetřovatelském plánu.

- ošetřovatelskou propouštěcí zprávu nebo případné doporučení k dalšímu ošetřovatelskému postupu při předání pacienta do další ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelská dokumentace slouží k:

- zajištění kontinuity poskytované ošetřovatelské péče, tj. k předávání informací v týmu, který péči poskytuje,
- jako doklad, že veškerá zaznamenaná ošetřovatelská péče byla poskytována dle ordinace lékaře,
- jako doklad, že poskytovaná ošetřovatelská péče byla správná a v souladu s aktuálním zdravotním stavem pacienta a odpovídala jeho potřebám,
- jako doklad, že zdravotní péče byla poskytována v souladu se všemi stanovenými postupy lege artis, tedy i dle standardů,
- jako podkladový materiál pro vědu a výzkum, zejména v ošetřovatelské péči (MALÍKOVÁ 2011, s. 219-220).

Záznamy, které jsou prováděny do ošetřovatelské dokumentace musí být pravdivé, čitelné a zaznamenávány pravidelně v časové posloupnosti. Zároveň je třeba, aby záznamy byly srozumitelné, jednoduché, věcné a musí být psány v českém jazyce. Veškeré zápisy v ošetřovatelské dokumentaci musí vždy obsahovat datum, vhodné je také uvedení času kdy byl záznam pořízen, a podpis sestry která zápis provedla.

Při vedení ošetřovatelské dokumentace je nutné zajistit ochranu osobních dat, a ošetřovatelskou dokumentaci ukládat tak, aby nebyla přístupna nepovolaným osobám. Je možné poskytnout ji k nahlédnutí pouze těm osobám, kterým klient podepsal souhlas s nahlížením do jeho dokumentace (MALÍKOVÁ 2011, s.219-220). Ve většině zařízení bývá tento souhlas uložen v osobním spise klienta a jsou s ním seznámeny všechny osoby pečující o klienta.

Po ukončení pobytu klienta je veškerá ošetřovatelská a zdravotnická dokumentace vedená v zařízení zkompletována a archivována. Uložená dokumentace podléhá platnému skartačnímu řádu, který vychází ze Skartačního plánu v Příloze č. 3 k vyhlášce č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

3 Praktická část

Praktická část této bakalářské práce nás seznamuje s vybranými pobytovými zařízeními, ve kterých probíhal průzkum. Setkáváme se zde s výsledky průzkumu u klientů využívajícíh pobytovou sociální službu, a s výsledky průzkumu zdravotnického personálu, poskytujícího zdravotní péči ve vybraných pobytových zařízeních. Zároveň je zde také interpretován názor lékařů praktikujících v těchto zařízeních, jejich možnosti a omezení konkrétní poskytované zdravotní péče vůči klientům pobytových zařízení, vyplývající z lékařova hlavního pracovního poměru, vlastní soukromé praxe a mnohdy i případných služeb v nemocnicích.

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části této práce bylo popsat vybraná zařízení poskytující pobytovou službu ve Šluknovském výběžku, včetně personálního zajištění služby, zmapovat spokojenost klientů s poskytovanou zdravotní péčí, a spokojenost zdravotnického personálu ve smyslu spolupráce s praktickými lékaři a nastavenými podmínkami výkonu zdravotní péče.

3.2 Použité metody

Průzkum probíhal ve třech zařízeních poskytujících pobytovou sociální službu ve Šluknovském výběžku. Dotazníkovým šetřením byla zjišťována spokojenost klientů s frekvencí návštěv praktického lékaře v zařízeních, jejich vlastní potřeba návštěv lékaře, spokojenost s poskytovanou péčí ze strany lékaře a ze strany zdravotnického personálu. U zdravotnického personálu byly zařazeny převážně otázky týkající se přítomnosti lékaře v zařízení, spokojenosti s péčí lékaře, spokojenosti s počtem zdravotnického personálu pracujícího v zařízení a srovnání úrovně zdravotní péče v letech 2008 a 2009.

K šetření byly použity anonymní dotazníky, které byly zvlášť vytvořeny pro klienty služeb a zdravotnický personál. Názor lékaře byl zjišťován rozhovorem, a stejně tak probíhaly individuální rozhovory s klienty i zdravotnickým personálem v průběhu distribuce a sběru dotazníků.

Dotazníky určené pro klienty (viz. Příloha č. 1) obsahovaly celkem 17 položek, kdy první tři jsou neočíslované a jedná se pouze o identifikační data týkající se pohlaví,

věku a stupně závislosti na péči druhé osoby. Zbývajících 14 položek jsou již uzavřené otázky konkrétně zaměřené na jednotlivé oblasti poskytované zdravotní péče a spokojenost se způsobem jakým je tato péče poskytována.

Dotazníky určené zdravotnickému personálu (viz. Příloha č. 2) obsahovaly 25 položek, a první dvě neočíslované položky slouží pouze jako informativní data týkající se pohlaví a délky praxe zdravotnického pracovníka v daném zařízení. Zbývající položky dotazníku jsou opět uzavřené otázky zaměřené na zdravotní péči poskytovanou v zařízení.

Dostribuováno bylo celkem 150 dotazníků pro klienty a 23 dotazníků zdravotnickému personálu. Od klientů se vrátilo 94 vyplněných dotazníků, které bylo možné použít jako podklad pro výsledek průzkumu. Z řad zdravotnického personálu byla návratnost stoprocentní. Zpracováno bylo tedy 23 dotazníků.

Počet vyplněných a vrácených dotazníků vzhledem k počtu distribuovaných je považován za dostačující, a byl v tomto počtu využit při zpracování závěrů průzkumu.

Během distribuce dotazníků byly zároveň kontaktovány vrchní sestry a požádány o základní informace ohledně způsobu poskytování zdravotní péče v zařízení. Při rozhovoru byly zjišťovány informace ohledně skladby klientů v zařízení, četnosti návštěv praktického lékaře, počtu zdravotnického personálu v zařízeních, a informace týkající se zdravotních pojišťoven se kterými mají tato zařízení uzavřenu Zvláštní smlouvu. Zároveň vrchní sestry jednotlivých zařízení nastínily potřeby klientů ohledně zdravotní péče, a poukázaly na skutečnost, že poskytovaná zdravotní péče není účtována zdravotním pojišťovnám v plném rozsahu, neboť jejímu skutečnému obsahu neodpovídá personální zajištění služby.

3.3 Stanovené předpoklady

Účelem průzkumu je vyvrátit nebo potvrdit následující předpoklady:

1) Lze předpokládat, že možnosti poskytování zdravotnické péče v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory jsou velmi omezeny a limitovány smlouvami s pojišťovnami a nedostatkem zdravotnického personálu v těchto zařízeních.Na první předpoklad odpovídají otázky č. 7 – 12 dotazníku určeného klientům, a otázky č. 10 –14 a 16 – 22 dotazníku určeného zdravotnickému personálu.

2) Lze předpokládat u více než 70-ti % nespokojenost uživatelů služby s nedostatečnou přítomností lékařů v těchto zařízeních. Na druhý předpoklad odpovídají otázky č. 1 – 6 dotazníku určeného klientům.

3) Lze předpokládat u více než 70-ti % nespokojenost zdravotnického personálu v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory, vyplývající z omezení prováděných výkonů v důsledku nedostatku personálu a limitů stanovených pojišťovnami. Na třetí předpoklad odpovídají otázky č. 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20 a 22 dotazníku určeného zdravotnickému personálu.

3.4 Popis zařízení zařazených v průzkumu

Průzku probíhal ve třech vybraných zařízeních ve Šluknovském výběžku poskytujících pobytovou sociální službu pro seniory. Jedná se o zařízení, která poskytují kromě služeb domova pro seniory také služby domova se zvláštním režimem.

3.4.1 Domov důchodců Filipov

Domov důchodců Filipov se nachází ve východní části Šluknovského výběžku v těsné blízkosti s německou hranicí. Budova domova je třípodlažní, byla založena koncem 19. století jako klášterní zařízení, a v její těsné blízkosti se nachází evropsky známá poutní Bazilika Panny Marie Pomocnice křesťanů. Po roce 1971 byla celá stavba původního kláštera adaptována a přizpůsobena sociálním účelům. Vznikl tak Domov důchodců, který má k dnešnímu dni kapacitu 100 lůžek.

Domov důchodců Filipov nabízí v současné době ve svých prostorách několik sociálních služeb. Je zde provozován domov pro seniory dle §49 zákona č. 108/2006 Sb., dále domov se zvláštním režimem dle §50 zákona č. 108/2006 Sb., a terénní pečovatelská služba dle § 40 zákona č. 108/2006 Sb.

