

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Bakalářská práce

Proměna role a identity zdravotníků v České republice v souvislosti se zaváděním nadstandardních služeb ve zdravotnictví

Zuzana Krafčiková

Plzeň 2013

Prohlášení

Prohlašuji tímto, že jsem zadanou bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla v seznamu literatury veškerou použitou literaturu a další zdroje.

V Plzni dne 16.4. 2013

vlastnoruční podpis autora

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Martině Štípkové za cenné připomínky, které mi pomohly při vypracování této bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům za jejich ochotu a poskytnuté informace.

OBSAH

1	ÚVOD	- 7 -
	TEORETICKÁ ČÁST	- 8 -
2	DEFINICE POJMŮ	- 8 -
3	ČLENOVÉ ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU.....	- 10 -
3.1	Tradiční role lékaře	- 10 -
3.1.1	Modely lékařské role	- 11 -
3.1.2	Vlastnosti lékařské role	- 11 -
3.1.3	Nadřazené postavení lékaře.....	- 12 -
3.1.4	Aktivní role pacienta ve vztahu k lékařům	- 13 -
3.2	Tradiční role zdravotní sestry	- 14 -
3.2.1	Modely rolí zdravotní sestry.....	- 14 -
3.2.2	Vlastnosti role zdravotní sestry.....	- 16 -
4	KONZUMERISMUS VE ZDRAVOTNICTVÍ	- 17 -
4.1	Nadstandardní péče.....	- 18 -
4.1.1	Příklady nadstandardní péče	- 19 -
4.1.2	Proměna lékařské profese.....	- 20 -
4.1.3	Proměna role pacienta.....	- 20 -
4.1.4	Proměna role zdravotní sestry.....	- 20 -

5	CÍL VÝZKUMU	- 22 -
6	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	- 22 -
7	METODOLOGIE.....	- 23 -
7.1	Participantí výzkumu	- 23 -
7.2	Metody sběru dat	- 24 -
7.3	Metody analýzy dat	- 27 -
7.4	Možná omezení výzkumu a etické aspekty	- 29 -
8	VÝSLEDKY A ZJIŠTĚNÍ VÝZKUMU.....	- 31 -
8.1	Informovanost zdravotníků o reformě nadstandardních výhod.....	- 32 -
8.1.1	Informovanost zdravotních sester o NS	- 32 -
8.1.2	Informovanost lékařů o NS	- 33 -
8.2	Různé důvody schvalování nadstandardních výhod u lékařů a zdravotních sester	- 34 -
8.2.1	Schválení NS ze strany lékařů.....	- 34 -
8.2.2	Schválení NS ze strany zdravotních sester	- 35 -
8.3	Nadstandarty a kvalita péče.....	- 36 -
8.3.1	Názory zdravotních sester na poskytování NS...-	- 36 -
8.3.2	Názory lékařů na poskytování NS	- 37 -
8.4	Souhrn vlivu nadstandardních výhod na proměnu rolí zdravotníků.....	- 37 -

8.4.1	Aktivní role pacienta	- 38 -
8.4.2	Proměna rolí zdravotníků.....	- 38 -
8.4.3	Nová role sekretářky v nemocnici.....	- 40 -
9	ZÁVĚR	- 41 -
10	SEZNAM LITERATURY.....	- 43 -
11	RESUMÉ	- 46 -
12	PŘÍLOHY	- 47 -

1 ÚVOD

Důvodem výběru tohoto tématu pro bakalářskou práci bylo mé velké zaujetí pro problematiku. Konzumerismus si plně uvědomuji a vnímám jej všude kolem sebe, neboť je součástí už nejen služeb, ale i zdravotnictví. Tato problematika se do značné části týká každého z nás, jelikož se můžeme vyskytnout v roli pacienta a můžeme se stát součástí zdravotnického systému.

Práce se zabývá problematikou rozdělení zdravotnické péče na standardní a nadstandardní, která dává možnost vyniknout sílícímu tržnímu principu. Profesionalizace a vzrůstající možnosti v léčení mnoha rozličných nemocí zapříčinily, že zdravotnické služby se koncipovaly jako na úrovni služeb. Zdravotník a nemocný tvoří dyadický vztahový celek, v němž obě složky na sebe vzájemně působí. Lékař se snaží o to, aby byl pacientovi poskytnut co největší prostor a následně napomohl k dosažení dobré partnerské spolupráce. Vzestup ekonomického momentu ovlivňuje postavení, které se z pacienta mění na klienta. Lze předpokládat, že zesílí orientace lékaře na klienta a kontrola lékaře klientem. Zároveň dochází k proměně profesní identity zdravotníků na základě nových povinností, které se upínají na tradiční role lékařů a sester.

Cílem práce je zaznamenat, jaké názory a zkušenosti mají zdravotníci s poskytováním nadstandardních výhod. V rámci toho se zaměřuji na to, jak nabízení rozdělené péče na standardní a nadstandardní ovlivňuje jejich roli ve vztahu k pacientům a jejich profesní identitu. Výzkumu se účastnili zdravotníci, kteří na svém oddělení zavádějí ekonomicky náročnější nadstandardní péči.

TEORETICKÁ ČÁST

2 DEFINICE POJMŮ

Jelikož se ve své práci zabývám proměnami rolí zdravotníků a jejich profesní identitou, je důležité vysvětlit, jak je na tyto termíny nahlíženo. Pojem **profese** je definován například ve Velkém sociologickém slovníku, kde profese je označením pro typ činnosti, která je podložena odborností. To znamená, že člověk musí pro výkon své profese projít odbornou přípravou (vzděláním) (Kolektiv autorů, 1996: 852).

V této práci dále pracuji s termínem profesní identita zdravotníků. Dle Sociologického slovníku od Jandourka je **identita** obecně vymezena jako „*hluboký pocit vlastní totožnosti založený na prožívání vlastní komunity. (...) Prožívání příslušnosti k větším nebo menším společenským celkům (ke kterým skupinám patřím a jak je to pro mě důležité)*“ (Jandourek, 2001: 104). Profesní identita je jakási podmnožina identity. VanZandt vnímá vývoj **profesní identity** jako formování vlastní zodpovědnosti s ohledem na jedincovu profesi a závazek chovat se eticky. Důležité je, aby jedinec dosáhl pocitu hrdosti ve své profesi (VanZandt, 1990: 243-245).

Při vymezení profesní role se nejprve zaměřím na pojem **role** obecně, jak je uveden v literatuře. Vymezení tohoto pojmu lze dohledat i v Sociologickém slovníku, kde Jandourek píše, že „*role je souhrn očekávaných jednání vůči jedinci, který zastává určitou sociální pozici.*“ Role usměrňuje chování jedince v rámci jeho sociální pozice dle očekávání okolí. Důležitý je proces socializace, kde se jedinec jednotlivým rolím učí (Jandourek, 2001: 207).

Profesní role je definována jako „*očekávaný standard pracovního jednání, sociálního chování, interakce a komunikace pracovníka v konkrétních pracovních situacích, směřující k plnění stanovených pracovních úkolů.*“ (Nový, Surynek a kol., 2006: 147)

Abychom lépe pochopili význam rozdělení zdravotní péče na standardní a nadstandardní pro profesní role zdravotníků, musíme si nejprve vysvětlit, jaké role se ve zdravotnictví vyskytují a následně, jak jsou proměněny.

3 ČLENOVÉ ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU

Zdravotnický systém lze definovat dvojitým způsobem. Za prvé se jedná o odvětví národního hospodářství, kdy zdravotnický systém je zařazen do terciární sféry, jelikož je producentem zdravotnických služeb. Nebo lze říci, že zdravotnický systém představuje soustavu institucí, jejichž hlavním cílem je poskytování zdravotní péče (Gladkij, Strnad, 2002: 3).

Členové zdravotnického systému jsou pracovníci ve zdravotnictví, kteří tvoří specifickou skupinu s odborným zdravotnickým vzděláním. Například zdravotní sestry, laboranti, sanitární pracovníci a rozhodující pozici zastávají lékaři (Bártlová, 2003: 104). Jedná se o jedince pracující ve státních i soukromých zdravotnických zařízeních, kdy právní předpisy jim definují podmínky spjaté s jejich profesí a vzděláním ve zdravotnictví. Ve své práci pod pojmem zdravotníci, mám na mysli zdravotní sestry a lékaře obecně.

3.1 Tradiční role lékaře

Lékař je osobou, které si lidé vždy vážili pro jeho odbornost a moudrost. Lékař svojí osobností představuje určitou formu léku, proto je nezbytné, aby lékař byl v dobré duševní kondici a mohl pacientovi dodat naději. To znamená, že od lékaře jsou očekávány nejen fyzické výkony a odbornost, ale i schopnost lidského projevu. V knize Základy lékařské psychologie kolektiv autorů klade důraz na dialektický vztah mezi lékařem a pacientem (Beran, Chaloupková, Tumpachová, 2002: 7-10). Lékař není jen reprezentant vědecké medicíny, ale i průvodcem nemocného při jeho nesnázích a dodavatelem naděje. Přístup lékařů k pacientům se liší podle daného onemocnění a závažnosti situace. Někde je potřeba věnovat více pozornosti a soucitu než jinde (Křížová, 1993: 41).

