

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Statut nemocničního ombudsmana v
českých nemocnicích**

Bc. Petra Benešová

Diplomová práce

2011

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra BENEŠOVÁ**
Osobní číslo: **Z09165**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelství**
Název tématu: **Statut nemocničního ombudsmana v českých nemocnicích**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Seznámení s teoretickými východisky a poznatky o dané problematice
2. Nastudování metodických východisek
3. Studium literatury, rešerže a sběr teoretických dat
4. Kvalitativní výzkum - strukturovaný rozhovor
5. Kvantitativní výzkum - dotazník
6. Statistické zpracování získaných dat obecnými statistickými metodami
7. Sepsání diplomové práce (teoretická, výzkumná část)

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

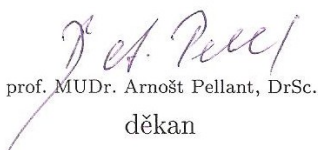
Seznam odborné literatury:

1. GLADKIJ, I. Management ve zdravotnictví : ekonomika zdravotnictví, řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví, kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování. 1. vyd. Brno : Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
2. MARX, D.; VLČEK, F. Národní akreditační standardy pro nemocnice. 2. vyd. Praha : SAK ČR : Tegis, 2008. 103 s. ISBN 978-80-903750-6-2.
3. BÍLKOVÁ, D.; BUDÍNSKÝ, P. Pravděpodobnost a statistika. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2009. 639 s. ISBN 978-80-7380-224-0.
4. HENDL, J. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
5. DĚDINA, J.; CEJTHAMR, V. Management a organizační chování. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 339 s. ISBN 80-247-1300-4.
6. MADAR, J. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů. 1. vyd. Praha : Grada , 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.

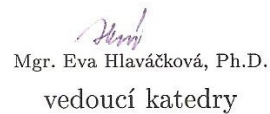
Vedoucí diplomové práce: Ing. Jana Holá, Ph.D.
Katedra informatiky, managementu a radiologie

Datum zadání diplomové práce: 30. listopadu 2010

Termín odevzdání diplomové práce: 25. dubna 2011


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 25. února 2011

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména ze skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou, nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Lovosicích dne 20. 4. 2011

.....
Bc. Petra Benešová

PODĚKOVÁNÍ

Moje poděkování patří především vedoucí práce paní Ing. Janě Holé, PhD. za poskytnuté cenné rady a pomoc při psaní diplomové práce. Dále děkuji všem, kteří mi pomohli při sběru dat v rámci výzkumného šetření, účastníkům výzkumu, rodině a přátelům za podporu při psaní práce.

SOUHRN

Diplomová práce se zaměřuje na situaci nemocničních ombudsmanů v českých nemocnicích. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V části teoretické je popsána historie vzniku institutu ombudsmana obecně, dále se práce zaměřuje na nemocničního ombudsmana v českých nemocnicích. Teoretická část obsahuje také kapitolu věnovanou kvalitě péče o pacienty. Praktická část analyzuje provedený výzkum kvalitativně – kvantitativního charakteru. První část výzkumu je zaměřena na rozhovory s konkrétními nemocničními ombudsmany a část kvantitativní se zabývá četností informovanosti pacientů a veřejnosti o existenci nemocničního ombudsmana.

KLÍČOVÁ SLOVA

nemocniční ombudsman; kvalita péče; stížnost; zdravotnictví; informovanost

TITLE

The Statute of hospital ombudsman in Czech hospitals

SUMMARY

This Diploma Thesis focuses on the situation of hospital Ombudsmen in Czech hospitals. The work is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part describes the history of the Ombudsman Institute in general and also the work of the hospital ombudsman in Czech hospitals. The theoretical part contains a chapter dedicated to the quality of patients care. The practical part also analyzes the qualitative and quantitative research that was carried out. The first part concentrates on interviews with specific hospital ombudsmen and the quantitative section deals with the patients and public awareness of the existence of the hospital ombudsman.