Cílovou skupinou domova pro seniory jsou mladší senioři (65 – 80 let) a starší senioři (nad 80 let), kteří z důvodu vysokého věku a zhoršení zdravotního stavu vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Do domova pro seniory nejsou přijímany osoby s Alzheimerovou demencí, a jinými typy demencí, osoby závislé na alkoholu a jiných návykových a omamných látkách, které by svým chováním narušovaly klidné soužití nebo soukromí ostatních klientů, a také těm osobám, které potřebují trvalou léčebnou péči ve zdravotnickém zařízení.

Cílovou skupinou domova se zvláštním režimem jsou muži a ženy od 54 let věku s chronickým duševním onemocněním. Služba je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu onemocnění stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, u kterých dochází ke změnám v oblasti poznávacích a rozumových schopností. A zároveň také osobám, které potřebují v každodenních činnostech fyzickou, psychickou a sociální podporu.

Stejně jako domov pro seniory nepřijímá domov se zvláštním režimem klienty závislé na alkoholu a jiných návykových a omamných látkách.

Klienti domova mají možnost ubytování v jednolůžkových, dvoulůžkových, třílůžkových a čtyřlůžkových pokojích. Pokoje jsou vybaveny moderním pečovatelským nábytkem včetně elektricky nebo manuálně polohovatelných lůžek. Na pokojích nemají klienti k dispozici umyvadlo ani WC. Pro potřeby hygieny slouží klientů společné koupelny a WC umístěné na jednotlivých patrech.

Kromě pokojů mají klienti domova možnost využít prostor ergoterapeutické dílny, kulturního sálu, společné jídelny, kantýny a kavárny. V letních měsících bývá také hojně využívána zastřešená terasa umístěná v zadní části domova s přilehlou zahradou a možností posezení.

V domově je ubytováno celkem 100 klientů, kdy převážná většina z nich je zařazena ve třetím a čtvrtém stupni závislosti na péči druhé osoby.

Pracuje zde šest registrovaných zdravotních sester na plný úvazek a dva zdravotničtí pracovníci pracující na Dohodu o provedení práce s maximálním počtem 40 odpracovaných hodin za měsíc.

Domov má jednoho praktického lékaře, a Zvláštní smlouvu uzavřenou se dvěma zdravotními pojišťovnami. Úkony zdravotní péče jsou tak účtovány Všeobecné zdravotní pojišťovně a České průmyslové zdravotní pojišťovně.

Lékař navštěvuje zařízení jedenkrát týdně, a je k dispozici na telefonu nepřetržitě dvacet čtyři hodin denně, kdy je možno s ním řešit akutní změny ve zdravotním stavu klientů. Problematika, kterou nelze vyřešit telefonicky je konzultována s rychlou záchrannou službou a řešena případným převozem klienta do zdravotnického zařízení.

Ze specialistů dochází do domova pouze psychiatr, který zde provádí vizitu jedenkrát za měsíc. K ostatním specialistům jezdí klienti do nemocnice v Rumburku nebo do přilehlých ambulancí. Pokud však není transport do ambulance vzhledem ke zdravotnímu stavu klienta možný, je zde možnost zavolat specialistu ke konzultaci přímo do zařízení. Toto prakticky funguje pouze u zubaře a urologa. Do oční ambulance, ORL ambulance a dalších je nutno klienta dopravit, nebo s ohledem na akutní stav změnit termín vyšetření.

Zdravotnický personál slouží v domově pouze během dne od 6:30 hod. do 20:30 hod. V noci jsou v domově přítomny pouze pracovníci přímé obslužné péče, a zdravotnický personál má rozepsané telefonické služby, kdy je možno kdykoliv je kontaktovat, a tito případně příjíždí do domova řešit akutní situace týkající se změněného zdravotního stavu klientů.

Veškerá administrativa spojená s vykazováním výkonů zdravotní péče se děje prostřednictvím PC programu Cygnus.

3.4.2 Domov důchodců a ústav sociální péče Krásná Lípa

Domov důchodců a ústav sociální péče v Krásné Lípě, byl vybudován rekonstrukcí bývalé nemocnice na zařízení sociálního a ošetřovatelského typu.

Současným zřizovatelem tohoto zařízení je Ústecký kraj se sídlem v Ústí nad Labem.

Domov důchodců a ústav sociální péče Krásná Lípa je umístěn na okraji obytné zóny města Krásná Lípa, severovýchodně od náměstí. Areál domova důchodců a ústavu sociální péče se skládá ze 4 hlavních budov a 3 pomocných technických objektů, kterými jsou ústavní kuchyně, údržba a márnice.

Areálu Domova důchodců a ústavu sociální péče dominuje hlavní budova - pavilon „B“, kde je situováno ošetřovatelské oddělení pro imobilní obyvatele.

Pavilon „A“ je třípodlažní podsklepený objekt, v němž jsou ubytována postižená děvčata.

Pavilony „C“ a „D“ jsou dvoupodlažní budovy. V pavilonu „D“ sídlí vedení a administrativní správa domova, dále je zde kantýna pro obyvatele, jejich hosty a zaměstnance, a společenská místnost pro návštěvy včetně sociálního zázemí.

Jak vyplynulo z úvodního textu, Domov důchodců a ústav sociální péče v Krásné Lípě je sloučením Domova důchodců s kapacitou 90 lůžek, umístěných v pavilonech „B“ a „C“, a ústavu sociální péče pro mentálně postižené s kapacitou 26 lůžek v pavilonu „A“. V roce 2000 byla zahájena první etapa přestavby zdravotnického zařízení na zařízení sociální. V této etapě byly plně zrekonstruovány pavilony „C“ a „D“ na úroveň evropských standardů, a částečně zrekonstruován pavilon „A“ a „B“. V současné době je připravována druhá etapa rekonstrukce na dokončení celkové přestavby.

Obyvatelům Domova důchodců jsou k dispozici ubytovací služby ve dvou pavilonech „B“ a „C“, a to v jednolůžkových, dvoulůžkových, třílůžkových a čtyřlůžkových pokojích. Čtyřlůžkové pokoje se nacházejí pouze v nezrekonstruovaných prostorách, kde se po rekonstrukci předpokládají také pouze jedno a dvoulůžkové pokoje s vlastním sociálním zázemím.

Rovněž tak obyvatelkám ústavu sociální péče jsou v pavilonu „A“ k dispozici jednolůžkové, dvoulůžkové, třílůžkové a čtyřlůžkové pokoje s převahou dvoulůžkových pokojů. Většina pokojů je vybavena alespoň umyvadlem a vlastním WC, nebo sprchovým koutem a WC.

V nově zrekonstruovaných prostorách a v Ústavu sociální péče již zcela vymizel starý nemocniční nábytek, který byl nahrazen dřevěným nábytkem více přibližujícím prostředí domova.

Hlavním účelem, pro který byla organizace zřízena je zajištění ústavní péče pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu, a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče. Zároveň je tato služba určena pro staré občany, kteří toto umístění nezbytně potřebují z jiných vážných důvodů. Dále pak zajištění ústavní péče pro mentálně postižené občany od 3 let věku s mentálním postižením těžšího stupně, a pro občany postižené vedle mentálního postižení těžšího stupně též tělesnou nebo smyslovou vadou, kteří potřebují ústavní péči, nikoliv však léčebnou péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

Domov důchodců má v současné době 81 klientů. Ústav sociální péče má 26 klientů s mentální retardací, a jsou zde umístěny pouze ženy.

Zdravotnický personál slouží nepřetržitě ve dvanáctihodinových směnách, a lékař dochází do zařízení jeden den v týdnu, kdy zde ordinuje zpravidla celé dopoledne.

Kromě praktického lékaře dochází do zařízení také specialisté. Konkrétně zde jedenkrát za čtvrt roku ordinuje neurolog, jedenkrát za šest týdnů psychiatr, a jedenkrát ročně diabetolog. Klienti jsou také za specialisty převáženi do přilehlých ambulancí. Navštěvují tak dvakrát ročně zubaře a mají možnost vyšetření v gynekologické ambulanci i u očního specialisty.

Jediná zdravotní pojišťovna, se kterou má domov uzavřenu Zvláštní smlouvu je Všeobecná zdravotní pojišťovna. Veškeré úkony jsou tedy vykazovány pouze této zdravotní pojišťovně, a objem vykázaných výkonů se tak odvíjí od personálního obsazení tak, aby byly zachovány stanovené limity.

Administrativa spojená s vykazováním výkonů zdravotní péče se děje prostřednictvím PC programu Amicus.