V dnešní době je podle mého názoru míra zájmu a angažovaností ze strany lékařů ovlivněna zejména materiální stránkou a aktivní účastí pacienta do léčebného procesu.

Změna nastává na začátku 19. století, kdy se základem moderního lékařství stává mravní charakter profesní role a jejich výkonu. Lékařství v této době lze charakterizovat otevřeností, silným vlivem přírodních věd, paternalismem, odloučením medicíny od náboženství a rozvojem schopností a dovedností lékaře studiem a praxí (Křížová, 1993: 18-20).

3.1.1 Modely lékařské role

V 50. letech významný sociolog Parsons definoval čtyři základní funkce role lékaře. Jako první uvádí univerzalizmus. Jedná se o poskytování odborné péče každému, kdo ji potřebuje. Důležitý je zákaz jakékoliv diskriminace. Dalším aspektem je emocionální neutralita, v rámci níž se lékař musí oprostit od vlastních emocí. Klíčové postavení v roli lékaře má funkční specifita. To znamená zaměření se na oblasti a výkony, na které je lékař specializován. A poslední složku tvoří kolektivní orientace, kdy v popředí jsou potřeby pacienta a ekonomické či osobní zájmy lékaře jdou stranou (Bártlová, 2003: 105-109).

Nejen tyto čtyři hlavní funkce lékařské role lze i dnes uvést jako pravdivé a platné, ale i tři definované základní úkoly lékařské role od Isidora se stále utvrzují. Hlavním úkolem lékaře je rozeznání původu nemoci (anamnéza), poznání současného stavu (diagnóza) a stanovení dalšího vývoje (prognóza) (Schott, 1994: 70).

3.1.2 Vlastnosti lékařské role

Role zdravotníků, zejména lékaře, je doprovázena mnohými společenskými očekáváními, jelikož spoluutváří obraz celkového zdraví populace. Role lékaře je mnohdy rozpolcená, jelikož jeho činností plní

veřejně-politický a současně soukromý zájem. Na jedné straně se role lékaře ocitá v tržním kontextu v rámci veřejných regulací, na straně druhé v mikrosociální rovině, kde je důležité osobní setkání lékaře a nemocného, který skrze něj hledá pomoc. Lékařská profese je charakterizována vědou, odborností a kompetencemi, z nichž vyplývá moc, přirozená nadřazenost a autonomie. Na jedné straně se objevují vznešené ideály zdravotnické profese, na straně druhé účtaření, neboť moc a pomoc jsou od sebe čím dál tím hůře oddělitelné (Mášová, Křížová, Svobodný, 2005: 147-150).

Důležitá je také osobnost lékaře. V psychologické knize od Bouchala lze zachytit i emocionální požadavky. Často je po lékařích žádané klidné, vlídné a taktní vystupování, tedy nikoliv povýšené. Jako významná lidská potřeba je často uváděna „být užitečný“ a lékařské povolání umožňuje tuto potřebu uspokojit. Většina lékařů i sester využívá své přirozené autority a důvěry ve vztahu ke svým pacientům, avšak stále musejí dávat najevo, že vědí, jak se pacient cítí (Bouchal, 1993: 55-57).

Role lékaře se řídí určitými předpisy. Například dle etického kodexu České lékařské komory. Obecné zásady kodexu zahrnují povinnosti lékaře, a to péči o zdraví jednotlivců bez ohledu na rasu, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení a jiné. Každý lékař je povinný znát zákony a předpisy, které jsou závazné pro jeho profesní výkon. Dále je zodpovědný za každý svůj profesionální čin. Veřejná pověst lékaře vyžaduje, aby i mimoprofesionální chování bylo v souladu s mravní normou (Dolanský, 2008: 204-206).

3.1.3 Nadřazené postavení lékaře

V moderním lékařství je vztah lékaře a pacienta odvozen od latinského slova „patior“, což znamená trpět. Etymologie slova vyvolává představu pasivity na straně nemocného. To jasně naznačuje paternalistický vztah lékaře a pacienta, neboť lékaři je přisuzována

znalost, aktivita, rozhodování a u nemocného se předpokládá neznalost a neschopnost. Hierarchické postavení lékaře je chápáno jako legitimní (Křížová, 1993: 41-42).

Současně je zdravotnictví koncipováno tak, že respektuje především týmovou práci. Po určitou dobu byla role nemocného vtažena do pozadí s ospravedlněním, že pouze specializované vzdělání zakládá kompetenci správného rozhodnutí. Avšak později bylo i nemocnému povoleno zasahovat do rozhodování jako aktivnímu členovi zdravotnictví. Ve výjimečných situacích (neodkladná péče) je ospravedlněna „lékařská diktatura“, jelikož nepřichází v úvahu jiné než urgentní lékařské řešení (Haškovcová, 1997, 56-59).

3.1.4 Aktivní role pacienta ve vztahu k lékařům

Konzumace zdravotní péče je v dnešní době brána jako samozřejmost. Pacient dává souhlas k zdravotní léčbě či zákroku konkludentně, tedy tím, že výkon bez námitek trpí, verbálně či písemným souhlasem (Bouška, Vondráček, 2004: 27). Práva pacientů jsou více mediálně rozebírána a pacienti se čím dál tím více domáhají svých práv.

Pro české prostředí je charakteristické, že během 20. století se zvýšila prestiž lékařské profese, avšak i role pacienta nezůstala v pozadí. Pacient se stal aktivním členem zdravotnického systému, který se cítí a je oprávněný udílet či odpírat souhlas s léčbou. Tento fenoménem byl dříve zcela mimo zdravotnictví. Změna role pacienta na aktivního člena zdravotnického systému s sebou přináší stále nové kompetence pro nemocné na úkor zdravotníků (Mášová, Křížová, Svobodný, 2005: 148-152). V praxi to lze popsat situací, kdy pacient se více domáhá svých práv. Pacient schvaluje či odepírá lékaři provést daný zdravotní výkon, má právo na informovanost o svém zdravotním stavu. Informace o zdravotním stavu pacienta jsou shromážděny ve zdravotnické dokumentaci a jiných spisech, kam má právo nahlédnout. Pro zajímavost

uvádím i právo pacienta znát jméno ošetřujícího lékaře a jiné ¹. V následující části bakalářské práce uvádím seznam nadstandardních výhod, který dle mého názoru práva pacientů na úkor lékařů stále zvyšují.

3.2 Tradiční role zdravotní sestry

Zdravotní sestra je nezbytnou součástí zdravotnického týmu. Obecných definic tohoto povolání je mnoho, na ukázkou jsem vybrala definici dle lékařského slovníku: *„Zdravotní sestra je středoškolsky odborně vzdělaná pracovnice ve zdravotnictví, absolventka střední zdravotní školy. Pracuje dle pokynů lékaře, provádí jednoduché vyšetřovací a léčebné úkony a ošetrovatelskou péči ².“*

Důležitou osobou ve vývoji ošetrovatelství hrála Florence Nightingalová. Ta změnila charitativní ráz ošetrovatelství na odborné povolání. Tato žena byla anglická ošetrovatelka a iniciátorka mnohých reforem ve zdravotní péči. Díky ní došlo ke stanovení ošetrovatelství jako odborného povolání s jasnou pracovní náplní ošetrovatelek a jejich zodpovědností (Vučková, 1994: 72). Field a Taylor se také zaměřují na ošetrovatelství, kdy je nezbytné být zaměřen na pacienta. Ošetrovatelství je použití klinického úsudku a poskytování péče, která umožní lidem podporovat, zlepšovat, udržovat nebo obnovit zdraví, nebo pokud je smrt nevyhnutelná, poklidně zemřít (Field, Taylor, 2003: 217). To znamená, že součástí ošetrovatelství je nejen odbornost zdravotních sester pro klinický úsudek a poskytování kvalitní péče, ale i osobnost sestry.

3.2.1 Modely rolí zdravotní sestry

Základní role sestry v moderním ošetrovatelství činí model setra-pečovatelka. Toto vymezení je spojováno s poskytováním základní ošetrovatelské péče. Dalším modelem je sestra-edukátorka nemocného a jeho rodiny. Tento model zahrnuje například pomoc sestry nemocným a jejich rodinám naučit se žít spokojeně s dlouhodobým onemocněním

skrze psychickou podporu a praktické dovednosti (například aplikace inzulínu aj.) Třetím modelem je sestra-obhájce nemocného. Toto označení lze přirovnat k advokátovi nemocného, neboť v případě, kdy nemocný není schopný projevit své potřeby, problémy a přání, stává se sestra jeho mluvčím. Sestra jako koordinátorka je zapojena do plánování pečovatelské péče a realizuje ji. Poslední z funkcí sester jsou dokončovací práce v podobě doplňování léků a materiálů (Staňková, 2002: 11-14).

V současnosti je profil sestry zobrazován jako profesionál, který má odborné vzdělání. Rozšířené role sester zahrnují role ošetřovatelky, pomocnice, komunikátora, poradkyně, nositelky změn a nyní i roli manažerky. Profesionální role sestry se prolínají a navzájem se nevyklučují (Mastiliaková, 2003: 48-51). Dále je po zdravotních sestřích požadováno, aby byla emancipovaná (schopna samostatné práce, převzít více odpovědnosti), vzdělaná (mít vysoký společenský kredit a respekt veřejnosti) a osobně angažovaná ve svém povolání (hledat nové cesty k poskytování stále lepší péče) (Staňková, 2002: 20-23).

