

Katedra řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích
Fakulta humanitních studií
Univerzity Karlovy

KVALITA PÉČE O SENIORY

ŘÍZENÍ KVALITY DLOUHODOBÉ PÉČE V ČR

**Ondřej Mátl
Milena Jabůrková**

GALÉN

...vzděláva-
...Evropské-
...nositelem je

mapované časoposledních deset let roku 2006.

rtů, která pro-
duje překoná-
ger, 1999), do-
arů a dále pak
rtů tvořilo 11
sh služeb. Vý-
ho zaměření,
hlediska pří-
státní, obecní
ní kvality jak
poskytovatelů
poradenskou
a v listopadu

ovaného do-
bylo poskyt-
ní při řízení
práci při dis-
poskytovate-
ním kontaktu
nich adresáty
povědi byly
je možné
2007.

výzkumu,
sh rozhovo-
nalý vzorek

... a kontak-
Fides Populi
... , což bylo

případů, bylo poskytnout hlubší náhled na zkoumanou oblast a analyzovat jevy, které nejsou na první pohled patrné. Je však třeba současně zdůraznit, že tato metoda má také své limity, zejména ve vazbě na možnosti vyvozování obecných závěrů (Robson, 2002). Celkem bylo realizováno 18 případových studií; rozhodujícím kritériem výběru jednotek zkoumání (poskytovatelů) bylo naplnění podmínky systematického přístupu k řízení kvality a poskytování dlouhodobé péče seniorům. Polostrukturované hloubkové rozhovory byly realizovány v místě poskytování služby, zahrnovaly rozhovor s vedoucím pracovníkem, pracovníkem přímé péče a v neposlední řadě s uživatelem. Celkem se na této práci účastnilo 52 tazatelů pracujících ve skupinách; případové studie byly realizovány od října 2005 do prosince 2006.

1.4. Výsledky a zjištění výzkumu

1.4.1. Politika kvality péče o staré lidi

Předtím, než se začneme zabývat výsledky našeho výzkumu, považujeme za nezbytné krátce popsat národní politiku podpory kvality péče o staré lidi v České republice. Tato politika je více než nejednoznačná. Přestože se Česká republika jako člen Evropské unie účastní procesu otevřené metody koordinace pokrývající také oblast kvality společné dlouhodobé péče, je třeba zdůraznit, že v současné době je politika v oblasti sociální péče totálně oddělená od politiky zdravotní péče.

Politika kvality ve zdravotní péči je do značné míry založena na bázi dobrovolnosti. Národní politika je určována pracovní skupinou Ministerstva zdravotnictví ke kvalitě ve zdravotnictví, která se věnuje standardizaci lékařských postupů, programům jakosti, klinické klasifikaci a dostupnosti péče na regionální úrovni. Významnou úlohu při tvorbě politiky v této oblasti hrají medicínské a profesní organizace. Nicméně je třeba akcentovat, že v národní politice kvality zdravotní péče není uplatňován žádný ucelený mechanismus, který by zahrnul široké spektrum poskytovatelů péče do vlastní tvorby politiky.

Z pohledu politiky kvality je situace v sektoru sociální péče odlišná; tato oblast se řídí právním rámcem tvořeným novým zákonem o sociálních službách. Namotná legislativa však překvapivě nedefinuje ani nepopisuje, co se kvalitní službou rozumí. Nepřímou může být význam tohoto pojmu odvozen z jednotlivých

vých paragrafů zákona a z důvodové zprávy. Kvalitní službou se tak rozumí taková péče, která umožňuje uživateli žít normální život (inkluzivnost služeb), reaguje na jeho/její potřeby (služby jsou šité na míru) a chrání jeho/její práva a zájmy (bezpečnost služeb). Nástroje, které právní rámec zavádí s cílem zajistit kvalitu služeb, jsou registrace poskytovatelů (každý poskytovatel se musí registrovat, aby mohl poskytovat služby, registraci je možné odebrat, pokud nejsou naplňovány Standardy kvality sociálních služeb), inspekce a kvalifikační předpoklady a požadavky na vzdělávání pracovníků. Řada z těchto nástrojů (zejména pak Standardy kvality sociálních služeb) vznikla díky široké spolupráci Ministerstva práce a sociálních věcí s mnoha zainteresovanými partnery z praxe na základě konzultačního procesu a současně byla testována u jednotlivých poskytovatelů již od konce 90. let 20. století. Skutečnost, že tyto nástroje byly vytvořeny ze zdola, umožnila jejich přežití a kontinuální uplatňování i v době politických změn, kdy byl proces národní politiky kvality doslova zmrazen. V té době to byly kraje a samotní poskytovatelé služeb, kteří pokračovali se zaváděním standardů do praxe a dobrovolně tak uplatňovali národní politiku kvality v segmentu sociální péče.

1.4.2. Opory a překážky zavádění, řízení a zvyšování politiky kvality

Tato část se zaměřuje na hlavní výzkumnou otázku a podává informace o nejdůležitějších zjištěních z našeho výzkumu. Hlavní opory a překážky zavádění, řízení a zvyšování politiky kvality jsou popisovány v jednotlivých fázích cyklu kontinuálního zlepšování kvality.