3.4.3 Domov důchodců Lipová

Domov důchodců Lipová je příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je obec Lipová. Jedná se o domov se zvláštním režimem, jenž je určen pro ženy, které potřebují pravidelnou ošetřovatelskou péči. Jejich soběstačnost je snížena zejména věkem, zdravotním stavem z důvodu chronického psychického onemocnění, Alzheimerovy nebo stařecké demence. Proto nemohou zůstat bez pravidelné pomoci ve svém domácím prostředí.

Domov důchodců Lipová poskytuje pobytové sociální služby 50 klientkám, o které se stará 28 zaměstnanců.

Budova, ve které domov sídlí je pro poskytování služby naprosto nevyhovující, avšak současný ředitel ve spolupráci se zřizovatelem podniká řadu kroků ke zlepšení prostředí a zvýšení komfortu poskytované služby. V domově jsou pouze vícelůžkové pokoje, není zde žádný výtah, a není rozvedena signalizace. Schodiště do pater je úzké a poměrně prudké, a proto je umisťování klientek na pokojích přizpůsobováno jejich fyzické zdatnosti a soběstačnosti. Pokoje jsou vybaveny standardním ošetřovatelským nábytkem, kdy má každá klientka k dispozici lůžko, noční stolek a šatní skříň.

Všechny klientky, které jsou v zařízení ubytovány mají nějakou psychiatrickou diagnózu, a většina z nich má přiznaný třetí stupeň závislosti na péči jiné osoby.

V domově je zaměstnáno sedm zdravotních sester a slouží nepřetržitě ve dvanáctihodinových směnách. Lékařka je v zařízení přítomna čtyři dny v týdnu, což považuje personál i většina klientů za dostačující.

Stejně jako do obou domovů popsaných v předchozích částech, dochází také sem na pravidelné vizity psychiatr, který velmi úzce spolupracuje s praktickou lékařkou působící v zařízení, a sám bývá v domově přítomen zpravidla jedenkrát za měsíc.

Zvláštní smlouvu má domov uzavřenu se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, které jsou také veškeré úkony účtovány.

Veškerá administrativa spojená s vykazováním výkonů zdravotní péče se děje prostřednictvím PC programu Cygnus.

3.5 Analýza a interpretace zjištěných výsledků

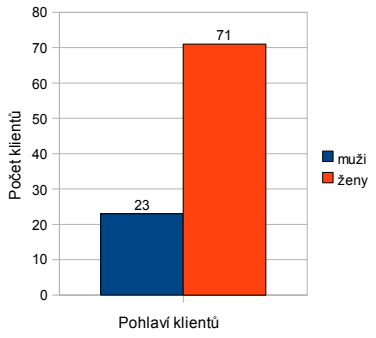
V této části jsou zaznamenány výsledky a zjištění vyplývající z dotazníkového průzkumu a z rozhovorů s jednotlivými klienty a zaměstnanci pobytových zařízení, které probíhaly zcela spontánně během distribuce a sběru dotazníků.

3.5.1 Dotazníkové šetření klientů pobytové služby

S ohledem na soubor respondentů, kteří se účastnili průzkumu, lze předpokládat a tolerovat určité nepřesnosti ve vyplňování. Na přání některých seniorů byly dotazníky vyplňovány společně s autorkou této práce, nebo pověřenou osobou. Při sestavování dotazníků byla zohledněna skladba respondentů, a z tohoto důvodu jsou jednotlivé otázky a odpovědi jednoduché, aby bylo usnadněno jejich vyplňování.

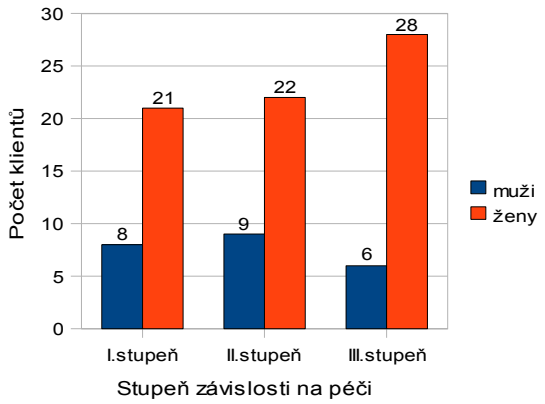
Jak bylo již zmíněno na předchozích řádcích, zúčastnilo se průzkumu celkem 94 klientů. Zastoupena byla obě pohlaví a první tři stupně závislosti na péči druhé osoby. Jak je znázorněno v následujících grafech, byly muži ve výrazné menšině, což však vyplývá ze skladby klientů v jednotlivých zařízeních, kdy např. v Domově důchodců Lipová jsou pouze ženy, a v dalších dvou zařízeních je také více žen, než mužů. Stupně závislosti na péči druhé osoby jsou zastoupeny poměrně rovnoměrně, a co se týče věkových kategorií, tak i zde máme vyrovnanané zastoupení.

Graf č. 1 – poměr dotazovaných mužů a žen



Tento graf znázorňuje nevyrovnané zastoupení obou pohlaví. Jak bylo již zmíněno výše, je poměr žen umístěných ve vybraných pobytových zařízeních výrazněn vyšší. Ženy jsou zastoupeny 75,5 % a muži zbývajícími 24,5%.

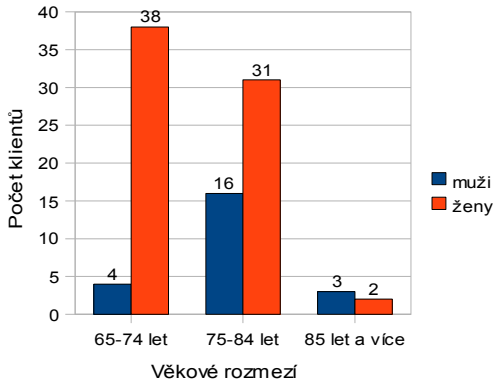
Graf č. 2 – stupně závislosti



Na tomto grafu je na první pohled zřetelné velmi vyrovnané zastoupení všech tří stupňů závislosti na péči druhé osoby. I přes tento poměrně vyrovnaný výsledek je nejsilněji zastoupen III.stupeň závislosti na péči druhé osoby. Konkrétně se jedná o 28 žen a 6 mužů, což je 36,2 % dotazovaných. II.stupeň závislosti na péči druhé osoby

reprezentuje 9 mužů a 22 žen, tedy 33 % dotazovaných. Nejnižší stupeň závislosti na péči druhé osoby je zde v počtu 8 mužů a 21 žen zastoupen 30,8 %.

Graf č. 3 – věkové kategorie dotazovaných klientů



Jak znázorňuje tento graf, je věková kategorie klientů nad 85 let věku zastoupena nejnižžším počtem dotazovaných respondentů, a představuje pouze 5,3 % respondentů. Tento výsledek vyplývá ze skutečnosti, kdy klienti v této věkové kategorii jsou již v poměrně vysokém stupni závislosti na péči druhé osoby (IV.stupeň závislosti byl z dotazníkového šetření vyloučen), a poměrně často je jejich zdravotní stav vážný. Bylo tedy velmi obtížné získat v této věkové kategorii více vhodných respondentů. Nejsilněji zastoupena je věková kategorie 75 – 84 let, která čítá 50 % všech dotazovaných respondentů a reprezentuje ji 16 mužů a 31 žen. Věková kategorie 65 – 74 let je zastoupena 44,7 %.

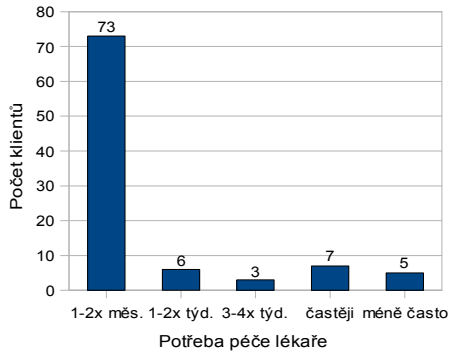
Dotazníky určené klientům byly zaměřeny na potvrzení či vyvrácení druhého předpokladu, týkajícího se přítomnosti lékaře v zařízení, a zároveň měly za cíl zmapovat spokojenost klientů s péčí zdravotních sester.

Na základě informací zjištěných od vrchních sester jednotlivých zařízení bylo zaznamenáno, že kromě Domova důchodců v Lipové ordinuje lékař v zařízení jedenkrát týdně. Lékaři praktikující v zařízení v Krásné Lípě a ve Filipově mají kromě tohoto zařízení také svou soukromou praxi a pracovní úvazek v nemocnici. Lékařka praktikující v zařízení v Lipové je již v důchodovém věku, praktikuje ve své ambulanci

v Lipové a v Domově důchodců Lipová. Jiný pracovní úvazek nemá, a je tedy schopna být přítomna v zařízení čtyřikrát týdně. Tato skutečnost je pro personál naprosto dostačující a umožňuje tak velmi rychle řešit akutní problémy klientů. Co se týče vyjádření samotných klientů, tak ti mají i přesto pocit, že je lékařka v zařízení málo.