Postupem času v rámci rozvoje medicíny si zdravotnický systém uvědomoval potřebu nového typu ošetřovatelek a vzniklo mnoho institucí, které se zaměřovaly na vzdělání zdravotních sester. Následkem vzrůstajících nároků na odbornou péči a kvalifikaci vznikly na vysokých školách obory vzdělávající zdravotní sestry. Nyní se hlavní náplň profese zdravotní sestry sestává z řady odborných výkonů se zaměřením na klienta. Důležité je, aby vzdělání zdravotní sestry mělo celoživotní charakter, neboť vývoj jde stále kupředu a je podstatné s ním držet krok pro správný výkon profese. Zdravotní sestry se čím dál tím více stávají rovnocennými členkami zdravotnického týmu (Staňková, 2002: 23-25).

3.2.2 Vlastnosti role zdravotní sestry

Role zdravotní sestry má sociální charakter, neboť je neustále v interakci s lidmi. Zdravotní sestra musí být odborně kvalifikována, tedy mít patřičné vzdělání, ale zejména musí umět vkládat do kontaktu s lidmi vlastní empatii, lidskost a naději. Po sestrách tedy není žádána jen fyzická péče o pacienty, ale i emocionální.

Jak je uvedeno v knize Psychologie v lékařství od Bouchala, sestry tráví s nemocnými více času než lékaři. V průběhu století se zvyšuje kvalifikace sester, při dělbě práce přejímá stále náročnější profesionální úkoly, než tomu bylo dříve. Vedle této profesionální pomoci poskytují velkou emocionální podporu nemocnému. Sestra by měla znát problémy pacientů, nejen fyzické ale i osobní, avšak neměla by se pouštět do jejich řešení (Bouchal, 1993: 58-59).

Hlavní náplň práce zdravotní sestry tvoří základní ošetrovatelská péče, psychosociální činnost a v rámci zavádění tržního systému do zdravotnictví i administrativní práce. Ačkoliv je administrativní práce potřebnou součástí profese zdravotní sestry, nemělo by ji to odvádět od její hlavní povinnosti ošetřovat nemocné (Staňková, 2002:13-14). Ve své praktické části ovšem poukáží na to, že administrativní práce je přítěží nejen pro zdravotníky, ale prolíná se i do časového rozmezí v péči o pacienty.

4 KONZUMERISMUS VE ZDRAVOTNICTVÍ

Nyní vyvstává otázka, zda je vůbec možné medicínu, která je dle etických kodexů altruistická a je založena na směně dobra, spojovat s trhem, který předpokládá orientaci na vlastní zisk. Jak je uvedeno v knize Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech, je bláhové domnívat se, že v medicíně nedochází k prolínání individuálních a kolektivních přání. Zdraví je často označováno jako to nejceněnější, co máme. Tudíž i pacienti sami mají tendenci přenášet svůj egocentrismus na zdravotníky. Při střetu těchto zájmů dochází k tomu, že vztah lékaře a pacienta začíná být založen na ekonomické bázi (Janečková, Křížová, Šimek, Špalek, 2002: 112-113).

O proměnách českého zdravotnictví píše i Hrešanová a Hasmanová Marhánková, kdy autorky zmiňují, že do českého zdravotnictví proniká jazyk konzumerismu (Hrešanová, Hasmanová Marhánková, 2008: 91). Konzumerismus lze jedním slovem definovat jako spotřeba. Jedná se o sklon orientovat své chování zejména na ty hodnoty, které jsou spojeny s konzumním způsobem života (Jandourek, 2001: 133). Rozdělení zdravotní péče na nadstandardní a standardní více posiluje princip konzumerismu, který se promítá i do rolí zdravotníků a kompetencí pacientů. V představě fungování konzumerismu ve zdravotnictví je pacient zohledňován jako aktivní aktér, který se stává klientem zdravotního systému. Lékaři se stávají poskytovateli služeb, kteří nejsou autonomní, nýbrž plní veřejnou instrumentální funkci (Hrešanová, Hasmanová Marhánková, 2008: 91-92).

Konzumerismem ve zdravotnictví se zabývala také Kuhlman, která ve své knize naznačuje, že konzumerismus je spíše jakýmsi posílením pro zdravotnictví, jelikož podporuje expanzi profesionality do nových oblastí. V rámci rozvoje technologie se zvyšuje kvalita péče a lékaři

spoléhají na svoji sebe-regulaci v chování. Nové strategie vedou i k posílení důvěry veřejnosti v lékařskou profesi (Kuhlman, 2006).

4.1 Nadstandardní péče

Zdravotní péče je definována jako činnost, v jejímž obsahu převažují aktivity zaměřené k léčení, zahrnující i prevenci chorob. Avšak pouze ty, které mohou být a jsou pod záštitou zdravotního systému. Zdravotní péče lze rozdělit do mnohých kategorií. Pro tuto práci je nejvýznamnější rozdělení péče na standardní a nadstandardní. Toto členění je typické zejména z hlediska úhradových mechanismů, kdy nadstandardní péče dává možnost více vyniknout tržnímu systému ve zdravotnictví (Durdisová, 2005: 22-25).

Standardní péče je chápána jako souhrn výkonů a služeb, které odpovídají indikaci a provedení v odborně i ekonomicky nezbytném rozsahu, a směřuje k návratu a uchování zdraví. Nadstandardní péče představuje takovou péči, při které jsou pacientovi poskytovány různé výhody a služby, které nejsou z hlediska zdravotního stavu nezbytné. Těmito hlavními vlastnostmi se liší tento vyšší typ péče od standardní péče. Nadstandardní péče je charakterizována alternativními postupy (finančně nákladnější metody, léky a materiály) či komfortními prvky při léčbě (nadstandardní pokoj). O těchto zvýhodněných službách by měl být každý pacient informován a jejich užití je založené na svobodném rozhodnutí pacienta. Nadstandardní péče je poskytována lékaři, kteří oslovují pacienty jako své klienty a vedou k zajištění většího komfortu pro pacienta. Existence nadstandardní péče by neměla omezit dostupnost kvalitní a účinné standardní péče (Durdisová, 2005: 25-27).

4.1.1 Příklady nadstandardní péče

Reforma nadstandardních výhod vyšla v uplatnění v lednu 2013. Nejprve se reforma nacházela ve zkušební době v průběhu podzimních měsíců, kdy nemocnice kromě nadstandardních lůžek nabízely i očkování na několik „lepších vakcín“ (očkování proti sezónní chřipce, tetanu, pneumokokovým nákazám, tuberkulóze, rakovině děložního čípku a vzteklině), odlehčené sádry (fixační sádrová dlaha na ruku a předloktí, cirkulární sádrový obvaz na prsty, ruku a předloktí, cirkulární sádrový obvaz, fixační sádrová dlaha na nohu a bérce aj.) a nitrooční čočky, které jsou vyrobené z tvrdého plastu. V roce 2013 by se na seznamu mohly objevit i robotické operace, laparoskopie u zákroků na děloze či vaječnicích, zákroky mimo ordinální hodiny či volba konkrétních lékařů u operace.*

* Viz webové stránky některých nemocnic. Například: Fakultní nemocnice Hradec Králové- <http://www.fnhk.cz/pacient-a-jeho-blizci/nadstandardni-pece>, Nemocnice Na Homolce- <http://www.homolka.cz/cs-CZ/pacient/cenik-nadstandardni-lecby.html>, Fakultní nemocnice Brno- <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/chirurgicka-klinika/placene-sluzby/k1448>, Nemocnice České Budějovice- http://www.nemcb.cz/_data/files/Cenik%2021_2_2012.pdf, Fakultní nemocnice Plzeň- http://www.fnplzen.cz/dokumenty/cenik_nadstandard_2012.pdf

4.1.2 Proměna lékařské profese

Lékařská profese v pozdní moderní době je vystavena novým nárokům a proměňuje se. Zdravotní systém se stává „obchodním centrem“ a lékař na sebe přijímá nové role ekonomického činitele (Křížová, 2006). V poskytování lékařské péče se proměňuje i jakási zodpovědnost za své zdraví. Zdravotní péče není už jen veřejnou službou, ale stává se i osobní zodpovědností, jak moc jsme ochotni a schopni do svého zdraví investovat, stáváme se lékem sami sobě skrze naši aktivní roli ve zdravotnictví.

Ekonomické změny a administrativa odklání lékaře od jejich původního očekávání profesní identity lékaře a mnohdy vede mladé lékaře k frustraci. K novým povinnostem přibývá zejména administrativa, manažerské (organizační) práce a stoupají nároky na transparentnost a kontrolovatelnost laiky, tedy pacienty (Ivanová, 2006: 170).

4.1.3 Proměna role pacienta

Zdravotník se stává prodejcem a pacient jako zákazník je tím, na kom odbyt služby závisí. Z hlediska spotřeby je pak i klient v různé míře akceptován a respektován. Dnes je zcela nepopíratelná snaha koncipovat medicínu jako sféru služeb, která je do značné míry závislá na klientovi (Křížová, 2006: 86-87). Pacienti si v mnoha případech raději připlatí, neboť jsou přesvědčeni o vyšší kvalitě lékařské péče a větší míře soustředěné pozornosti a zaujetí lékaře pro pacientovy potíže.