Společné porozumění kvalitě

Prvním krokem cyklu kvality je dosažení společného porozumění konceptu kvality mezi různými zainteresovanými stranami. V České republice byly debaty o kvalitě péče vždy velmi živé, neboť porozumění a pojetí kvality se mezi jednotlivými aktéry výrazně liší. V literatuře je možné nalézt mnoho definic kvality péče, jako například „kvalita znamená efektivní využívání zdrojů, schopnost reagovat na individuální potřeby, úspěšnost při sociálním začleňování a při získávání autonomie a nezávislosti“ (Pogodová, 2006) nebo „naplnění požadavků a očekávání zákazníka za přijatelnou cenu“ (Moullin, 2002, s. 7). Nicméně žádnou definici není možné považovat za všeobecně uznávanou, konsensuální a odsouhlasenou. Definice často obsahují následující kategorie: spokojenost kli-

enta, reakce na potřeby uživatele, vysoká odborná úroveň péče, cenová přiměřenost, odpovídající prostředí, bezpečí, kontinuita péče a dostupnost. Výzkum ukázal, že přestože existuje řada různých definic kvality dlouhodobé péče, jejich společným znakem je odkaz na koncept kvality života seniorů. Nicméně přestože je tématu kvality života věnováno mnoho literatury (např. Kalvach a kol., 2004; Kopecská, 2002; Vohralíková; Rabušic, 2004), také v případě tohoto pojmu neexistuje konsensus, co kvalita života znamená v praxi.

Důvodem různého vnímání těchto pojmů může být nízké porozumění základním normám a výchozím hodnotám. Dominantní normy a hodnoty jsou definovány v teoriích, jako je teorie normalizace, teorie participace či teorie prevence, o které se opírá poskytování sociálních služeb. Zatímco tyto koncepty může považovat za vlastní společnost jako celek, nemusí je již sdílet všichni její jednotlivci. Jak uvádí Sainsbury (1989, s. 76) například ochrana soukromí je společně vnímanou hodnotou. Tuto hodnotu je v praxi obtížné zajistit ve více-lůžkových pokojích, ty by tak v obecné rovině měly být v residenčních službách zcela výjimečné. S takovýmto pojetím soukromí v domovech však nemusí souhlasit určité malé provázané komunity, jako třeba řádové sestry. Pojetí kvality služeb je tak odvislé od historických zkušeností, vnímaných potřeb a rizik, politické orientace, profesních názorů konkrétních účastníků procesu řízení kvality. Moullin (2002, s. 32) definuje tyto překážky spojené se zaváděním standardů kvality sociálních služeb jako mezery v kvalitě (quality gaps). Jejich překonávání je přítom klíčové, neboť zavádění standardů kvality předpokládá nový způsob práce s klienty, který spočívá především ve změně přístupu ke klientům a osvojení si nových hodnot (Musil a kol., 2007). Výsledky analýzy dostupné literatury, stejně tak jako závěry panelu expertů nejen potvrdily tyto teze, ale současně ukázaly, že v České republice je situace ještě více komplexní. Je tomu tak proto, že mezi profesionály pomáhajících profesí neexistuje shoda na teoretických východiscích kvality péče o seniory. Pojmy jako prevence, integrace, normalizace, inkluze a participace jsou pouze neurčité pojmy, které jsou různě interpretovány, což jejich praktické využití výrazně znesnadňuje (Valentová, 2003; Karaffová, 2004).

Společné poslání a cíl řízení kvality

Druhým krokem cyklu kvality je definování společného poslání a cíle řízení a kontroly kvality. V tomto kroku se mezery ve kvalitě dále prohlubují, pokud nedojde ke společnému vyjasnění cílů řízení kvality. V tomto kontextu Constantzi (Evers a kol., 1997, s. 245) poukazuje na skutečnost, že schopnost starých

lidí s velkou závislostí na péči prosazovat své zájmy a hájit svá práva je spíše omezená. Vedle faktu, že ne všichni zainteresovaní partneři jsou schopni vyjádřit jednoznačně své cíle, je třeba počítat se skutečností, že v sociálních službách se navíc vyskytuje značná informační asymetrie (O'Neill and Largey, 1998; s. 34). To se potvrdilo v našem výzkumu, který prokázal, že kvalita je vnímána odlišně různými zainteresovanými stranami (uživatelé, pracovníci, manažeři, zřizovatelé apod.). Profesionálové často přebírají iniciativu a definují kvalitu namísto klientů. Případové studie a panel expertů také poukázal na to, že uživatelé často nevědí, co mohou očekávat nebo nejsou schopni své požadavky vyjádřit. Navíc pro stávající generaci seniorů je kvalita primárně spojena s cenou jako jejím nejdůležitějším atributem.