Výsledek dotazníkového šetření potvrdil informaci získanou od vrchních sester. Na otázku: *„Jak často je přítomen lékař v zařízení?"* Odpovědělo 87,2 % dotazovaných klientů, že tomu tak je 1 – 2 dny v týdnu. Přítomnost lékaře v zařízení 3 – 4 dny v týdnu potvrdilo pouze 12 klientů, což je 12,8 % .

Graf č. 4 – Potřeba péče lékaře



Tento graf znázorňuje odpověď na otázku: *„Jak často potřebujete péči lékaře?"*, kterou zodpověděla většina klientů téměř stejně, a to tak, že péči potřebují maximálně dvakrát za měsíc. Jedná se o 77,7 % klientů, kteří vyžadují návštěvu lékaře maximálně 2x za měsíc. Velmi malý počet klientů potřebuje lékaře častěji než dva dny v týdnu a pouze 5 klientů uvedlo, že potřebuje lékaře méně často. 7,4 % dotazovaných respondentů uvádí, že požaduje návštěvu lékaře častěji než 4 dny v týdnu.

Na otázku *„Navštíví Vás lékař vždy kdy o to požádáte?"* odpovědělo 65 klientů, že tomu tak není. Zbývajících 29 klientů lékař navštíví vždy, kdy o to požádají.

Informace, zda chodí lékař na pravidelné návštěvy za všemi klienty nebyla potvrzena. Většina klientů, konkrétně 61,7 % tuto skutečnost nemůže potvrdit, neboť jim tato informace není známa. Zbývajících 38,3 % klientů uvedlo, že lékař nechodí na návštěvy za všemi klienty. Ani jeden z dotazovaných klientů na tuto otázku neodpověděl kladně.

Co se týče péče lékaře, která je klientům poskytována, tak 40,4 % klientů je s péčí lékaře spokojeno. Zbývajících 59,6 % klientů s touto péčí spokojeno není. Na otázku: „*Považujete přítomnost lékaře v zařízení za dostačující?*" odpovědělo 46,8 % klientů ano. Výsledek je znázorněn v následující tabulce.

Tabulka č. 1 – Posouzení přítomnosti a péče lékaře

Posouzení péče lékaře		
	ano	ne
Dostačující přítomnost v zařízení	44	50
Spokojenost s péčí	38	56

V této tabulce jsou znázorněny odpovědi na otázky týkající se přítomnosti lékaře v zařízení, a spokojenosti s péčí kterou lékař poskytuje.

Další část dotazníkového průzkumu byla již zaměřena na péči, která je klientům poskytována ze strany zdravotnického personálu. Tyto otázky neodpovídaly na žádný ze stanovených předpokladů vztahujících se k této bakalářské práci, ale mapovaly všeobecnou spokojenost klientů s poskytovanou zdravotní péčí, na které se právě zdravotničtí zaměstnanci velmi výrazně podílí.

Tento blok otázek je zaměřen na přítomnost zdravotnických pracovníků v zařízení, potřebu péče ze strany klienta a spokojennost klienta s poskytovanou péčí. Na otázku: „*Jsou v zařízení přítomny zdravotní sestry, které poskytují zdravotní péči nepřetržitě?*" odpovědělo 43 klientů že ano, 12 klientů potvrdilo, že zdravotní sestra v zařízení nepřetržitě nepobývá, a 39 klientů neví, zda zdravotní sestra slouží v nepřetržitém provozu. Na tuto otázku navazovala další otázka týkající se nepřítomnosti zdravotní sestry v noci, kdy 37 klientů odpovědělo, že jim tato skutečnost vadí. Zbývajících 57 klientů zdravotní sestru v noci nevyžaduje.

Velmi zajímavý výsledek se objevil u otázky č. 9. Na otázku: „*Jak často potřebujete péči zdravotní sestry?*" odpovědělo 78 klientů že tuto potřebu cítí denně včetně sobot a nedělí, 6 klientů potřebuje zdravotní sestru 5 dní v týdnu, 7 klientů 3 – 4 dny v týdnu, a 3 klienti pouze 1 – 2 dny týdně. S péčí poskytovanou zdravotními sestrami je spokojeno 83 klientů, zbývajím jedenácti klientům tato péče nevyhovuje.

Otázky č. 11 a 12, které jsou v dotazníku určeném pro klienty se týkají rozdělení péče poskytované zdravotními sestrami a pečovatelkami. 39 klientů si je vědomo rozdělení úkonů péče, a vědí, které úkony poskytuje zdravotní sestra a které pečovatelka. 55 klientů si vůbec neuvědomuje rozdíl poskytované péče. Toto rozdělení úkonů péče vyhovuje ze všech dotazovaných pouze sedmnácti klientům.

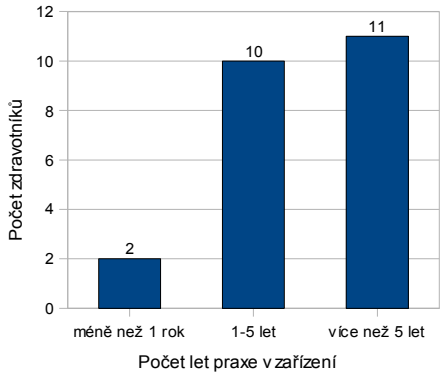
Na závěrečnou otázku dotazníku pro klienty: „*Uvítal/a byste změnu v systému poskytování zdravotní péče ve vašem zařízení?*"odpovědělo 83 klientů že ne. Z této odpovědi vyplývá, že jsou klienti s poskytovanou péčí spokojeni. Tomuto výsledku odpovídaly také informace získané od klientů během distribuce a sběru dotazníků, kdy většina z nich zkonstatovala, že: „*tak jak to je, to je vlastně docela v pořádku"*.

3.5.2 Dotazníkové šetření u zdravotnického personálu

Během distribuce dotazníků zdravotnickému personálu bylo osloveno celkem 23 zaměstnanců ve vybraných zařízeních. Výsledky byly zpracovávány ze všech rozdaných dotazníků, neboť návratnost vyplněných dotazníků určených zdravotnickému personálu byla stoprocentní.

Průzkum v řadách zdravotnického personálu reprezentuje téměř výhradně názor žen, neboť mužské pohlaví zastupuje ve vybraných zařízení pouze jeden muž. Tato skutečnost je však spíše vyjímkou. Muži zdravotníci se objevují ve výkonu zdravotní péče u lůžka velmi zřídka, a v pobytových zařízeních sociální péče se s muži zdravotníky setkáváme skutečně zcela vyjímečně.

Graf č. 5 – délka zaměstnání v zařízení



V grafu je znázorněna délka praxe v zařízení u vybraných respondentů z řad zdravotnických pracovníků. Pouze dva zaměstnanci jsou v zařízení zaměstnáni kratší dobu než jeden rok. Zbývajících 21 zaměstnanců tak může hodnotit poskytovanou zdravotní péči za období posledních dvou let z vlastní zkušenosti.

Dotazník pro zdravotnický personál obsahuje otázky odpovídající na první a třetí stanovený předpoklad, a zároveň mapují způsob poskytování zdravotní péče v zařízení. Objevují se zde také otázky zaměřené na spokojenost zdravotnického personálu s procesem a způsobem poskytování zdravotní péče.

Otázky č. 1, 2, 3 a 4 se týkají výhradně přítomnosti lékaře v zařízení a ordinování mimo ordinační hodiny. 8 zdravotních sester potvrdilo přítomnost lékaře v zařízení 3 – 4 dny v týdnu (opět se v tomto případě jednalo o zaměstnance Domova důchodců Lipová), zbývajících 15 dotazovaných uvedlo přítomnost lékaře v zařízení 1 – 2 dny v týdnu. Otázka týkající se kontaktování lékaře a žádost o ordinaci mimo ordinační hodiny potvrdila poměrně vysokou potřebu zdravotnického personálu a konzultace týkající se změn ve zdravotním stavu klientů. 12 dotazovaných zdravotníků kontaktuje lékaře a žádá o konzultaci mimo ordinační hodiny 3-4x týdně, 8 z dotázaných 1-2x týdně, 1 z dotazovaných má potřebu konzultace s lékařem pouze 1-2x za měsíc a 2 zdravotničtí pracovníci lékaře kontaktují mimo ordinační hodiny častěji než 4x týdně. Tyto konzultace probíhají zpravidla telefonicky, a týkají se ve většině případů akutních horečnatých stavů a náhlých změn v celkovém zdravotním stavu klienta, změn psychického stavu, konzultací nad laboratorními výsledky a následných úprav chronické medikace, kterou klient užívá. Na otázky: „*Navštíví lékař zařízení vždy kdy o to požádáte?*" a „*Chodí lékař na pravidelné návštěvy za všemi klienty*?" odpovědělo shodně všech 23 dotazovaných že tomu tak není.