4.1.4 Proměna role zdravotní sestry

O rozšířené roli zdravotní sestry píše také Mastiliaková, která poukazuje na to, že sestry jsou ošetřovatelky, asistentky, komunikátorky, poradkyně, obhájkyňe, učitelky a nositelky změn (Mastiliaková, 2003: 51).

Po uskutečnění praktické části lze usoudit, že zdravotní sestry jsou mnohdy zasypány administrativou a jsou vkládány do rolí úřednic. S rozšiřováním rolí zdravotních sester souvisí i rozšiřování jejich kompetencí. Role sester naznačují a objasňují povinnosti a náplň jejich profese.

PRAKTICKÁ ČÁST

Komerce a konzumerismus je v dnešním zdravotnictví často debatovaným jevem. Já se ve své práci zabývám problematikou standardního a nadstandardního rozdělení zdravotnické péče, která dává možnost ještě více vyniknout tržnímu principu. Profesionalizace a vzrůstající možnosti v léčení rozmanitých nemocí zapříčinily, že zdravotnické služby se dostávají na úroveň jiných služeb, kde hlavním faktorem se stává cena. S otázkou ceny se poté mění postoj člověka ke zdravotnictví. Zároveň ruku v ruce postupuje s cenou i postoj lékařů k pacientům a celkovému zdravotnictví. Ve své práci se zabývám názory a zkušenostmi zdravotníků s poskytováním nadstandardních služeb. Zajímám se také o to, jak poskytování zvýhodněných služeb ovlivňuje vztah mezi pacientem a lékařem a jak to ovlivňuje jejich profesní identity.

5 CÍL VÝZKUMU

Cílem mé práce je zaznamenat, jaké názory a zkušenosti mají zdravotníci s poskytováním nadstandardních výhod a jak nabízení péče rozdělené na standardní a nadstandardní ovlivňuje jejich roli ve vztahu k pacientům a jejich profesní identitu. Výzkumu se účastnili zdravotníci, kteří na svém oddělení zavádějí placenou nadstandardní péči.

6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Jako první výzkumnou otázku jsem zvolila: Jaké zkušenosti a názory mají zdravotníci s nabízením nadstandardní péče?

Jelikož je můj cíl obsáhlejší, druhá výzkumná otázka zní: Jak tematizují svou profesní identitu zdravotníci po zavedení nadstandardních výhod pro pacienty?

7 METODOLOGIE

V metodologické části popíši výběr participantů do výzkumu, metody sběru dat, analýzu dat a možná omezení výzkumu.

7.1 Participanti výzkumu

Výzkumný vzorek je složen z devíti zdravotníků a jedné sekretářky z chirurgického oddělení. Hlavním kritériem výběru bylo, aby zdravotníci v době výzkumu byli zaměstnanci nemocnic, které poskytují nadstandardní péči. Jelikož poskytování nadstandardní péče se může lišit v závislosti na velikosti nemocnice, rozhodla jsem se spolupracovat se zdravotníky z jedné okresní a krajské nemocnice. Dle tohoto vymezení jsem i nemocnice pojmenovala jako Malou a Velkou nemocnici. Z celkového počtu participantů jsou 4 zdravotníci zaměstnáni ve Velké nemocnici a zbylých 6 zdravotníků v Malé nemocnici.

Toto rozdělení nemocnic je pro výzkum důležité, jelikož malé nemocnice nabízejí v poměru k velkým nemocnicím mnohem méně nadstandardní péče a cena těchto výhod se podstatně liší. To znamená, že nabídka a poptávka po nadstandardních výhodách se liší i dle typu a velikosti nemocnice. Nemocnice mají na svých internetových stránkách nabídky nadstandardních služeb, tudíž informace jsou volně přístupné široké veřejnosti. Výzkumnou lokalitu nechávám anonymní.

Všichni moji informátoři jsou anonymizováni, kvůli ochraně jejich soukromí. Pro lepší orientaci ve výsledcích jsem pojmenovala zdravotní sestry jmény začínající písmenem M a lékaře/lékařky jmény začínající písmenem J. Jediná osoba je pod jménem začínající písmenem O, kdy se jedná o sekretářku v nemocnici. S touto participantkou jsem uskutečnila rozhovor až poté, co jsem zjistila, že je důležitou postavou ve výběru peněz a zpracování administrativy v rámci nadstandardních služeb v nemocnici. Výzkumu pro mé účely se zúčastnilo 10 participantů, z toho 8 žen a 2 muži, ve věku od 28 do 50 let.

Přehled základních charakteristik zdravotníků uvádím v tabulce č. 1. Tabulka je seřazena dle pozic zdravotníků, podle nichž jsem uspořádala i věk participantů.

Tabulka č. 1: Základní charakteristiky zdravotníků

	Pseudonym	Věk	Pozice	Nemocnice
1	Michaela	28	zdravotní sestra	Malá
2	Monika	29	zdravotní sestra	Malá
3	Marie	32	zdravotní sestra	Velká
4	Marcela	46	zdravotní sestra	Malá
5	Jana	35	lékařka	Velká
6	Jarmila	39	lékařka	Velká
7	Jan	46	lékař	Malá
8	Jitka	48	lékařka	Malá
9	Josef	49	lékař	Velká
10	Ola	35	sekretářka	Malá

7.2 Metody sběru dat

V rámci svého výzkumu jsem využila kvalitativní metodologii polostrukturovaných rozhovorů. Pro lepší proniknutí do tématu využívám i zdravotnické dokumenty (interní data o využití nadstandardů, zdravotnické vyhlášky Ministerstva zdravotnictví).

Polostrukturovaný rozhovor je částečně řízený rozhovor, v němž jsou předem připravené dané soubory otázek, kterými vedeme respondenty k tématu výzkumu. Znění předem stanovených otázek může

tazatel pozměnit na základě znalostí respondenta, může také pokládat doplňující otázky a měnit pořadí stanovených otázek (Reichel, 2009: 11).

Během listopadu 2012 jsem uskutečnila deset rozhovorů se zdravotníky v Malé a Velké nemocnici. Rozhovor byl zaznamenán na záznamové zařízení. Toto zaznamenávání jsem doplnila i o terénní poznámky, jelikož musíme vždy počítat s možným omezením využití moderní technologie. Terénní poznámky byly stěžejním podkladem mé práce, neboť diktafon nezaznamenává vše (gesta participantů, mé pocity o otevřenosti a upřímnosti participantů apod.). Poté jsem data plným přepisem převedla z nahrávky do písemné podoby. Při analýze dat je využita tematická analýza. Při mé analýze jsem zvolila tradiční cestu pomocí vystřihávání a barev. Tento způsob byl pro mne jednodušší a zábavnější.

Jak je výše uvedeno, mojí zvolenou metodou pro tento výzkum jsou kvalitativní polostrukturované rozhovory. Pro získání dat jsem uskutečnila polostrukturovaný rozhovor, který obsahuje čtrnáct dopředu připravených okruhů otázek, které se týkají zkoumaného problému. Tento seznam jsem využila hlavně kvůli tomu, aby nedošlo k vynechání nějakých důležitých témat a zároveň abych při možné nervozitě měla určitý záchytný bod pro pokračování ve výzkumu. Pořadí otázek bylo samozřejmě u každého zdravotníka jiné dle situace.

Rozhovory jsem provedla s deseti zdravotníky z okruhu mých známých. Jelikož jsem všechny dotazované znala již před rozhovorem, rozhovory probíhaly příjemnou formou. Rozhovory se uskutečnily v rodinném prostředí u dotazovaných, nebo v nemocnici kvůli časovému vytížení zdravotníků. Ať už se jednalo o soukromé či veřejné nemocniční prostředí, všechny rozhovory byly otevřené a myslím si, že spokojená jsem byla nejen já, ale i dotazovaní. Usuzuji tak na základě faktu, že participanté chtěli sami o daném tématu hovořit. Mnozí z nich byli potěšeni mým zájmem o jejich profesi. Problém jsem měla pouze u jednoho rozhovoru, který byl s vysoce kvalifikovaným a postaveným lékařem,

který nebyl moc sdílný a dokazoval si své vyšší postavení. Často odpovědi bagatelizoval. V podtextu sledávám to, že byla u rozhovoru přítomna jeho žena (zdravotní sestra), před kterou si mohl dokazovat své vyšší sociální postavení.

Důležité je také zmínit, že než byl rozhovor započat, vždy jsme kamarádsky debatovali o našem okolí a o nás. Napomohlo to k odbourání bariér. Na mnohých byla znát nejistota a nervozita. Proto jsem každému jedinci dala před rozhovorem seznam okruhů otázek pro jejich lepší pocit připravenosti. Pokud se objevily nějaké nejasnosti, vždy jsem otázku přeformulovala, aby byla co nejvíce srozumitelná. Délka jednoho rozhovoru trvala přibližně 45 minut. Samozřejmě čas rozhovoru byl u každého účastníka odlišný. Celý měsíc, kdy jsem uskutečňovala sběr dat, byl pro mne velice poučný, ale zároveň z hlediska času i vytěžující.

Pro zajímavost přikládám i primární okruhy otázek, které jsem kladla při rozhovorech.