I v případě, že různí aktéři sdílí společnou definici a samotný cíl řízení kvality, názory na způsoby, jak tohoto cíle dosáhnout, se mohou velmi lišit. Lidé, kteří o kvalitě rozhodují, mají různé životní zkušenosti, jiné odborné kompetence, názory a také často odlišné priority. Výzkum v této souvislosti poukázal na rozdílné přístupy ke kvalitě z pohledu pracovníků sociální péče a z pohledu zdravotnického personálu. Z těchto důvodů je zapotřebí velkého množství vyjednávání a kompromisů při definování cílů řízení kvality i při stanovování vlastních nástrojů. Překážkou úspěšného zavádění systémů kvality služeb je také často nerespektování potřeby postupného přijímání procesu změny všemi partnery, od uživatelů a jejich rodin počínaje, přes pracovníky přímé péče, vedoucí pracovníky, až po zástupce zřizovatele. Na problémy spojené s direktivním přístupem k zavádění formalizovaných systémů řízení kvality ze strany zřizovatelů upozorňuje ve svém výzkumu také Musil a kol. (2007).

Definování standardů kvality⁸

Dalším krokem procesu řízení kvality je definice, projednávání, testování a nastavení měřítek – standardů kvality. Do nedávné doby se kvalita péče o seniory řídila pouze na základě naplnění technických požadavků typu požárních před-

⁸ Evers (1997, str. 10) uvádí, že standardy kvality mohou být definovány na úrovni jednotlivých poskytovatelů či uživatelů služeb nebo mohou být stanoveny profesními organizacemi či asociacemi reprezentujícími poskytovatele, uživatele či pečovatele nebo v neposlední řadě mohou být definovány a vyžadovány institucemi veřejné správy (často označované jako inspekční standardy). Pollitt (Evers a kol., 1997, s. 26) navrhuje odlišné třídění standardů kvality podle toho, z jaké oblasti pochází. Na jedné straně rozeznává profesní standardy vzešlé z oboru sociální práce, na druhé straně pak standardy kvality původně určené pro komerční podnikatelské prostředí. Právě druhá kategorie se na konci 90. let 20. století stala velmi populární a evropská diskuse o kvalitě sociálních služeb byla zaplavena systémy řízení kvality, jako je ISO, EFQM, komplexní řízení kvality či obchodní re-inženýring (tamtéž, s. 1)

pisů, hygienických norem či účetních pravidel a postupů. V zásadě tak neexistovaly žádné kontroly týkající se faktického procesu poskytování péče a jeho personálních a provozních aspektů. (Hrdá, 2005; Misconiová, 1997; Štegmanová, 2006). Jak bylo uvedeno výše, pouze v posledním desetiletí se začaly objevovat iniciativy a programy v oblasti řízení kvality a různé typy standardů, pokrývající oblast péče o seniory začaly být uplatňovány a formalizovány.

Naše dotazníkové šetření, panel expertů i případové studie ukázaly, že přístupy a nástroje používané poskytovateli péče při řízení kvality mohou nabývat různých podob. Všechny výzkumné metody však potvrdily, že hlavním nástrojem řízení kvality používaným většinou poskytovatelů při jejich praktické činnosti jsou Standardy kvality sociálních služeb publikované Ministerstvem práce a sociálních věcí. Vedle této sady standardů se používají také ošetrovatelské standardy a různé standardy zdravotní péče. Pouze okrajově, pod vlivem rozšiřování tržních mechanismů do sociální oblasti, jsou používány také komerční systémy, jako ISO, CAF, TQM/EFQM nebo benchmarking. Tyto systémy, ve srovnání se standardy kvality definovanými specificky pro oblast péče, představují při implementaci pro poskytovatele dodatečnou výzvu, neboť nejsou vždy plně kompatibilní s kulturou a prostředím veřejných služeb. Jak argumentuje Evers (1997, s. 13) péče o seniory jako forma osobní interakce se totiž liší od tradičních spotřebitelsko-dodavatelských vztahů tím, že částečně patří do oblasti označované jako sociální ekonomika, kde veřejný zájem a obavy uživatelů jsou stejně důležité jako preference spotřebitelů. Veřejné služby jako veřejné statky jsou spotřebovávány 'uno actu' a operují na základě jiných principů než výhradně tržní produkty.

Jedním z problémů při definování konkrétních měřítek je, že standardy kvality jsou zpravidla všeobecně definovaná měřítka. Jak argumentuje Sainsbury (1989), bývají proto předmětem nejšířší interpretace. Standardy jsou často vyjádřeny způsobem, který může být považován za neurčitý nebo dokonce vágní. Sainsbury (1989, s. 105) popisuje, že standardy často obsahují pojmy jako, 'přiměřený' nebo 'adekvátní situací' a vyžadují tak množství dalších definic, manuálů a prováděcích předpisů. Skutečností zůstává, že různorodost situací, vyskytujících se v péči o seniory, je nekonečná a nemůže být popsána do nejmenšího detailu a standardy kvality tak vždy budou poskytovat velkou míru diskrece. Standardy kvality sociálních služeb jsou také jednotnými měřítky a jako takové proto nezohledňují konkrétní situaci jednotlivých poskytovatelů a uživatelů, jejich jedinečnou historii a specifické potřeby. Podle analýzy dostupné literatury