Otázky č. 5, 6 a 7 jsou zaměřené na průběh vizit, které probíhají v zařízení. Na otázku: „*Stává se ve vašem zařízení, že lékař ordinuje tzv. „od stolu", aniž by viděl klienta?*" odpovědělo 11 dotazovaných že se tak děje občas, 7 dotazovaných odpovědělo, že se toto v jejich zařízení nestává, a 5 zdravotníků potvrdilo, že ordinování tzv. „od stolu" je běžnou praxí. Většina z oslovených zdravotníků (celkem 18) v další otázce potvrdila, že sestra je v zařízení lékařovou pravou rukou, a mnohdy lékaři stačí pouze informace od ní, aby stanovil tzv. „od stolu" diagnózu a určil způsob léčby. 5 dotazovaných toto počínání nepotvrdilo. Na poslední otázku zaměřenou na průběh

vizit a ordinování tzv. „od stolu" odpovědělo 20 zdravotníků, že toto počínání nepovažuje za správné. Pouze 3 zdravotničtí pracování s tímto počínáním a způsobem ordinování souhlasí.

Přítomnost lékaře a jeho působení v zařízení považuje za dostačující 6 dotazovaných respondentů, zbývajících 17 přítomnost lékaře hodnotí jako nedostačující. Stejně tak 6 dotázaných respondentů je spokojeno s péčí lékaře, která je v zařízení poskytována, a 17 zbývajících spokojeno není.

Další blok otázek (konkrétně otázky č. 10 – 14) se týká přítomnosti a způsobu práce zdravotnického personálu pracujícího v zařízení. V otázkách č. 10 a 11 potvrdilo 15 respondentů nepřetržitou přítomnost zdravotnického personálu v zařízení, a 8 respondentů odpovědělo, že zdravotní sestra v zařízení nepřetržitě neslouží. Konkrétně se jedná o Domov důchodců ve Filipově, kde slouží zdravotnický personál pouze od 6:30 hod. do 20:30 hod. Nepřítomnost zdravotní sestry v noci hodnotí všech 23 dotazovaných zdravotníků jako nesprávné. Otázky č. 12 – 14 se vztahují k rozdělení úkonů péče na úkony zdravotnické a pečovatelské. 21 zdravotníků je s tímto rozdělením úkonů nespokojeno a nevyhovuje jim, 2 dotázaní respondenti jsou s rozdělením úkonů péče spojeni. V následující otázce: „*Způsobuje toto rozdělení úkonů rivalitu mezi jednotlivými zaměstnanci?*" potvrilo všech 23 dotázaných, že tato rivalita se skutečně objevuje, a z rozhovorů vyplynulo, že působí mnohdy velmi závažné problémy. Zároveň však v další otázce 21 dotazovaných potvrdilo, že občas provádí úkony patřící do kompetence pečovatelek, a naopak zase občas pečovatelka pomůže s jednoduchými úkony péče zdravotníkům. Pouze dva zdravotničtí pracovníci odpověděli, že si s pečovatelkami vzájemně při poskytování péče nevypomáhají.

Poslední blok otázek se vztahuje k limitům poskytované zdravotní péče stanovených zdravotními pojišťovnami. Jedná se o rozsah zdravotní péče vykazované zdravotním pojišťovnám a s tím spojenou administrativou. V tomto bloku otázek nedocházelo k příliš výrazným výkyvům v odpovědích. Spíše by se dalo zkonstatovat, že v oblasti vykazování péče, administrativy a limitů stanovených pojišťovnami jsou zdravotničtí pracovníci ve shodě. Nikdo z dotazovaných není spokojen s limity poskytované zdravotní péče nastavenými zdravotními pojišťovnami, a ani jednomu ze zdravotnických pracovníků nevyhovuje provádění úkonů a následné vykazování tak, jak je v zařízení nastaveno. Stejně tak považuje všech 23 dotázaných administrativu

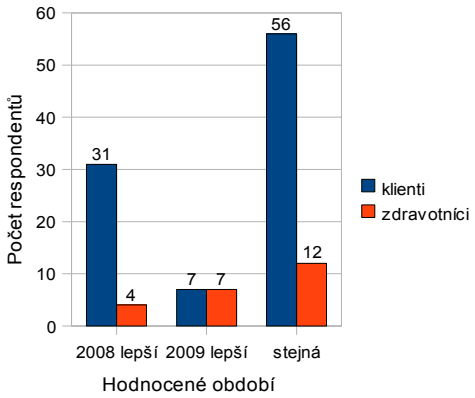
spojenou s vykazováním zdravotní péče za nezbytnou, ale pouze 5 z nich tuto administrativu zvládá. Všechny zdravotnické pracovníky, kteří se zůčastnily dotazníkového průzkumu, administrativa spojená s vykazováním zdravotní péče obtěžuje a ubírá jim čas, který by jinak mohli věnovat přímé péči o klienta. Zároveň všichni shodně odpověděli, že provádí zdravotní péči i mimo předepsaný rozsah poukazu ORP, což v praxi znamená, že u klienta provedou také ty úkony zdravotní péče, které na zdravotní pojišťovnu nevykáží, a nedostanou za ně zaplaceno.

Na otázku: „*Považujete počet zdravotních sester pracujících ve vašem zařízení za dostačující?*" odpověděly pouze 4 dotázaní, že ano. Zbývajících 19 respondentů, což činí 82,6 % by uvítalo navýšení počtu zdravotnického personálu.

Z výsledku dotazníkového průzkumu, kde poslední otázka zněla: „*Uvítal/a byste změnu v systému poskytování zdravotní péče ve vašem zařízení?*", a z informací poskytnutých zdravotnickými pracovníky během distribuce a sběru dotazníků vyplynulo, že všichni zdravotničtí pracovníci, kteří se zúčastnili průzkumu by uvítali změnu v tomto systému. Z tohoto zjištění vyplývá, že zdravotnický personál není spokojen se současným systémem, a je velmi limitován pravidly stanovenými Zvláštními smlouvami, uzavřenými se zdravotními pojišťovnami.

Porovnání způsobu poskytování zdravotní péče v letech 2008 a 2009 je vyjádřeno v grafu, ve kterém jsou společně uvedeny odpovědi klientů i zdravotnických pracovníků.

Graf č. 6 – porovnání péče v letech 2008 a 2009



Z tohoto grafu vyplývá, že v porovnání let 2009 a 2008 klienti i zdravotnický personál hodnotí poskytovanou zdravotní péči za srovnatelnou, stejnou. Z rozhovorů se zdravotnickým personálem vyplynulo, že od roku 2008 nedošlo k žádné výrazné změně ve způsobu poskytování zdravotní péče, počtu zdravotnického personálu, ani změn v systému vykazování dávek vůči zdravotním pojišťovnám. Zdravotní péči tedy považuje 52,2 % zdravotnických pracovníků za srovnatelnou. Jak vyplynulo z rozhovorů, tak 30,4 % zdravotnických pracovníků, kteří vnímají zdravotní péči v roce 2009 jako lepší, považují za zlepšení kvalitnější zdravotnický materiál používaný k léčbě ran, širší nabídku medikamentů za dostupnou cenu, a zlepšení spolupráce s lékaři.

3.5.3 Interpretace zjištění vyplývajících z rozhovorů s lékaři

Jelikož ve vybraných zařízeních praktikuje vždy pouze jeden praktický lékař (specialisté osloveni nebyli), nebyl pro jejich názor připraven žádný dotazník. S každým lékařem proběhl individuální rozhovor, kdy měli možnost vyjádřit vlastní názor na poskytovanou péči, průběh vizit a četnost osobních návštěv u klientů.