- Mohu Vás poprosit, abyste vyprávěl/a o tom, jak vypadala Vaše profese, když jste začínal/a?.
- Jak (jestli vůbec) se vaše profese změnila od té doby?
- Co víte o reformě nadstandardních výhod ve zdravotnictví?
- Jste dostatečně informovaný/á s novou reformou ve zdravotnictví o NS?
- Vnímáte starý systém jako lepší, horší nebo stejně dobrý? A proč?
- Jak nyní funguje poskytování NS? (Můžete uvést konkrétní příklad z praxe, kdy došlo k tomu, že si někdo zvolil NS?)
- Kdo tu možnost nabízel jako první (lékař, sestra, pacient sám)? Jak probíhala platba za službu (kdo přebíral peníze,

vyřizoval administrativu)? Byla to typická nebo výjimečná situace?

- Nyní se reforma nachází ve zkušební době. V lednu 2013 vyjde v platnost celkový přehled nadstandardních výhod. Vnímáte už nyní, že v novém roce budete čelit novým povinnostem, popřípadě jakým?
- Jaké NS poskytuje vaše nemocnice?
- Jste seznámen/a s cenovým rozmezím NS?
- Změní se Vaše pracovní doba a finanční ohodnocení za nadstandardní služby?
- Nabízel/a jste v průběhu pracovního poměru zvýhodněné služby pro pacienty, než byla zavedena reforma o NS?
- Vnímáte nějaký posun v tom, jak pacienti na možnost nadstandardu reagují?
- Jste přímo součástí poskytování NS (tím je myšleno poskytování NS, vybírání peněz, administrativa aj.)? Pokud ano, má to vliv na vaše očekávání pracovní profese při studiu a nyní?

7.3 Metody analýzy dat

V rámci analýzy dat jsem prováděla tématickou analýzu dat. Kvalitativní data jsou rozmanitá a plná jemných nuancí, kdy tematická analýza se zdá býti vhodným nástrojem jak tyto faktory zachytit. Autoři Brau a Clarke ji označují za „ *metodu identifikace, analýzy k odkazování k tématům v datech.*“ (Brau, Clarke, 2006: 79). Aby byl proces analýzy co nejvíce zprůhledněn, navrhuji Braun a Clarke (2006: 77-101) v šesti bodech její postup, který byl pro mne informativním zdrojem. Zvolila jsem

klasickou metodu analýzy pomocí nůžek a papíru. Nejprve jsem se seznámila s daty, kdy jsem dle potřeby minimálně dvakrát přečetla soubor podkladů. Dalším krokem je generování počátečních kódů, kdy jsem se zaměřila na opakující se vzorce v datech a utvořila seznam prvotních kódů. Poté jsem pomocí barev (pastelky) označila podobné odpovědi dotazovaných a kódovala je. Jednotlivé kódy jsem pomocí lepidla a čtvrtek přiřadila k sobě pro lepší orientaci. Abych mohla nalézt vhodná a stěžejní témata, porovnávala a třídila jsem kódy do potencionálních témat. Hledala jsem důležité spojitosti mezi odpověďmi participantů. Následně bylo nezbytné důkladné pročítání dat, aby nebyl zapomenut stěžejní aspekt práce. Důležité bylo témata vhodně pojmenovat a propojovat je. Na základě společných výpovědí jsem začala třídít jednotlivé kategorie a snažila se o celkové uchopení odpovědí jako celku. Nejprve jsem analyzovala témata, která byla pro můj výzkum stěžejní, a po dalším pročítání se začaly vynořovat i nové záležitosti, které byly pro můj výzkum zajímavé. Názory dotazovaných byly často podobné a to mi analýzu značně ulehčilo.

Během čtení jsem si do přepisů rozhovorů barevně označovala zajímavé pasáže, kdy jsem každý extrakt označila zkratkou jména a číslem pro lepší orientaci. Například označení výroků od Moniky, vypadalo poté takto MON1, MON2, MON3 a dále. Po stranách textu jsem si psala první kódy (viz Tabulka č. 2 - Ukázka tvorby kódů).

Dále jsem mezi barevně označovanými pasážemi hledala spojitosti, přejmenovávala a přeskupovala je. Spojením extraktů se vynořovala první témata. Následně jsem udělala krok zpět a opět přečetla všechny rozhovory. To mi pomohlo, abych mohla jít více do hloubky textu, jelikož jsem už byla dopodrobna seznámena s výroky a měla představu o nastolených tématech. Témata jsem pojmenovala tak, aby název byl vystihující pro všechny kódy, které jsem do něj zařadila. Jedno téma jsem pojmenovala dle výpovědi zdravotníka, který označil pacienty v dnešní době jako nositele svých těl do čistírny. K tomuto vymezenému tématu

jsem dle výpovědí participantů mohla zařadit kódy jako například aktivní role pacienta, klientismus a podobně.

7.4 Možná omezení výzkumu a etické aspekty

Během provádění výzkumu se mohou objevit některá omezení, která bychom měli předvídat a vypořádat se s nimi. Možné omezení výzkumu jsem shledávala v čase, jelikož zdravotníci jsou často pracovní velmi vytíženi i během víkendu. Avšak výzkumný vzorek je tvořen z okruhu mých známých a záleželo hlavně na domluvě, kdy se rozhovory uskuteční, tudíž nebyl s tímto omezením nějaký velký problém. Zdravotníci byli velice ochotní, a pokud neměli čas, vždy jsem do nemocnice za nimi přijela. Další možné omezení jsem shledávala v nevědomosti zdravotníků o nadstandardních službách, jelikož v době sběru dat se jednalo o nové téma. Ačkoliv patrná nevědomost se u zdravotníků objevila, po mém výkladu o tom, co nadstandardní péčí míním, se vždy problém vyřešil. Největší omezení mého výzkumu je má dlouhodobá známost s participanty. Participanti mohli odpovídat tak, abych slyšela to, co potřebuji pro zpracování této práce. Omezení spočívá v tom, že jejich odpovědi mohou být zkreslené, jen aby mi co nejvíce pomohli.

Z hlediska etiky je nutné dodržovat etický kodex a nepoškodit svého informátora. Zdravotníky jsem nejprve seznámila s výzkumem, tedy průběhem výzkumu a cílem (struktura rozhovoru, výsledky práce). Zdravotníci mají právo cokoli ze záznamu vyškrtnout nebo pozměnit původní znění. Pro výzkum mám ústní informovaný souhlas všech participantů, kteří se výzkumu zúčastnili (Hendl, 2005: 155-157). V etické diskuzi k tomuto tématu musíme především zmínit ochranu osobních údajů a anonymitu participantů. Ve svém výzkumu chráním identitu participantů skrze anonymizování jmen a nemocnic. Lékaři jsou označeni

pseudonymi od písmene J, zdravotní sestry od písmene M a sekretářka od písmene O a nemocnice dle typu (okresní, krajská) jsem označila pseudonymi Malá a Velká.

8 VÝSLEDKY A ZJIŠTĚNÍ VÝZKUMU

V této části své práce předkládám zjištění z výzkumu. Nejprve jsem se zaměřila na informovanost zdravotníků ohledně zavádění nadstandardních výhod. Posléze jsem se zabývala jejich názory a zkušenostmi s poskytováním nadstandardních výhod. Obě zdravotnické skupiny (lékaři, zdravotní sestry) souhlasí se zavedením nadstandardů, avšak ze zcela odlišných důvodů. Při hlubším bádání vyplynulo na povrch zajímavé zjištění, že zdravotníci si nemyslí, že nadstandardy zajišťují kvalitnější péči, kterou nám slibují, ačkoliv obě zdravotnické skupiny jsou pro jejich zavedení. Jako ukázkou jsem zvolila dvě kontrastní výpovědi zdravotní sestry Marie a lékaře Jana. Informovanost, názory i zkušenosti zdravotníků s nadstandardními službami jsem propojila s jejich profesní identitou. Jak je uvedeno níže, role zdravotníků v rámci konzumerismu ve zdravotnictví se čím dál tím více proměňují. Nicméně ani role pacienta nezůstává v pozadí. Při sběru dat vyplynula na povrch relativně nová profese sekretářek, která pomáhá v nemocnici se zpracováním administrativy a převodem peněz za nadstandardní péči.

Výzkumnice: *„Zajímalo by mne, jak vnímáte tento systém NS výhod?“*

Marie: *„Myslím si, že je to určitej způsob předcházení korupce. Co si budem povídat, určitě to funguje leckde, že podmázneš a myslíš si, že dostaneš víc. Mnohdy dostaneš stejně jako ti, co nepodmázli.“*

Jan: *„Je to v pořádku. Tak zase, proč ty lidi nemají utratit ty peníze, když je mají? Proč nechávají stovky i tisíce u kadeřníka? Tak proč by nemohli utrácet i ve zdravotnictví? Můžou. Peníze se mají točit, tak pokud je možnost ty peníze získat, tak já bych to klidně točil.“*

8.1 Informovanost zdravotníků o reformě nadstandardních výhod

Nejprve jsem se snažila zjistit informovanost zdravotníků o reformě nadstandardních výhod, která vyšla v uplatnění v lednu 2013. V době sběru dat se reforma nacházela ve zkušební době. Nemocnice kromě nadstandardních lůžek nabízely například očkování na několik „lepších vakcín“, odlehčené sádry a nitrooční čočky, které jsou vyrobené z tvrdého plastu. V roce 2013 zákon začne umocňovat i robotické operace, laparoskopie u zákroků na děloze či vaječnicích*, zákroky mimo ordinanční hodiny či volbu konkrétních lékařů u operace. To vše je zatím stále projednáváno mezi nemocnicemi a Ministerstvem zdravotnictví (viz kapitola 4.1.2).