je míra všeobecnosti těchto standardů jedním z nejvíce diskutovaných témat. Nicméně případové studie, stejně tak jako realizovaná dotazníková šetření, poukazují na to, že obecnost standardů není pro poskytovatele tím nejdůležitějším fenoménem, který by v praxi způsoboval zásadní problémy. Jak také poukázaly jiné výzkumy, poskytovatelé služeb do značné míry považují Standardy kvality sociálních služeb za užitečné a aplikovatelné (41,4 % poskytovatelů podle Čáslavy, 2003). Pouze 1 % poskytovatelů se domnívá, že jsou tyto Standardy nadbytečné (Michalík, 2004).

Také zaměření měřítek – standardů kvality – se může velmi lišit a nemusí vždy pokrývat všechny významné oblasti. V praxi se pojetí standardů v Evropě značně odlišuje. Například Německo podle Kleinové (Evers a kol., 1997, s. 142) uplatňuje opatrovnícký inspekční model standardizace kvality, založený na technických standardech typu požadavků na infrastrukturu, hygienu či ukládání léků, zatímco v Anglii je využíván hodnotově orientovaný systém vztahující se k procesům důležitým pro uživatele služeb, jako je zajištění jejich nezávislosti, soukromí, důstojnosti, volby apod. Pro český kontext výstupy z našeho panelu expertů potvrzují, že Standardy kvality sociálních služeb formulují hodnoty, které dříve nebyly vnímány jako důležitá součást dlouhodobé péče. Protože jsou zaměřeny na uživatele, jeho nezávislost a práva, definují bazální východiska a dobrou praxi v sociálních službách. Z těchto důvodů se mohou stát významným nástrojem také pro ovlivnění kultury péče o seniory. Nicméně jak argumentuje Wade (1999, s. 342) může jednostranné zaměření na některé oblasti představovat riziko zanedbávání řízení kvality v jiných oblastech poskytování péče, což podle výsledků našeho výzkumu může být také situace v České republice.

Zavádění standardů kvality

Pravděpodobně nejdůležitější částí cyklu kvality je zavádění standardů kvality. Dotazníkové šetření ukázalo, že zavádění kvality nejvíce podporují „měkká“ opatření, jako jsou investice do vzdělávání personálu (86 % respondentů), výměna zkušeností s poskytovateli podobných služeb (80 % respondentů), společná týmová práce (74 % respondentů) a psané metodiky (66 % respondentů).

Zajímavé zjištění se týká zpracovávání psaných materiálů, pravidel, metodik jako součásti procesu zavádění kvality. Případové studie a panel expertů potvrdily, že tyto písemné dokumenty dodávají pracovníkům sebedůvěru a pomáhají

jim při zaškolování nových zaměstnanců. Na druhou stranu nejčastěji zmiňovanou překážkou zavádění kvality je administrativní náročnost systémů kvality (57 % respondentů). Právě potřeba zpracovávání psaných materiálů je poskytovateli často kritizována.

Kromě toho byly jako překážky v zavádění standardů kvality zmíněny nedostatky dovedností a znalostí poskytovatelů služeb, jejich váhavost a někdy až rituální dodržování standardů. Na tento jev poukazuje také Ashworth (2000, s. 196), který takové chování řadí mezi způsoby podkopávání regulace s cílem zachovat autonomii organizací, ve kterých pracují silné profesní skupiny lidí, jako jsou zdravotní a sociální pracovníci. Případové studie také ukázaly, že nejen poskytovatelé služeb, ale také uživatelé někdy váhají se zaváděním standardů, protože v měnícím se prostředí přinášejí nejistotu.

Dalším významným problémem, který vyplynul z případových studií, je očekávání okamžitých výsledků v zavádění kvality. S tím je spojena netrpělivost a délkou úsilí i dalšími výdaji na zavádění standardů. Snaha zvyšovat kvalitu v dlouhodobé péči je totiž úkolem dlouhodobým; nepřináší výsledky v krátkém časovém horizontu, které by byly ihned viditelné.

Zajímavé poznatky jsme získali porovnáním výsledků výzkumu s dalšími studiemi, které se zabývaly podobným tématem. Podobně s našimi zjištěními byly jako překážky v zavádění kvality označeny nedostatek informací, psaných materiálů a porozumění nové legislativě (Vinklerová; Justin, 2006). Závěry šetření Asociace poskytovatelů rezidenční péče (Čáslava, 2003), které bylo provedeno před 3 lety, ukázaly, že hlavní překážkou zavádění kvality jsou zvýšené náklady a nedostatek finančních zdrojů (86,4 % v porovnání s 78 % v našem výzkumu. Za vážný problém byla také označena objektivita (79,7 % v roce 2003 k našim 30 %), stejně jako odpor personálu (76,3 % ve srovnání s 30 % v našem šetření). Tato srovnání nás vedou k závěru, že během časového období, ve kterém se zkoumání prováděla, se řízení kvality stalo součástí kultury poskytování služeb a její hodnocení je vnímáno jako objektivnější.