V Domově důchodců v Lipové praktikuje lékařka čtyři dny v týdnu. V současné době je již v důchodovém věku, a jelikož praktikuje v tomto zařízení již více než patnáct let, je to pro ni většinou spíše radost, než povinnost. Klientky bydlící v tomto zařízení zná všechny osobně, zná jejich trápení a orientuje se v jejich náladách. Jelikož jsou v tomto zařízení všechny klientky s psychiatrickou diagnozou, ví po těch letech jak ke které přistupovat, jak s ní hovořit. Pozná kdy má klientka skutečně problém, a kdy na sebe chce pouze upozornit. S péčí zdravotnického personálu, tak jak je v zařízení poskytována je lékařka spokojena. Práci kterou provádí zdravotní sestry zná, spolupracuje s nimi téměř vždy kdy o to požádají, a nemá problém zajít za klientkou i mimo ordinační hodiny. Zdravotníci mohou lékařku telefonicky kontaktovat kdykoliv. Na základě sdělených informací lékařka rozhodne zda akutní situaci bude řešit ona, nebo zda je třeba zavolat sanitu a klientku případně odeslat ke specialistovi, či k hospitalizaci. Co se týče přípravy poukazů ORP a následné vykazování úkonů na zdravotní pojišťovny, tak lékařka velmi úzce spolupracuje s vrchní sestrou, která tyto poukazy připravuje lékařce k podpisu a konzultuje s ní veškeré ordinace zapsané na těchto poukazech. Vizity provádí s lékařkou vrchní sestra, a v její nepřítomnosti službu konající zdravotnický pracovník. Celkově hodnotí lékařka své působení

v Domově důchodců v Lipové jako dostačující, a stejný názor mají také zaměstnanci Klienti tohoto zařízení by lékařku chtěli nejlépe denně.

V Domově důchodců v Krásné Lípě praktikuje lékař jeden den v týdnu. Na vizity chodí pravidelně v určený den a hodinu, a v zařízení bývá zpravidla dvě až tři hodiny. Během vizity řeší akutní problémy klientů, které oznámil zdravotnický personál, nebo na které upozorní sám klient. Nenavštěvuje pravidelně všechny klienty, ale vždy vyřeší veškeré problémy hlášené zdravotnickým personálem a navštíví klienty, kteří o to požádají a jejichž zdravotní stav návštěvu lékaře vyžaduje. Vizity provádí lékař zpravidla ve spolupráci s vrchní sestrou, která je mu výrazně nápomocna také při přípravě poukazů ORP a následně při vykazování péče zdravotním pojišťovnám. Kromě praktikování v Domově důchodců má lékař také svou soukromou praxi a služby v nemocnici. Jelikož lékař plně spoléhá na kompetentnost zdravotnického personálu, považuje své působení v zařízení za naprosto dostačující. Podle jeho názoru zdravotní péče funguje, klienti mají řádnou péči, a neobjevují se žádné výrazné problémy. Co se týče požadavků klientů, tak lékař s úsměvem uvedl, že pro ně by nebyla jeho přítomnost dostačující ani 24 hodin denně, neboť oni mají nějaké problémy stále. Řadu z těchto požadavků však naprosto dostatečně vyřeší zdravotnický personál, a lékař je o všem dodatečně informován. Lékaře je možno telefonicky kontaktovat ke konzultacím týkajícím se náhlých změn ve zdravotním stavu klientů, avšak opravdu akutní záležitosti jsou řešeny přes rychlou záchrannou pomoc. Lékař je se svou péčí spokojen a spolupráci se zdravotnickým personálem a prováděnou zdravotní péči hodnotí velmi pozitivně.

Domov důchodců Filipov navštěvuje lékařka jedenkrát týdně. Pro vizity není stanoven žádný konkrétní den a hodina, a lékařka řeší den a hodinu vizity vždy operativně dle vlastního programu. Kromě praktikovaní v Domově důchodců Filipov pracuje tato lékařka na plný úvazek v nemocnici, praktikuje ve své soukromé neurologické ambulanci, a zároveň je členkou řídící rady nemocnice. Čas strávený v Domově důchodců ve Filipově je závislý na počtu klientů připravených k vizitě a na množství dalších administrativních úkonů spojených s ordinováním zdravotní péče, včetně přípravy poukazů ORP. Většinou pobývá lékařka v zařízení minimálně dvě hodiny. Osobně navštěvuje klienty kteří o to požádají, a ty, u kterých to vyžaduje jejich zdravotní stav. Velmi úzce však spolupracuje se zdravotnickým personálem, a spoléhá na to, že kompetentní a školená zdravotní sestra je lékařovou pravou rukou, očima

i ušima, a nebude k vizitě připravovat klienty, jejichž aktuální problémy zvládne vyřešit samostatně, bez přítomnosti lékaře. Přípravou klientů k vizitě, včetně přípravy veškeré zdravotní dokumentace je pověřena jedna ze zdravotních sester, která je přítomna v průběhu celé vizity a následně zpracovává veškerou administrativu s tím spojenou. S touto zdravotní sestrou spolupracuje lékařka pravidelně při všech vizitách. Zdravotní péči poskytovanou v Domově důchodců Filipov ze strany zdravotnického personálu hodnotí lékařka jako průměrnou. Nevyhovuje jí nízký počet zdravotnického personálu, a za naprosto nevhodné považuje absenci zdravotní sestry v nočních směnách. Jelikož je lékařka k dispozici na telefonu nepřetržitě, a v závislosti na možnosti řešit akutní problémy hospitalizací na lůžkovém oddělení, jehož je vedoucí lékařkou, považuje své praktikování v Domově důchodců Filipov za dostačující. Opakující se problémy ve zhoršeném zdravotním stavu klientů přisuzuje nedostatečné péči ze strany pečovatelek a celkově nízkému počtu obslužného personálu.

3.6 Vyhodnocení průzkumu a stanovených předpokladů

V předchozí části jsou podrobně popsány výsledky průzku u klientů využívajích pobytovou sociální službu, a zároveň u zdravotnických pracovníků, kteří poskytují zdravotní péči.

V oblasti potvrzení či vyvrácení stanovených předpokladů byly výsledky následující:

Předpoklad č. 1 byl potvrzen. 82,6 % dotazovaných respondentů z řad zdravotnického personálu potvrdilo nedostatečný počet zdravotnického personálu v zařízení. Zároveň 100% všech dotazovaných zdravotnických pracovníků potvrdilo nespokojenost s limity stanovenými zdravotními pojišťovnami, vysokou administrativní náročnost spojenou s vykazováním úkonů zdravotní péče vůči zdravotním pojišťovnám, ve spojení s administrativou ztrátu času, který by mohl být věnován přímé péči o klienta a zároveň provádění úkonů zdravotní péče i mimo předepsaný rozsah poukazu ORP. Jelikož do řad zdravotnického personálu působícího v zařízeních lze počítat také lékaře, potvrdily výsledky průzkumu u zdravotnického personálu v 69,6 % nespokojenost zdravotnického personálu s nedostatečnou přítomností lékaře v zařízení.

Předpoklad č. 2 se nepotvrdil. Byla předpokládána u více než 70 % klientů služby nespokojenost s nedostatečnou přítomností lékaře v zařízení. Výsledky průzkumu potvrdily nespokojenost klientů s nedostatečnou přítomností lékaře pouze v 53,2 %. 46,8 % dotazovaných klientů považuje přítomnost lékaře v zařízení za dostačující

a 40,4 % dotazovaných klientů je s péčí lékaře spokojeno. 59,6 % dotazovaných klientů s péčí lékaře spokojeno není, ale jelikož výsledek průzkumu odhalil skutečnost, že 77,7 % dotazovaných klientů potřebuje péči lékaře 1-2x za měsíc, lze z pohledu klientů považovat působení lékařů v zařízeních za dostačující.

Předpoklad č. 3 byl výsledky průzkumu potvrzen. 82,6 % dotazovaných respondentů z řad zdravotnického personálu potvrdilo nedostačující počet zdravotnického personálu a 100 % respondentů potvrdilo, že by uvítalo změnu v systému a způsobu poskytování zdravotní péče. 91,3 % respondentů je nespokojeno s nastavením úkonů péče, které patří pouze do kompetence zdravotnických pracovníků a jsou následně vykazovány zdravotním pojišťovnám, a úkonů které spadají do kompetence výkonu přímé obslužné péče prováděné pečovatelkami. I přesto, že zdravotní péče není následně hrazena, provádí 100 % dotazovaných respondentů z řad zdravotnických pracovníků péči i mimo předepsaný rozsah poukazu ORP.

3.7 Návrh opatření

Prováděné průzkumné šetření odhalilo některé nedostatky ve způsobu poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory. Do průzkumu byli zařazeni senioři v prvních třech stupních závislosti na péči jiné osoby a zároveň zdravotnický personál pracující ve vybraných zařízeních. Výsledky průzkumu nám tedy nabízí pohled obou stran.

Zjištěné výsledky průzkumu nabízí několik návrhů a opatření, která by mohla vést ke změně v systému poskytované zdravotní péče.