KEYWORDS

hospital ombudsman; quality of care; complaints; health service, informedness

OBSAH

ÚVOD.....	10
CÍL PRÁCE.....	12
I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1. Definování pojmu ombudsman	14
1.1 Historie a obecné zakotvení institutu ombudsman.....	14
1.2 Klasifikace institutu ombudsman	15
2. Nemocniční ombudsman	17
2.1 Pacientský ombudsman.....	18
2.2 Stížnosti pacientů při poskytování zdravotní péče.....	19
2.2.1 Nejčastější stížnosti	21
3. Význam kvality zdravotní péče v rámci ochrany pacientů a jejich práv.....	25
3.1 Definice kvality zdravotní péče	26
3.2 Systém kvality ve zdravotnictví	26
3.3 Znaký kvality zdravotní péče	27
3.4 Měření kvality péče.....	29
3.4.1 Indikátory kvality zdravotní péče	31
3.4.2 Sledování mimořádných událostí	32
3.4.2.1 Metodologie procesu mimořádných událostí	33
3.4.2.2 Rizika v kontextu léčebné péče	34
3.4.2.3 Rizika v kontextu ošetrovatelské péče	35
3.5 Systémy řízení a zajišťování kvality	36
3.5.1 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).....	36
3.5.2 Spojená akreditační komise (SAK)	37
3.5.3 International Standards Organization (ISO).....	38

3.6 Akreditace zdravotnických pracovišť	39
3.6.1 Význam akreditace	40
3.6.2 Přínosy akreditace	41
4. Význam kvality ošetrovatelské péče v rámci ochrany pacientů a jejich práv	42
4.1 Definice ošetrovatelství.....	42
4.2 Znaky kvality ošetrovatelské péče	43
4.3 Zajišťování kvality ošetrovatelské péče	43
4.4 Standardy ošetrovatelské péče	44
4.4.1 Typy standardů	45
4.4.2 Metodika tvorby standardů a jejich závaznost	46
4.5 Audit ošetrovatelské péče	47
4.6 Posuzování kvality ošetrovatelské péče	48
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	49
5. Cíl, výzkumné otázky a hypotéza.....	50
6. Metodologie výzkumu.....	52
6.1 Kvalitativní výzkum.....	52
6.1.1 Použitá metoda výzkumu	52
6.1.2 Charakteristika výzkumného souboru	52
6.1.3 Zpracování dat kvalitativní části výzkumu.....	53
6.2 Kvantitativní výzkum.....	53
6.2.1 Použitá metoda výzkumu	53
6.2.2 Charakteristika výzkumného souboru	53
6.2.3 Zpracování dat kvantitativní části výzkumu.....	54
7 Analýza dat a prezentace výsledků.....	55
7.1 Analýza strukturovaných rozhovorů - kvalitativní výzkum.....	55
7.2 Analýza dat a prezentace výsledků kvantitativní části výzkumu.....	62
8 Diskuze	75

ZÁVĚR	80
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	83
SEZNAM ZKRATEK	87
SEZNAM TABULEK	88
SEZNAM PŘÍLOH	89

ÚVOD

Téma diplomové práce s názvem „Statut nemocničního ombudsmana v českých nemocnicích“ jsem si zvolila proto, že tato problematika je zatím poněkud neznámá. Termín ombudsman nebo také ochránce práv je obecně znám jen díky činnosti prvního českého ombudsmana JUDr. Otakara Motejla. Tato instituce sídlící v Brně byla zřízena v České republice na základě zákona č. 349/1999 Sb. – o Veřejném ochránci práv.