Poslední, avšak velmi závažnou překážkou zavádění kvality v sociálních a zdravotních službách pro seniory, která vyplynula z dotazníkového šetření a závěrů expertního panelu, je neexistence ucelené státní politiky řízení kvality v této oblasti. Úsilí poskytovatelů je tak mařeno silným resortismem. Ministerstva navíc znají pouze „tvrdá“ opatření k zavádění kvality, jakými jsou legislativ-

ně zakotvené povinnosti. Nejsou dostupné žádné „měkké“ metody – např. celostátní vzdělávací či informační kampaň, která by dala poskytovatelům rovné příležitosti seznámit se s vládní politikou v této oblasti. Neexistuje ani systém finanční podpory pro ty, kdo se rozhodnou kvalitu zavádět.

Měření / monitorování kvality

Dalším krokem cyklu kvality je měření a sledování, jak se daří standardy kvality zavádět. Tyto procesy jako takové vyžadují administrativní úkony navíc a případně zaměstnání externích hodnotitelů či poradců. Proces měření a sledování kvality znamená pro organizaci další výdaje. Během dotazníkového šetření 78 % respondentů potvrdilo, že tyto výdaje považují za významnou překážku.

Hodnocení kvality a inspekční procesy jsou také velmi závislé na dostupnosti a kvalitě odborníků, hodnotitelů, inspektorů. Statut a profesionalita inspektorů a dalších odborníků, kteří se hodnocením kvality zabývají, jsou předmětem mnohých diskusí v dostupné analyzované literatuře. Náš výzkum poukázal na nedostatek kvalifikačních předpokladů hodnotitelů, vzdělávacích metod a nástrojů, stejně tak jako na nedostatek výměny zkušeností profesionálů v této oblasti. Aby bylo možno sledování kvality efektivně využívat k jejímu zvyšování, poskytovatelé služeb musí být schopni také pracovat s reflexí své práce. Panel odborníků však upozornil na to, že právě práce s reflexí je velkým problémem, neboť kritika bývá často považována za osobní útok.

Také schopnost hodnocení a inspekci postihnout realitu může být omezena. Zatímco některé atributy poskytovaných služeb jsou statické (infrastruktura a životní prostředí), sociální služby zahrnují velké množství vstupů, které jsou proměnné. Případové studie ukázaly, že problémy s řízením kvality služby nemusí být dlouhodobé, personální otázky mohou být flexibilně měněny a vlastní poskytování služeb se během času může různit a může být výrazně ovlivněno inspekcemi.

Sledování kvality nezávisí pouze na dostupnosti schopných inspektorů a jejich dovednostech, je také ovlivněno fenoménem, který se nazývá regulační past (regulatory capture). Ashworth (2000, s. 197) v této souvislosti tvrdí, že formální rozdělení moci v regulatorním procesu může být ohroženo, pokud se regulátor přizpůsobí a přiblíží regulovanému. V těchto podmínkách je schopnost nezávislého rozhodování podkopána a hodnocení bývá zaujaté. To vysvětluje také

obavu zařízení, která se objevila v našem výzkumu, z možného neobjektivního přístupu ze strany inspektorů.

Identifikace nesouladu

Posledním krokem cyklu řízení kvality je proces označení nesouladu se standardy kvality a uznání dobré praxe. Je důležité také vzít v úvahu, že ani tehdy, je-li něco označeno za špatnou praxi, není vždy lehké přijmout potřebné změny. Kromě zanedbané infrastruktury může být další překážkou obecný nedostatek kvalifikovaného personálu, protože místa v oblasti zdravotní a sociální péče o seniory nejsou rozhodně na pracovním trhu příliš žádaná. Další překážkou striktnímu dodržování standardů může být i nedostatek alternativních služeb v situaci, kdy nefunguje na tomto trhu konkurence, jedná-li se o monopolního poskytovatele služeb či pokud na trhu dominuje několik poskytovatelů, kteří jsou schopni determinovat nabídku služeb (oligopolní situace).

Z toho jasně vyplývá, že regulační orgány nebudou mít příliš mnoho prostoru pro manévrování, pokud bude těžké nebo nemožné najít alternativní služby. Výsledky šetření a případových studií ukázaly, že v atmosféře finanční nejistoty, kdy není jisté, zda budou mít poskytovatelé dostatek prostředků, aby si zajistili holou existenci, je pro vedení a zaměstnance takových organizací téměř nemožné, aby se naplno oddali zavádění kvality v jejich zařízeních. Jeden z nejvýznamnějších problémů, který je z výzkumu patrný, spočívá v nedostatku služeb, které mohou poskytnout alternativu rezidenční péči, přestože se v posledních 15 letech postupně objevují.