8.1.1 Informovanost zdravotních sester o NS

Celkovou informovanost o reformě nadstandardních výhod jsem se snažila zjistit otázkou, jaké zvýhodněné služby jsou poskytovány v jejich nemocnici a jaká je jejich přibližná cenová relace.

Monika: *„No, slyšela jsem o tom. Hlavně v telce. U nás na oddělení se to neřeší moc. Žádný informativní schůzky ještě k tomu nebyly. Spíš se o tom pak bavíme mezi kolegama.“*

Zástupci jednotlivých oborů uváděli, že by měli nový systém znát, ale hledají jiné strategie, jak informace získat, než skrze nemocnici. Nejsnazším informativním zdrojem jsou média. Zdravotníci využívali zejména televizi a internet. Takto získané informace poté rozváděli v sociálních interakcích mezi kolegy.

* Laparoskopie- operativní zákrok při onemocnění břišních či pánevních orgánů.
ZDROJ: <http://www.onhb.cz/article.asp?nArticleID=151&nLanguageID=1>

Jako příklad uvádím participantku Michaelu: „*No, tak klasika nadstandardní lůžka. Jinak vím to, co máme my na oddělení. No a ze zpráv vím, že je aktuální ta volba operátora. Víc nevím, jsem ostuda (smích).*“ Na této výpovědi participantka poukazuje na svůj nedostatek v informovanosti, ale zároveň lze vidět i to, že necítí podporu vedení nemocnice, aby byla její informovanost lepší.

Zdravotní sestry jsou ve zjišťování informací ohledně nových reforem pasivnější než lékaři. Avšak pokud se nějakou informací dozvědí, baví se o tom dále na oddělení. Hlavním účelem není získání informace, ale navazování sociálních interakcí.

8.1.2 Informovanost lékařů o NS

Naproti tomu se ze strany lékařů ukázal i zájem skrze globálnější strategie, tím je myšleno využití internetu (internetové stránky Ministerstva zdravotnictví, zpravodajství aj.)

Jana: „*Nemocnice tyhle reformy už neřeší, až dokud to není fakt aktuální (smích). Pak nám k tomu něco řeknou, ale jinak chodím na internet. Na stránky Ministerstva zdravotnictví a tam si přečtu, co potřebuju. Chci vědět, co se děje, ta práce mě baví a je třeba být v obraze.*“

Lékaři mají zájem o získání nových informací a sami tyto informace vyhledávají, aby rozšířili své poznatky, ale často i pro jejich vlastní zasmání, jelikož reformy ve zdravotnictví často bagatelizují a nepřikládají jim takový význam.

Na základě získaných výpovědí od informátorů se ukázalo jako klíčové, že zdravotníci jsou informovaní o reformě nadstandardních výhod zprostředkovaně médii, jelikož nemocnice žádné školení ani schůze neuspořádala. Informovanost zdravotníků byla dostatečná. Pod pojmem dostatečná míním to, že zdravotník věděl, jaké nadstandardní služby jejich oddělení nabízí a jaká je jejich cenová relace. Avšak pokud jsme se bavili na obecnější rovině, mnoho zdravotníků mělo povědomí o nadstandardních službách skrze média.

8.2 Různé důvody schvalování nadstandardních výhod u lékařů a zdravotních sester

Zdravotníci schvalují nadstandardní výhody, přestože si nemyslí, že přispívají k lepší péči. Možnost získat nadstandardní služby byla i před vydáním listiny s nadstandardními službami. Nejčastěji tyto zvýhodněné služby získal pacient na základě svého zdravotního stavu.

Zajímavé je, že názor na nadstandardy je u lékařů a sester jednotný v tom, že obě zdravotnické skupiny nadstandardy podporují, avšak ze zcela odlišných důvodů. Následující kapitoly nám tuto tezi osvětlí.

8.2.1 Schválení NS ze strany lékařů

Společným tématem ve výpovědích lékařů je role peněz. To znamená, že podporují zavedení nadstandardů kvůli získání vlastních benefitů. Pro doložení tohoto tvrzení jsem zvolila výstižnou výpověď lékařky Jarmily: *„Jen ať ty nadstandardy rozšíří. Čím víc peněz ve zdravotnictví, tím lepší příplatky pro nás (smích).“*

Jak uvádí Křížová, Mášová, Svobodný a kolektiv autorů, role zdravotníků (zejména lékaře) je doprovázena mnohými společenskými očekáváními, jelikož spoluutváří obraz celkového zdraví populace. Role lékaře je mnohdy rozpolcená, protože jeho činnost plní veřejně-politický a současně soukromý zájem (Křížová, Mášová Svobodný, 2005).

Lékař Josef dokazuje konkrétní rovinu, kdy se jedná o volbu operátora, kdy on jako lékař může být pacientem vybrán a zaplacen za poskytnutí jeho služby.

Josef: *„Tak mě by hrozně potěšilo, kdyby mi zavedli tu volbu operátora. A nejlepší by bylo, kdyby si nás pacienti platili pořad. Já bych jezdil do práce na konkrétní čas zaplacených operací a pak bych zase jel domu. No a víc peněz za to...to by bylo super!“*

Na této výpovědi je podstatné zaznamenat zcela smluvní podmínky mezi lékařem a pacientem. Zde se objevuje další rovina zjištění, lékaři by si přáli více autonomie v organizaci práce.

8.2.2 Schválení NS ze strany zdravotních sester

Na druhou stranu názor sestřiček se odvíjí od ospravedlnění korupce ve zdravotnictví. Vydání listiny s nadstandardy vnímají jako něco, co může zamezit „obálkám s penězi“. Sestřičky zastávají koncepčnější názor na nadstandardy, jelikož je vnímají jako něco, co nemocnici „očistí“ od korupce, jelikož seznam s nadstandardy nabídne všem pacientům možnost využít zvýhodněné služby formální cestou. Potvrzující je i výpověď sestřičky Marcely: *„Tak je fakt, že korupce je ve zdravotnictví pořád. Nechci si to idealizovat. Takže peníze najednou jsou a všichni ví za co, ale nikdo se k tomu nevyjadřuje. A když bude vybranější balík peněz za nadstandardy, tak se tyhle peníze za to schovají.“*

Na výpovědi sestřičky Marcely si lze všimnout koncepčnějšího přístupu z hlediska určité rovnoprávnosti mezi pacienty. Participantky vnímají nadstandardy jako určitý druh legitimizace, který umožňuje „prát“ peníze z korupce.

Monika: *„Nadstandardy chci! Někdy mě rozčiluje, jak doktor přijde a udělejte tohle a tamto vyšetření jeho známé. Ta ho přitom ani nepotřebuje. Nebo klasické předbírání v čekárně. Líbí se mi, že ty nadstandardy to nabízejí všem. Ano, sice za poplatek, ale necháváme stovky u veterinářů a to nám je jedno. Nadstandardy chci už jen proto, že to bude oficiálně nabídnutý všem a stejně.“*

Výpověď Moniky uvádím z toho důvodu, že Monika nejenže zastává pozici zdravotní sestry, ale vnímá problém zejména očima pacienta. Celkově lze říci, že zdravotní sestry stále opakovaly téma korupce. Lékaři se tomuto tématu vyhýbali, je možné se domnívat, že

nadstandardy schvalují i proto, aby byl menší prostor pro úplatky, ale nechtějí si přiznat, že jsou součástí korupce nebo o ní na svém pracovišti vědí.

8.3 Nadstandardy a kvalita péče

Touto kapitolou navazuji na předešlé pozitivní hodnocení nadstandardů. Z hlediska zkušenosti zdravotníků s nadstandardy jsem došla k zjištění, že nadstandardy slibují zlepšení kvality péče, avšak je zde určitý paradox. Zaměřuji se i na pacienty, jak je zdravotníci vnímají ve zdravotnickém systému.

8.3.1 Názory zdravotních sester na poskytování NS

Dle výpovědí zdravotníků s nadstandardy přibyly i nové povinnosti. Zdravotní sestry si často stěžují na další administrativu ohledně využití nadstandardních výhod na úkor péče o pacienty.

Marie: „Peníze budou řešený přes sekretářky, to určitě a pak přes centrální pokladnu, asi ty menší částky. Jinak administrativa padne na nás. Jak je zvykem hodně doktorů dají od toho ruce pryč. A když to půjde, dá se to sestřičkám. My pak nemáme čas na to si s pacienty popovídat...no, věnovat se jim.“

Jak je výše uvedeno, zdravotní sestry chtějí očistit zdravotnictví od korupce a nadstandardy vnímají jako nejlepší možnou volbu. Avšak většina z nich se vyhrazuje vůči administrativě, která se zavedením nadstandardů stále přibývá. Ta ubírá sestřičkám čas na komunikaci s pacienty, naslouchání a následné povzbuzení pacientů do léčení. Zde se tedy objevuje paradox ve smyslu pozitivního schválení nadstandardní péče a kritické hodnocení jeho zavedení.