Jako nejzávažnější problém lze hodnotit nedostatek zdravotnického personálu. Jelikož zdravotní pojišťovny stanoví pro každý účtovaný úkon minimální časovou intervenci 10 minut, je zdravotnický personál tímto časem velmi limitován. V závislosti na počtu zdravotnického personálu je nastaven způsob vykazování zdravotní péče, jsou vybrány úkony zdravotní péče které se vykazují, a zároveň klienti, na které je péče vykazována. V praxi to znamená, že zdravotnický pracovník vůči zdravotní pojišťovně vykáže pouze určitý objem své práce tak, aby nepřekročil stanovené limity, ale ve skutečnosti během své směny provede podstatně více zdravotních úkonů a péče. Ideálním by se mohl jevit stav, kdy na počet klientů žijících v zařízení bude takový počet zdravotníků, který plně obsáhne veškeré potřeby v oblasti zdravotní péče a tyto následně vykáže zdravotním pojišťovnám.

Druhým možným opatřením by mohla být změna ve způsobu financování zdravotnického personálu. V současném systému jsou zdravotničtí pracovníci v pobytových zařízeních sociální péče placeni výhradně z financí získaných od zdravotních pojišťoven. Řada poskytovatelů tak počítá kolik zdravotnických pracovníků si může v závislosti na výši fakturované péče vůči zdravotní pojišťovně dovolit. Často se tak stává, že je v zařízeních zaměstnán nižší počet zdravotníků, aby příjem od zdravotních pojišťoven pokryl jejich platy, a oni pak následně musí provádět vyšší objem péče. Tato skutečnost je např. velmi zásadní při nočních směnách. Zdravotnický pracovník během noční směny neprovede dostatečný počet zdravotních úkonů, aby byla jeho směna včetně veškerých příplatků zaplacena, neboť během noci tyto úkony nejsou indikovány, a zdravotní stav klientů ve většině případů zdravotní péči v noci nevyžaduje. Následně je třeba tyto úkony tzv. „dohnat" v denních směnách, což bývá mnohdy velmi problematické, neboť zdravotní pojišťovny mají velmi přísně stanovena pravidla pro způsob a četnost vykazování jednotlivých úkonů péče. Z tohoto důvodu např. v Domově důchodců ve Filipově neslouží zdravotničtí pracovníci v noci, což je však na druhou stranu negativně hodnoceno z řad klientů a zdravotnického personálu.

Řešením situace v oblasti financování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociální péče by pak mohlo být např. zavedení paušální platby, která by se odvíjela od počtu lůžek a stupně závislosti na péči jednotlivých klientů.

Posledním návrhem na zlepšení způsobu poskytované zdravotní péče je nepřetržitá služba zdravotnického personálu, která se v tomto případě týká pouze Domova důchodců Filipov. Nepřetržitá přítomnost zdravotnického personálu by měla za následek určitý pocit bezpečí jak pro klienty, tak pro pečovatelky pracující v zařízení, které se v době nepřítomnosti zdravotnického personálu obávají odpovědnosti za zdravotní stav klientů.

4 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo nastínit celkovou problematiku poskytování zdravotní péče ve vybraných pobytových zařízeních sociální péče pro seniory ve Šluknovském výběžku. Zároveň nabízí možnost zorientovat se v problematice vykazování úkonů zdravotní péče vůči zdravotním pojišťovnám a administrativě s tím spojenou.

V teoretické části byla popsána základní problematika a vymezení procesu stárnutí a stáří. Byl zde nastíněn legislativní rámec vymezující způsob poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory a popsána problematika spojená s administrativní náročností vedení ošetřovatelské zdravotní dokumentace. Zároveň byl v teoretické části zmíněn také způsob poskytování péče o seniory v minulosti a dnes.

Průzkumem, který byl prováděn formou dotazníkového šetření byla zjišťována spokojenost klientů služby se způsobem poskytování zdravotní péče, a spokojenost s přístupem a péčí lékaře i zdravotnického personálu. Druhá část dotazníkového průzkumu byla zaměřena na zjištění spokojenosti zdravotnických pracovníků se způsobem jakým poskytují zdravotní péči, spokojenost ve smyslu spolupráce s lékařem, a zároveň zde byl prostor pro zdravotnický personál k vyjádření spokojenosti s limity zdravotní péče danými Zvláštní smlouvou uzavíranou se zdravotními pojišťovnami.

Vzhledem k výsledkům provedených průzkumů je zřejmé, že současná situace způsobu poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory je výrazně limitována pravidly nastavenými zdravotními pojišťovnami a vyhláškou č. 85/2006 o zdravotnické dokumentaci, která vymezuje administrativní náročnost vedení záznamů o poskytnuté péči.

Svůj prostor k vyjádření dostali také lékaři praktikující ve vybraných zařízeních, jejichž názor na celkovou problematiku a informace o vlastní vytíženosti vysvětlují jejich způsob a četnost pobývání v daném zařízení a praktikování zdravotní péče.

I přes již zmíněné limity bylo průzkumem také zjištěno, že zdravotní péče je klientům poskytována v plném rozsahu tak, jak vyžaduje jejich zdravotní stav, a zdravotním pojišťovnám jsou pak účtovány pouze výkony, které se „vejdou“ do stanovených limitů.

Zároveň se při péči o seniory setkáváme se skutečností, kterou potvrdily také výsledky průzkumu. Více než péči lékaře a zdravotnického personálu potřebují senioři mnohdy

prostý lidský kontakt. Mít si s kým popovídat, s kým trávit čas, který jinak tráví sami s pocitem nepotřebnosti, zbytečnosti a osamocení. Tuto situaci by v pobytových zařízeních mohli částečně řešit dobrovolníci, kteří by trávili čas rozhovory a aktivizací seniorů, nebo vyšší počet aktivizačních pracovníků zaměstnaných v zařízení, a zabývajících se výhradně kontaktem s klientem, naplňováním osobních cílů a přání.

Jelikož starých lidí přibývá, a v pobytových zařízeních sociální péče jsou umísťováni klienti se stále výraznějšími zdravotními problémy, je způsob poskytování zdravotní péče velmi diskutovaným problémem a stále nemá konečnou podobu. Způsob poskytování zdravotní péče jako takové je vnímán velmi pozitivně, avšak systém vykazování a účtování výkonů zdravotní péče je třeba dořešit a ustálit tak, aby přinášel pozitivní výsledky všem zúčastněným. Současnou podobu tohoto systému nelze tedy považovat za konečnou a je třeba udržovat tuto problematiku v popředí zájmu široké veřejnosti.

Je však třeba mít stále na paměti skutečnost, že v popředí veškerého dění je každý konkrétní člověk se svými potřebami. Pracovníci v těchto zařízeních by neměli v důsledku administrativní náročnosti a limitů péče stanovených rozsahem péče ordinovaným na poukazech ORP, zapomínat na přímý výkon péče a potřeby každého konkrétního jedince. Zaměstnanci v pomáhajících profesích by zde stále měli být pro člověka jako takového, a ne pro stohy papírů.

5 Seznam použitých zdrojů

1) HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří.* 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9

2) HERMANOVÁ a kol., 2008. *Aktuální kapitoly z péče o senior*y. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-475-7

3) KALVACH, Zdeněk a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2490-4

4) DLABALOVÁ, Irena, KLEVETOVÁ, Dana, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.

5) KREBS, Vojtěch a kol, 2007. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI. ISBN 978-80-7357-276-1

6) KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci.* 1. vyd., Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0179-0.

7) MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3148-3

8) SCHMIDT, Hans-Dieter, 1978. *Obecná vývojová psychologie.* 1. vyd. Praha: Academia. ISBN 509-21-857.

9) NEUWIRTH, Jiří, TOPINKOVÁ, Eva, 1995. *Geriatrie pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-099-6

10) VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří.* 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

6 Seznam příloh

1) Příloha č. 1 – Dotazník (záznamový arch) spokojenosti klientů služby (str. 28)

2) Příloha č. 2 – Dotazník (záznamový arch) spokojenosti zdravotníků (str. 29)

3) Příloha č. 3 – Formulář poukazu ORP (str. 24)

Příloha č. 1 – Dotazník určený klientům pobytových zařízení

Vážený respondente, veškeré informace získané prostřednictvím tohoto dotazníku jsou anonymní, a budou využity pouze pro zpracování mé bakalářské práce.
Velmi Vám děkuji za Vaši spolupráci i za Váš čas.

Markéta Mazánková
studentka TUL

Své odpovědi označte prosím zaškrtnutím příslušné odpovědi.

Jste: ☐ žena ☐ muž

Do jaké věkové kategorie patříte?