Restrukturalizace služeb

Posledním krokem v cyklu řízení kvality je restrukturalizace služeb. Panel odborníků poukázal na významné změny, které se v Česku objevily v postojích pracovníků k uživatelům. Pracovníci také začínají považovat řízení kvality za nedílnou součást služby. Respondenti v případových studiích potvrdili, že se na poli řízení odehrály významné změny. Týkají se zejména většího zaměření na potřeby uživatele (zavedení individuálního plánování, dotazníky spokojenosti atd.), většího důrazu na vzdělávání pracovníků, vyjasnění jejich kompetencí a také zvyšování pohodlí uživatelů a rozšiřování výběru služeb. Pro respondenty však bylo obtížné identifikovat konkrétní změny v kvalitě poskytovaných služeb během rozhovorů v rámci případových studií. Je totiž těžké určit a představit si

vnitřní změny v organizaci, které ze zavádění kvality vyplynuly. Tyto změny pravděpodobně vyústí v profesionalizaci služeb, mohou však vést k oslabení altruismu, který je historicky jejich součástí.

V případě, že jako důsledek inspekčního procesu dojde ke změnám nebo dokonce k uzavření služeb, je vždy nesmírně důležité zvažovat dopad na uživatele. Zejména v případě pobytových služeb může odebrání registrace poskytovatelů služeb mít enormní dopad na kvalitu života uživatelů – residentů služby, protože ta pro ně představuje domov. Proto jsou vždy zvažovány zájmy uživatelů, koheze uživatelské komunity, jejich vztahy s pracovníky a dopady takového rozhodnutí včetně rizika zhoršení zdravotního stavu uživatelů. Také dopad na personál, zejména pracovníky s trvalým zaměstnaneckým poměrem, stejně tak jako dopad na veřejné orgány a riziko nespokojenosti potenciálních voličů jsou často brány v potaz.

Je také nezbytné zmínit, že zavádění standardů kvality služeb je kontinuální proces a jak argumentuje Pollitt (Flöser a kol., 1988, s. 339), kvalita sama musí být neustále přehodnocována. To vyvolává další tlak na statické systémy řízení kvality, které musí být neustále přizpůsobovány a měněny podle změn prostředí. V tomto kontextu je důležité zmínit, že zavádění systémů řízení kvality se neděje ve vakuu, a je tak ovlivňováno jinými politikami a trendy. To způsobuje další problémy na straně poskytovatelů péče a jejich řadových byrokratů.

1.5. Mezinárodní srovnání⁹

Je zajímavé se podívat také na to, jaké jsou podmínky, které podporují či brání zavádění a řízení kvality v jiných evropských zemích. Zejména se zaměřujeme na to, zda se tyto podmínky liší, či podobají těm, které jsme identifikovali v České republice v rámci našeho výzkumu.

Payne (2007, s. 17), který analyzuje anglický přístup k řízení kvality, tvrdí, že v Anglii je vnímán rozdíl mezi kvalitou života založený na životním stylu a zku-

⁹ V této části publikace čerpáme z externích zpráv realizovaných zahraničními experty v rámci našeho výzkumného projektu. Jejím cílem není podat vyčerpávající přehled o řízení kvality v zahraničí, ale popsat relevantní praktické zkušenosti profesionálů účastnících se tvorby politiky kvality v péči o seniory.

šenostech seniora a kvalitou péče odrážející standardy nabízených a poskytovatelských služeb. Oba termíny, kvalitu života i kvalitu péče, je obtížné definovat. Payne se dále zabývá praktickými překážkami řízení kvality, jejichž shrnutí je možnou kritikou anglického modelu. „Kritici říkají..., že systém je příliš složitý, příliš závislý na vnější inspekci, kterou poskytovatelé vnímají jako ohrožující a těžko využitelnou. Spíše než podporu zvýšení kvality inspekce vytváří atmosféru ‚my‘ a ‚vy‘. Cílem celého procesu je spíše složit inspekční zkoušku, než se zabývat základními problémy kvality. Každopádně inspekce se koná příliš zřídka na to, aby bylo možno dosáhnout více než povrchní hodnocení kvality dotčených služeb“ (2007, s. 16). Na druhé straně Payne tvrdí, že musíme počítat se skutečnostmi jako jsou zvyšující se poptávka po službách péče, měnící se potřeby seniorů (např. vzrůstající podíl seniorů s demencí) a historie zneužívání starších lidí doma i v rezidenčních službách. Právě tyto skutečnosti jsou podle Payna „pádým důvodem k regulaci prostřednictvím standardů a kvality“ (2007, s. 17).

Ve svém přehledu systémů řízení kvality pro seniory v Itálii Lorenz (2007) poukazuje na to, že „neexistuje obecně přijímaná definice kvality... V rámci decentralizované struktury poskytování sociálních služeb v Itálii mají regiony a provincie značnou samostatnost, ale jsou povinny rozvíjet nástroje ke kontrole kvality. Žádné obecně přijímané národní standardy kvality však neexistují“ (2007, p. 5). Lorenz dále naznačuje, že „převažují kritéria procesní a strukturální nad těmi, která se týkají výsledků služby. Ta jsou zastoupena jen minimálně“ (2007, s. 5). Zaměříme-li se na překážky v řízení kvality, Lorenz upozorňuje, že „administrativní zatížení, které je s certifikací spojeno, je značné, protože je vyžadována celá řada dokumentů a organizace mají potíže získat na tyto komplikované administrativní procedury zdroje“ Lorenz také shrnuje kritiku italského systému a poukazuje na jeho hlavní nedostatky: „nejzávažnější je nevyřešené napětí mezi státními a regionálními politiky týkající se míry centralizace a regionální samostatnosti, přemíra povinností vyplývajících ze zákonů a nařízení, nerozvinutá kultura práv spotřebitelů a tomu odpovídající fatalismus nepřekonatelnosti byrokratických překážek a také nevyvážený proces profesionalizace v různých sektorech zdravotní a sociální oblasti“ (2007, s. 9).