8.3.2 Názory lékařů na poskytování NS

Dle zkušenosti lékařů je problematické, že ačkoliv nadstandardní služby slibují lepší zdravotní péči, nemusí to tak být. Participantů se domnívají, že mnohdy nám nadstandardní služby mohou více uškodit, než přilepšit. Jde tedy o snahu koncipovat medicínu jako sféru služeb a stále se zde více prolíná jazyk komerce a konzumerismu. Pro potvrzení této výpovědi jsem zvolila konkrétní příklad s císařským řezem, který uvádí lékařka Jana: *„Některé ty věci na seznamu jde vidět, že nepsal lékař. Jako třeba císařský řez. Je to chirurgické zákrok a je stejně nebezpečnější jako každá jiná operace. S tím nesouhlasím, když to jde přirozenou cestou. Je to lepší volba, než aby si rodičky platily ze strachu za císařáky.“*

Obecněji to vysvětluje i lékař Josef: *„Určitě nechci tvrdit, že když je někdo primář, tak musí být výborný operátor. Může být jen dobře politicky zapsaný nebo tak. Takže, když si zaplatíš primáře jako svého operátora, je možný, že si zaplatíš výborného manažera, ale ne operátora.“*

Zde se opět objevuje paradox ve výpovědích lékařů. Lékaři také souhlasí s nadstandardní péčí, jelikož je zde vidina osobních příplatků a benefitů, ačkoliv v některých nabídkách nadstandardů vidí možné riziko pro pacienta. Jak lékaři, tak i zdravotní sestry nadstandardní výhody podporují, ačkoliv se domnívají, že nám nemusí prospívat.

8.4 Souhrn vlivu nadstandardních výhod na proměnu rolí zdravotníků

Rozdělení zdravotní péče na nadstandardní a standardní více posiluje princip konzumerismu, který se promítá i do rolí zdravotníků a kompetencí pacientů. V rámci fungování konzumerismu ve zdravotnictví je pacient zohledňován jako aktivní aktér, který se stává klientem

zdravotního systému. Lékaři se stávají poskytovateli služeb, kteří nejsou autonomní, nýbrž plní veřejnou instrumentální funkci (Hrešanová, Hasmanová Marhánková, 2008: 91-92).

8.4.1 Aktivní role pacienta

Dle pohledu zdravotníků se pacient stává aktivním členem ve zdravotnickém systému. Jak sami lékaři uváděli, z hlediska jejich zkušenosti s poskytováním nadstandardů se měnil i jejich přístup k pacientům. Jejich vztah k pacientům byl vstřícnější a opět se potvrzuje role peněz, která se prolíná do vztahu pacienta a lékaře. Pacienti se dostávají do popředí, jelikož vědí, že na nich je odbyt závislý. Lze předpokládat, že zesílí orientace lékaře na klienta a kontrola lékaře klientem.

Josef: „Dřív byli pacienti mnohem pokornější. A řekněme i vděčnější za tu práci od nás. Dneska přijdou do nemocnice s tím, že tady máte tělo a dělejte, co umíte, páč vy jste odborníci. S tou možností, že si zaplatí se určitě tenhle fenomén bude prohlubovat.“

Tento úsek vypovídá o tom, že sami lékaři vnímali pacienty dříve jako pasivní členy zdravotnického systému. Nyní je čím dál tím více zdravotnictví koncipováno na úroveň služeb. Vztah mezi pacientem a zdravotníkem je založen na ekonomické bázi.

8.4.2 Proměna rolí zdravotníků

Většina lékařů i sester využívá své přirozené autority a důvěry ve vztahu ke svým pacientům. Role zdravotníka je dobrovolná, neboť jedinec si aktivně vybírá tuto roli a profesionálně se na ni připravuje. Dobří zdravotníci jsou schopni lidského projevu, který pacienti očekávají, jako například empatie, spolehlivost a dodání naděje (Křížová, 1993: 15).

Z výpovědí participantů lze ustanovit další role zdravotníků, které s sebou přinášejí i nové povinnosti. Do role lékaře se prolíná role obchodníka, který pro své zisky nabízí zvýhodněné služby. Ačkoliv volba operátora není možná v každé nemocnici, všichni lékaři vyjádřili své přání pro zavedení této služby. Na tomto příkladu chci doložit to, že pacienti si nekupují jen lepší materiály (například odlehčená sádra), ale i schopnosti daného lékaře. Tímto se role obchodníka více umocňuje. V rámci nadstandardních služeb se lékař potýká jak s rolí obchodníka (poskytovatel NS), tak s rolí realizátora, který přijímá veškerou zodpovědnost za výsledek své služby.

Jan: *„Tak ty služby nabízíme my, lékaři. Ale není to pevně daný. Ale já bych měl o tom vědět nejvíc, a když si mě někdo zaplatí k operaci, tak i zodpovídám za spokojenost těch pacientů.“*

Základní rozšířené role zdravotních sester v moderním lékařství jsem uvedla již v teoretické části (viz kapitola 3.2.1). Pokud to shrneme, lze říci, že hlavní náplň práce zdravotní sestry tvoří základní ošetrovatelská péče, psychosociální činnost a v rámci zavádění tržního systému ve zdravotnictví i administrativní práce.

Michaela: *„Někdy si nepřijdu jak sestřička, ale úřednice. Začínáme rozdělením pacientů. Pak dokumentace, vyplnění přílohového listu, pak dělám hygienu pacienta. Pak máme vizitu a medikace (tablety). No, pak zase musím sepsat ošetrovatelskou dokumentaci, pak sepisuji účtování pro pojišťovny. Pak následují obědy a polohování. No a pak zase můžeš jít psát dokumentaci o mimořádných věcech a pak závěrečná zpráva pro noční směnu. Je toho dost.“*

Ačkoliv administrativní práce jsou potřebnou součástí profese sestry, nemělo by ji to odvádět od hlavní povinnosti ošetřovat nemocné. Na základě zavedení nadstandardních výhod administrativa sestřičkám přibývá a jak samy uváděly, často práce s administrativou probíhá na úkor péče o pacienty. Do tradiční ošetrovatelské role zdravotních sester se čím dál tím více prolíná i role úřednice.

8.4.3 Nová role sekretářky v nemocnici

Nynější kapitolu jsem se rozhodla uvést až po dokončení analýzy, jelikož se v rámci zavádění nadstandardních služeb objevila další role ve zdravotnictví, která je pro mou práci stěžejní. Jedná se o roli sekretářky, která přebírá část administrativy od zdravotních sester a je příjemkyní plateb za nadstandardní péči. Profese sekretářky je ve zdravotnictví relativně novou profesí. Důsledkem jejího vzniku je neustále se zvyšující administrativa a práce tak přibývá. Proto i ony hrají důležitý prvek ve zdravotnictví. Stejně jako sestřičky přichází i ony do styku s pacienty, se kterými řeší osobní údaje v rámci vyplňování administrativních povinností a přebírají peníze za provedené nadstandardní služby. S jednou sekretářkou jsem uskutečnila rozhovor.

Ola: „Papírování je hrozně moc. Dříve administrativu dělala hlavně staniční sestra. Teď téměř každé oddělení má svoji sekretářku. Jsme pracovnice navíc a ulehčilo to práci s papírama zdravotním sestřím. Takže vyplňujeme s pacienty osobní údaje, neschopenky a vyřizujeme finanční záležitosti za pobyt v nemocnici a nadstandardní služby.“

Na výpovědi Oly, je podstatné uvědomit si, že administrativa je skutečnou zátěží pro celý zdravotnický systém. Částečným řešením může být i vznik nové profesní pozice sekretářky. V současné době téměř každé oddělení v nemocnici svoji sekretářku. Zda a jakým způsobem se bude role sekretářek proměňovat či rozšiřovat, to je otázka pro hlubší bádání.

9 ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zabývala otázkou, jaké názory a zkušenosti mají zdravotníci s poskytováním nadstandardních výhod. A jak toto nabízení zvýhodněné péče ovlivňuje vztah mezi pacientem a zdravotníkem a jejich profesní identitu. Nejprve bylo pro mne důležité zjistit, zda a do jaké míry jsou zdravotníci informováni s novou reformou nadstandardních výhod. Moji respondenti byli dostatečně informováni, jelikož o nadstandardní péči a její cenové relaci ohledně svého oddělení měli povědomí. Zdravotníci hledali nové strategie, jak informace získat a hlavním informátorem se staly média, nikoliv nemocnice samotná. Zdravotní sestry byli pasivnější v získávání informací, avšak často o dané situaci diskutovali v rámci sociálních interakcí. Naproti tomu lékaři využívali globálnější strategie skrze internet a získávali informace pro své vlastní uspokojení.