- ☐ 65 – 74 let
- ☐ 75 – 84 let
- ☐ 85 let a více

Jaký stupeň závislosti na péči Vám byl přiznán?

- ☐ I. stupeň
- ☐ II. stupeň
- ☐ III. stupeň
- ☐ IV. stupeň
- ☐ žádný

1. Jak často potřebujete péči lékaře?

- ☐ 1 – 2 x za měsíc
- ☐ 1 – 2 dny v týdnu
- ☐ 3 – 4 dny v týdnu
- ☐ častěji
- ☐ méně často

2. Jak často je přítomen lékař v zařízení?

- ☐ 1 – 2 dny v týdnu
- ☐ 3 – 4 dny v týdnu
- ☐ 5 dní v týdnu
- ☐ denně včetně sobot a nedělí

3. Navštíví Vás lékař vždy, kdy o to požádáte?

☐ ANO ☐ NE

4. Chodí lékař na pravidelné návštěvy za všemi klienty?

☐ ANO ☐ NE ☐ NENÍ MI ZNÁMO

5. Považujete přítomnost lékaře v zařízení za dostačující?

☐ ANO ☐ NE

6. Jste spokojen/a s péčí lékaře, která je Vám poskytována?

☐ ANO ☐ NE ☐ NENÍ MI ZNÁMO

7. Jsou v zařízeni přítomny zdravotní sestry, které poskytují zdravotní péči nepřetržitě?

☐ ANO ☐ NE

8. Pokud není zdravotní sestra přítomna v noci, vadí vám tato skutečnost?

☐ ANO ☐ NE

9. Jak často potřebujete péči zdravotní sestry?

☐ 1 – 2 dny v týdnu
☐ 3 – 4 dny v týdnu
☐ 5 dní v týdnu
☐ denně včetně sobot a nedělí

10. Jste spokojen/a s péčí zdravotních sester, která je Vám poskytována?

☐ ANO ☐ NE

11. Uvědomujete si rozdíl péče, kterou vám poskytují zdravotní sestry a péči kterou poskytují pracovnice přímé péče – ošetřovatelky, pečovatelky?

☐ ANO ☐ NE

12. Vyhovuje vám rozdělení péče na úkony zdravotnické, poskytované zdravotními sestrami, a úkony přímé obslužné péče, poskytované pečovatelkami?

☐ ANO ☐ NE ☐ NEUVĚDOMUJI SI ROZDÍL

13. Pokud můžete porovnat zdravotní péči v letech 2008 a 2009 považujete ji za:

☐ STEJNOU ☐ 2008 LEPŠÍ ☐ 2009 LEPŠÍ

14. Uvítal/a byste změnu v systému poskytování zdravotní péče ve vašem zařízení?

☐ ANO ☐ NE

Veškeré získané informace jsou anonymní a slouží pouze ke studijním účelům. Dotazník proto **NEPODEPISUJTE.**

VELMI VÁM DĚKUJI ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU A ZA VÁŠ ČAS.

Příloha č. 2 – Dotazník určený zdravotnickému personálu

Vážený respondente, veškeré informace získané prostřednictvím tohoto dotazníku jsou anonymní, a budou využity pouze pro zpracování mé bakalářské práce.
Velmi Vám děkuji za Vaši spolupráci i za Váš čas.

Markéta Mazánková
studentka TUL

Své odpovědi označte prosím zaškrtnutím příslušné odpovědi.

Jste: ☐ žena ☐ muž

Jak dloho jste zaměstnána v zařízení?

- ☐ méně než 1 rok
- ☐ 1 – 5 let
- ☐ více než 5 let

1. Jak často je přítomen lékař v zařízení?

- ☐ 1 – 2 dny v týdnu
- ☐ 3 – 4 dny v týdnu
- ☐ 5 dní v týdnu
- ☐ denně včetně sobot a nedělí

2. Jak často kontaktujete lékaře a žádáte o ordinaci mimo ordinační hodiny?

- ☐ 1 – 2 x za měsíc
- ☐ 1 – 2 x týdně
- ☐ 3 – 4 x týdně
- ☐ častěji
- ☐ méně často

3. Navštíví lékař zařízení vždy, kdy o to požádáte?

☐ ANO ☐ NE

4. Chodí lékař na pravidelné návštěvy za všemi klienty?

☐ ANO ☐ NE ☐ NENÍ MI ZNÁMO

5. Stává se ve vašem zařízení, že lékař ordinuje tzv. “od stolu”, aniž by viděl klienta?

☐ ANO ☐ NE ☐ OBČAS

6. Je ve vašem zařízení zdravotní sestra lékařovou pravou rukou, supluje občas péči lékaře, a během vizity stačí lékaři pouze její názor a informace, aby tzv. "od stolu" stanovil diagnózu a provedl ordinaci?

☐ ANO ☐ NE

7. Pokud se takto děje, považujete toto počínání za správné?

☐ ANO ☐ NE

8. Považujete přítomnost lékaře a jeho působení v zařízení za dostačující?

☐ ANO ☐ NE

9. Jste spokojen/a s péčí lékaře, která je ve Vašem zařízení poskytována?

☐ ANO ☐ NE

10. Jsou ve Vašem zařízeni přítomny zdravotní sestry nepřetržitě?

☐ ANO ☐ NE

11. Pokud není ve vašem zařízení přítomna zdravotní sestra v noci, považujete to za správné?

☐ ANO ☐ NE

12. Vyhovuje vám nastavení a rozdělení péče na úkony poskytované pouze zdravotními sestrami, a na úkony které poskytují pouze pracovnice přímé obslužné péče?

☐ ANO ☐ NE

13. Způsobuje toto rozdělení úkonů rivalitu mezi jednotlivými zaměstnanci?

☐ ANO ☐ NE

14. Provádíte občas úkony patřící do kompetence pečovatelek, a vypomáhají naopak pečovatelky občas se zdravotnickými úkony vám?

☐ ANO ☐ NE

15. Pokud porovnáte zdr. péči v letech 2008 a 2009 považujete ji za:

☐ STEJNOU ☐ 2008 LEPŠÍ ☐ 2009 LEPŠÍ

16. Jste spokojena s limity poskytované zdravotní péče nastavenými zdravotními pojišťovnami?

☐ ANO ☐ NE

17. Vyhovuje vám provádění úkonů zdravotní péče a následné vykazování na zdravotní pojišťovny, tak jak je ve vašem zařízení nastaveno?

☐ ANO ☐ NE

18. Považujete administrativu spojenou s vykazováním zdravotní péče za nezbytnou?

☐ ANO ☐ NE

19. Zvládáte veškerou požadovanou administrativu související s poskytováním zdravotní péče a jejím následným vykázáním?

☐ ANO ☐ NE

20. Obtěžuje vás administrativa spojená s vykazováním zdravotní péče a ubírá vám čas, který byste jinak mohl/a věnovat přímé péči o klienta?

☐ ANO ☐ NE

21. Provádíte zdravotní péči u klientů i mimo předepsaný rozsah poukazu ORP?

☐ ANO ☐ NE

22. Považujete počet zdravotních sester pracujících ve Vašem zařízení za dostačující?

☐ ANO ☐ NE

23. Uvítal/a byste změnu v systému poskytování zdravotní péče ve vašem zařízení?

☐ ANO ☐ NE

Veškeré získané informace jsou anonymní a slouží pouze ke studijním účelům. Dotazník proto **NEPODEPISUJTE.**

VELMI VÁM DĚKUJI ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU A ZA VÁŠ ČAS.

Příloha č. 3 – Poukaz vyšetření/ošetření ORP

Kód pojišťovny	požadujte díl A	IČP	Datum	Pořadové číslo poukazu nepřerušené ORP:
		Odbornost		Platnost do:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ ORP

Pacient			
Č. pojištěnce		Základní diagnóza	
Variabilní symbol		Ost. dg.	
		Kód náhrady	

razítko a podpis požadujícího

Mobilita pacienta ☐ plná ☐ omezená ☐ zcela imobilní

Smyslové omezení: .....

Přiznaný stupeň závislosti na pomoci jiných osob:

☐ I. ☐ II. ☐ III. ☐ IV.

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu

☐ plná ☐ omezená ☐ žádná

Údaje o současné medikaci, způsobu její aplikace, včetně aplikace inzulinu: .....

Způsob podávání stravy / výživy: .....

Další informace: .....

Cíl předepsané ORP, kterého má být dosaženo: .....

Požadováno: (Pro úhradu požadované péče pojišťovnou je nezbytná jednoznačná specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni, frekvence v týdnu a délky trvání)

		22:00 až 06:00	so, ne
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

VZP-06orp/2009