Podíváme-li se na situaci v Maďarsku, Kravalič (2007, s. 15) upozorňuje na odlišnou situaci bývalých evropských komunistických států od vyspělých demokratických zemí. Kravalič konstatuje, že „centralizovaná kontrola a tvorba politiky znamená, že služby a jejich kvalita jsou regulovány výhradně ‚ze shora‘ takový přístup, a regulace pouze strukturálními indikátory, vedl k minimalizaci

požadavků na kvalitu, proto v Maďarsku věnují jen malou pozornost skutečnému životu a profesionální práci v zařízeních“. Podle Kravalikové „zejména pro služby vzniklé za komunismu je velmi těžké přizpůsobit se a transformovat novým požadavkům na kvalitu. Největší překážkou změny však není personál, ale prostorové a provozní požadavky. Přeměna starých ústavů a přemístění domovů důchodců z izolovaných loveckých zámečků do zařízení, která by byla schopná se integrovat uvnitř i navenek do běžné společnosti, je opravdovým problémem“. Kravalik také poukazuje na odpor k očekávané změně a zdůrazňuje, že „mnoho z poskytovatelů je stále skeptických a mají obavy z řízení kvality; navíc se někteří státní úředníci obávají ztráty kontroly nad těmito zařízeními, což proces zavádění kvality neusnadňuje“ (2007, s. 15).

Woleková (2007) popisuje hlavní obtíže spojené se zaváděním systémů řízení kvality péče o seniory na Slovensku následujícím způsobem. „Zabezpečování kvality péče o seniory není v této chvíli na Slovensku aktuálním tématem ... Zabezpečování kvality sociálních a zdravotních služeb pro seniory v současnosti tvoří komplexní a jednotnou politiku..., ale je přímým obrazem stavu politiky jednotlivých rezortů. Průlom v oblasti kvality péče o seniory mohla učinit (navrhovaná) nová koncepce dlouhodobé péče, jejímž záměrem bylo odstranit rezortní přístupy k uspokojování potřeb lidí tam, kde se jejich služby vzájemně doplňují, a proto musí úzce spolupracovat. Vytvoření nového systému dlouhodobé péče dávalo naději udělat důkladnou revizi a hodnocení úrovně služeb, které poskytovala seniorům zařízení v sociálním i v zdravotnickém rezortu předtím, než by vstoupila do integrovaného systému služeb. Hektické období reformy akutních zdravotnických služeb na jedné straně a reformy důchodů na straně druhé nepřálo klidné diskusi, která byla pro prosazení tak zásadně jiného konceptu potřebná“ (2007, s. 20–21).

Vydeme-li ze zahraničních zkušeností, můžeme dojít k závěru, že základní podmínky umožňující, či bránící zavádění kvality jsou v mezinárodní perspektivě velmi podobné. Jevy jako jsou konflikt mezi preferencemi a názory, boj o prostředky, podceňování vzdělávání a motivace zaměstnanců a chybějící informační systém jsou velmi rozšířené. Post-komunistické státy se navíc musí potýkat s dalšími problémy. Nevýkonný aparát veřejné správy, extrémní resortismus, nízká podpora z nejvyšších míst a obecný nedostatek ucelené národní politiky v této oblasti činí situaci v oblasti řízení kvality péče o seniory ještě obtížnější.

1.6. Diskuse

Na základě výsledků našeho výzkumu a zkušeností ze zahraničí je možné tvrdit, že Lipského pohled na tvorbu politiky a jejího zavádění do praxe má svůj význam také pro analýzu postojů poskytovatelů služeb k řízení kvality v sektoru zdravotní a sociální péče o seniory. Rádi bychom v této souvislosti aplikovali Lipského názory a navrhli několik doporučení ke zlepšení řízení kvality péče v České republice.

Kvalita služeb bude vždy odpovídat úrovni znalostí řadových byrokratů a jejich postojům k moderním teoriím, hodnotám a normám, na nichž jsou založeny. Náš výzkum ukázal důležitost cíleného přístupu ke vzdělání a poradenství. V této souvislosti můžeme navrhnout jasná doporučení pro tvorbu politiky v této oblasti v České republice. Jako první krok by měly být upraveny webové stránky Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví tak, aby umožňovaly rozšiřovat dobrou praxi v tom, co je kvalitní služba. Dále by měly umožňovat e-learning a internetové poradenství v této oblasti. Stát se musí soustředit na to, aby všem poskytovatelům zajistil stejné příležitosti seznámit se s politikou kvality v sociálních a zdravotních službách pro seniory.