Poté jsem se zabývala názory zdravotníků ohledně placených výhod pro pacienty. Dotazovaní zdravotníci zastávali kladný vztah k zavedení nadstandardní péče, avšak z diametrálně odlišných důvodů. Lékaři podporují nadstandardy zejména za účelem vlastního zisku (osobní příplatky) a zdravotní sestry zauímají koncepčnější přístup, jelikož podporují nadstandardy z hlediska očistění nemocnice od úplatků. Z hlediska jejich zkušenosti se shodují na tom, že nadstandardy sice slibují zlepšení kvality péče, ale ve výsledku to tak ani být nemusí. Ať už z hlediska administrativy, která se prolíná do časového vytížení sestřiček na úkor péče o pacienty, nebo nesmyslné zákroky, které mnohdy standardní cestou jsou lepší, než ty, které si zaplatíme.

V další části mé práce jsem se zaměřila na proměnu rolí zdravotníků v rámci zavádění nadstandardních výhod. Jak je zmíněno výše, administrativa se prolíná do ošetrovatelské role sestřiček a v rámci jejich rozšířené role se kompetence neustále zvyšují. U mnohých zdravotních sester se objevuje frustrace z očekávání jejich profese nad tím, že si připadají více jako úřednice než ošetrovatelky. S tržním

principem ve zdravotnictví se proměňuje i vztah mezi pacientem a lékařem, který je založen na ekonomické bázi a pacient se dostává do střetu zájmu jako aktivní člen ve zdravotnictví. Lékaři se domnívají, že se zavedením nadstandardních služeb dojde k prohloubení tohoto ekonomického vztahu, kdy pacienti jsou vnímáni jako klienti a jejich privilegia se zvyšují. Znamená to tedy, že zdravotník se stává prodejcem a pacient, jako zákazník, je tím, na kom odbyt služby závisí. Dnes je zcela nepopíratelná snaha koncipovat medicínu na sféru služeb, kdy zavedení nadstandardů tuto snahu ještě umocňují.

10 SEZNAM LITERATURY

Bártlová, S. 2003. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada.

Beran, J., Chaloupková, L., Tumpachová, N. 2002. *Základy lékařské psychologie pro lékařské studium ve zdravotnictví*. Praha: Karolinum.

Bouchal, M. 1993. *Psychologie v lékařství*. Brno: Masarykova univerzita.

Braun, V., Clarke, V. 2006. *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2).

Durdisová, J. 2005. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica.

Field, D., Taylor, S. 2003. *Sociology of health and health care*. 3rd. ed. Oxford: Blackwell.

Gladkij, I., Strnad, J., 2002. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Hendl, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Hrešanová, E., Hasmanová Marhánková J. 2008. *Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami*. *Sociologický časopis*, 44 (1).

Ivanová, K. 2006. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. Vyd. Praha: NCO NZO.

Jandourek, J. 2001. *Sociologický slovník*. Praha: Portál.

Kolektiv autorů. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.

Nový, I., Surynek A. a kol. 2006. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada.

Křížová, E. 1993. *Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví*. Praha: Karolinum.

Křížová, E. 2006. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Slon.

Kuhlmann, E. 2006. *Modernising Health Care: Reinventing Professions, the State And the Public*. Bristol: The Policy Press.

Mastiliaková, D. 2003. *Úvod do ošetrovatelství*. Praha: Karolinum.

Mášová, H., Křížová, E., Svobodný, P. 2005. *České zdravotnictví-vize a skutečnost*. Praha: Karolinum.

Pustelník, K., Jarošová D. 2003. *Úvod do studia zdravotnických systémů*. Ostravská univerzita: Zdravotně sociální fakulta.

Reichel, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada.

Schott, H. 1994. *Kronika medicíny*. Praha: Fortuna Print.

Staňková, M. 2002. *Sestra-reprezentant profese*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně.

Šimek, J., Špalek, V. 2002. *Distribuce veřejných statků jako základ regulace zdravotnictví v současné době*, in: Šimek J. (ed.). *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Praha: Karolinum.

VanZandt, C., E. 1990. *Professionalism: A matter of personal initiative*. Journal of Counseling and Development, 68.

Vondráček, L., Bouška, I. 2004. *Základy zdravotnického práva*. Praha: Karolinum

Vučková, J. 1994. *Ošetrovatelství*, 1. vyd. Praha: Fortuna.

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. Kolektiv autorů. 2008. *Příručka pacienta. Průvodce patientskými právy*, [online text].[cit. 2013-05-03]. Dostupné z WWW: http://www.fnbrno.cz/data/files/Informace%20o%20FN%20Brno/Pri_ruicka_pacienta_nova.pdf.
2. Maxdorf s.r.o. 2002. *Portál slovníky.cz*, [online text]. [cit. 2013-05-03]. Dostupné z WWW: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/zdravotni-sestra>.

11 RESUMÉ

The main aim of this bachelor thesis is to capture the opinions and experience of health care professionals with the established above-standard care of patients. Higher medical care enhances the increasing market principle in healthcare, which changes the roles of medics and patients.

I devoted the practical part to a thematic analysis, which gave the opportunity to stand out the basic topics from the statements of the medics. Based on the analyses I have found out that the opinions coincide for establishing the higher medical care, however, from very different reasons. Nurses generally support the higher health care as justification of the corruption, which cleans the medical environment. On the other hand doctors are generally attracted by the vision of their own benefits for providing and realization of the higher medical care even though they are aware that the promising higher medical care does not has to be beneficial.

Furthermore I have found out that economically more challenging medical care puts more attention on the patients and all the sales depends on them. Expanded roles of nurses and doctors are changing based on consumerism where doctors become more economically active and the competencies of nurses are still expanding.

12 PŘÍLOHY

CENÍK NADSTANDARDŮ-Lidové noviny-autor Šimon



Odlehčená sádra na ruku

- Nyní se cena klasické sádry pohybuje zpravidla v rozmezí

150 až 300 Kč.

- Komfortnější varianta, kterou jsou obvazy z platických materiálů, vyjde podle nemocnic na **400 – 800 Kč.**

Doplatek: asi 400 Kč



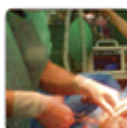
Odlehčená sádra na nohu

- Podobná situace je u odlehčené sádry na spodní končetiny.

Dosud pojišťovna hradí klasické provedení, které stojí **300 až 500 Kč.**

- Nově má pacient získat možnost si připlatit za odlehčenou sádru zhruba **500 – 1000 Kč.**

Doplatek: asi 500 Kč



Robotická operace prostaty

■ Zdravotní pojišťovny hradí především laparoskopickou verzi operace, pohybující se okolo **30 000 Kč.**

- Jen některé nabízejí klientům i výrazně dražší, robotický zásah. Ten vyjde včetně nákladů na zákrok minimálně na **100 000 Kč.**

Doplatek: až 50 000 Kč a více



Vypalování bradavic dusíkem

- Virové bradavice jsou hrazeny zdravotními pojišťovna nami.

Cena se pohybuje od **60 – 200 Kč.**

- Je možné, že v některých případech by si pacient v budoucnu za tento kosmetický zákrok měl připlácet.

Doplatek: asi 100 Kč za jedno sezení



Císařský řez na přání rodičky

■ Zákroky na přání pacienta dosud nebyly hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

- V případě, že by rodičky získaly možnost i bez indikace si pro svůj porod vyžádat císařský řez, stál by je zákrok minimálně **3000 Kč.**

Doplatek: asi 3000 Kč



Odstranění křečových žil laserovou technikou

■ Zdravotní pojišťovny hradí pouze zákrok, tedy klasickou operaci takzvaných varixů ve výši cca **1800 Kč.**

- Speciální laserová technika vyjde na **10 000 až 15 000 Kč.** Cena se stanovuje podle četnosti laserových pulsů a počtu nutných ošetření.

Doplatek: až 8000 Kč a více



Speciální cévní protézy

■ Aktuálně užívané typy cévních protéz jsou kompletně hrazeny z veřejného pojištění. Jejich cena se pohybuje od **1000 do 41 500 Kč.**

- Uvažuje se, že speciální, dražší typy by se zahrnuly do skupiny nadstandardu.

Doplatek: asi 5000 Kč a více



Kvalitnější oční čočky

■ Pojišťovny nyní hradí čočky v rámci odstranění šedého zákalu v ceně **3000 Kč.** Celková cena operace stojí přibližně **10 000 Kč.**

- Cena kvalitnější čočky se může vyšplhat až na **30 000 Kč** plus náklady za zdravotní výkon.

Doplatek: mezi 10 000 až 27 000 Kč

Tabulka č. 2- Ukázka tvorby kódů

Extrakt	Autor	Kód
<p><i>Tak mě by hrozně potěšilo, kdyby mi zavedli tu volbu operátéra. A nejlepší by bylo, kdyby si nás pacienti platili pořád. Já bych jezdil do práce na konkrétní čas zaplacených operací a pak bych zase jel domu. No a víc peněz za to...to by bylo super!</i></p>	JOS4	Vlastní benefity
<p><i>Tak je fakt, že korupce je ve zdravotnictví pořád. Nechci si to idealizovat. Takže peníze najednou jsou a všichni ví, za co, ale nikdo se k tomu nevyjadřuje. A když bude vybranej balík peněz za nadstandardy, tak se tyhle peníze za to schovají.</i></p>	MAR12	Vnímání korupce
<p><i>Určitě víc administrativy. Se vším musí pacient souhlasit a vše se zapisuje do počítače. Takže vše přes počítač. Píše se formulář na vše. A je to takový zdlouhavý, no.</i></p>	MON3	Změny v očekávání profese