Poskytovatelé služeb a jejich řadoví byrokraté mají velkou schopnost odolávat jakékoliv kontrole či tlaku, který přichází shora. Spíše než implementovat národní politiky v oblasti kvality péče silou prostřednictvím zákona je vhodnější motivovat poskytovatele služeb, aby se zapojovali do procesu řízení kvality. V takovém systému mohou být jejich postoje ovlivňovány také finančními podněty. Je velmi důležité, aby evropské strukturální fondy byly využity k systematické podpoře kvality a ne pouze na krytí provozních výdajů spojených s poskytováním služeb.

Náš výzkum také ukázal, že kvalita má společenský a dlouhodobý kontext. Je motivována informacemi, které mají uživatelé a jejich rodiny k dispozici i jejich očekáváními. Lze tvrdit, že bez relevantních informací uživatelé nebudou nikdy schopni prosazovat koncepty kvality v praxi. V tomto kontextu Lipský zdůrazňuje, že kvalita řadové praxe se změní pouze „pokud vzniknou fungující spojení, která budou uznávat jednak zapojení uživatelů do poskytování služeb a jednak potřeby zařízení, kde se rozhoduje o osudu inovace“ (1980, s. 210–211).

Proto navrhujeme, aby byla zahájena informační kampaň, zaměřená na uživatele a jejich aktivní zapojení a spolupráci při poskytování služeb.

Jsme přesvědčeni, že bez zásadní reformy struktury a obsahu národní politiky a její tvorby není možné dosáhnout očekávaných výsledků v implementaci politiky kvality zdravotní a sociální péče o seniory do praxe. Je nezbytné překonat propast mezi postoji k tvorbě těchto politik ze strany Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví. Oba resorty musí v této oblasti vytvářet společně a založit je na partnerství s řadovými byrokraty. Je jasné, že péče, kterou senioři potřebují, se skládá jak ze sociálních, tak ze zdravotních atributů. Řadoví byrokraté si to již uvědomují, nyní nastal čas, aby ke stejnému závěru došli i vysokí státní úředníci.

1.7. Závěry

Výzkum aplikuje teorii řadové byrokracie do podmínek řízení kvality péče o seniory a mapuje do jaké míry jsou národní politiky v oblasti kvality zdravotní a sociální péče uplatňovány poskytovateli služeb. Při definování řadové byrokracie Lipsky (1980) poukazuje na důležitost odborníků v terénu, kteří hrají hlavní roli v zavádění politik do praxe, a to zejména pokud jsou tyto politiky nejednoznačné a nejsou podřízeny dostatečné manažerské kontrole. Naše analýza procesů implementace politiky kvality v oblasti péče o seniory na místní úrovni potvrzuje Lipského teorii.

Praktickým potvrzením Lipského poznatků je rozšířenost Standardů kvality sociálních služeb mezi poskytovateli péče o seniory. Výzkum jasně ukázal, že jsou nejčastěji používaným nástrojem řízení kvality, jsou všeobecně přijímány a vymezují pojetí dobré a špatné praxe. Jsme přesvědčeni, že se tak stalo díky širokému zapojení řadových byrokratů, uživatelů a dalších subjektů do procesu jejich vytváření, ověřování a implementace.

Během výzkumu jsme identifikovali podmínky, které podporují procesy řízení kvality na úrovni poskytovatelů. Především je to vzdělávání a podpora personálu založená na výměně zkušeností, stejně tak jako nezbytnost týmového myšlení a společné práce v řízení kvality v jednotlivých zařízeních. Kromě legis-

lativního zakotvení další podporu zavádění kvality představují psané metodické postupy, podpora externích odborníků a podpory zřizovatelů.

Na druhé straně jsme také odhalili mnohé překážky a problémy, na které pracovníci při zavádění kvality narážejí a které způsobují na jejich straně značnou nejistotu. Nejzávažnějšími překážkami jsou nedostatek informací, resortismus, existenční problémy poskytovatelů a nízká priorita politik kvality na straně veřejné správy i společnosti obecně. Překážky jsou také spojeny s lidskými zdroji. Často se objevuje odpor na straně pracovníků, nedostatek dovedností manažerů proces zavádění kvality řídit a také protichůdné názory různých poradců a inspektorů.

Výzkum odhalil klíčové faktory ovlivňující účinné zavádění politik kvality. Ukázali jsme, že pokud jde o podmínky podporující a bránící zavádění kvality, řadoví pracovníci mají v konečném důsledku velkou volnost v rozhodování při výkonu své práce. Výzkum podtrhl význam jednotlivých pracovníků v těchto zařízeních – řadových byrokratů v tom, jak v praxi určují politiku kvality. Můžeme tedy dojít k závěru, že Lipského práce je při analýze chování pracovníků v sociální a zdravotní péči o seniory při řízení kvality stále velmi užitečná.