V podmínkách nemocnice je význam funkce nemocničního ombudsmana jako ochránce práv zachován. Pacient/klient, který je nespokojen s poskytovanou zdravotní péčí, má řadu možností, kam se může obrátit. Se stížností lze kontaktovat vedení zdravotnického zařízení, lékařskou komoru, zdravotní pojišťovnu, zřizovatele zdravotnického zařízení nebo orgán, kterým bylo zařízení registrováno. Jako vhodné řešení se ukazuje zavedení pozice nemocničního ombudsmana, tedy konkrétního odborníka, kterému se pacienti/klienti mohou svěřit se svými problémy. Nemocniční ombudsman se snaží pomáhat chránit práva pacientů/klientů a jejich blízkých, v určité míře i zaměstnanců. Pokud mají pacienti/klienti, jak ambulantní, tak hospitalizovaní, nebo jejich blízcí či ostatní veřejnost nějaký problém, se kterým si neví rady a nebyli by ho schopni vyřešit na úrovni jednotlivých zdravotnických pracovišť, tak se mohou obrátit právě na nemocničního ombudsmana, který se jim snaží zprostředkovat pomoc.

Současná situace našeho zdravotnického systému je pro řadu občanů nepřehledná. Mění se základní struktura organizace zdravotní péče a dochází ke změnám financování zdravotní péče. Mění se také vzájemné vztahy mezi lékaři a zdravotníky na straně jedné a mezi pacienty/klienty a zdravotnickým personálem na straně druhé. Podle současných tendencí v medicíně by měl být pacient/klient o metodách a rizicích léčby informován natolik, aby mohl sám o sobě rozhodovat a být tak spoluodpovědný za své zdraví. To však s sebou nese větší vnímavost ke všemu, co se s námi děje v ordinacích lékařů primární péče či v nemocnicích, přesto zároveň zůstává lékařské prostředí pro laika velkým neznámem. Nesoulad a nepochopení, nevyvážený vztah mezi zdravotníkem a pacientem/klientem, tak může skončit jako krajní situace až u soudu. Každé nedorozumění působí disharmonii všech zúčastněných, proto bychom všichni měli podle svých sil a rolí usilovat především o dorozumění, vstřícnost a pohodu při jednání ve zdravotnických zařízeních. Ombudsman ve zdravotnictví by měl být nejen zastáncem práv pacienta/klienta, ale také jeho rádcem, který mu pomůže najít optimální řešení a podpoří jeho důvěru ve zdravotnický personál a zdravotnické zařízení, ve kterém působí. V současné době již můžeme tuto instituci najít

v některých zdravotnických zařízeních České republiky. Jedná se tedy o tzv. zdravotnické, nebo také nemocniční ombudsmany. Existence této funkce však není všeobecně známa.

CÍL PRÁCE

Teoretická část:

Cílem teoretické části diplomové práce je zmapovat a shrnout nejnovější poznatky, týkající se statutu nemocničního ombudsmana v českých nemocnicích.

Výzkumná část:

Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je provést kvalitativně-kvantitativní výzkum, týkající se statutu nemocničního ombudsmana v českých nemocnicích.

1) Dílčí cíle kvalitativního výzkumu:

- Zmapovat funkci nemocničního ombudsmana v českých nemocnicích.
- Zjistit, jaká je náplň práce nemocničního ombudsmana v jednotlivých zařízeních.
- Zjistit, jakými záležitostmi se nemocniční ombudsman v rámci své funkce nejvíce zabývá.
- Zjistit, jaké pravomoci má nemocniční ombudsman.

2) Dílčí cíle kvantitativního výzkumu:

- Zjistit, jak vnímá veřejnost zavedení funkce nemocničního ombudsmana.
- Zhodnotit úroveň informovanosti respondentů o existenci nemocničních ombudsmanů.
- Ověřit, zda pacienti, kteří navštívili nemocnici s nemocničním ombudsmanem, jsou lépe informováni než ostatní veřejnost.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Definování pojmu ombudsman

S termínem ombudsman a tedy i instituce, „úřad“, který se pod tímto cizokrajným názvem skrývá, se stále více setkáváme v každodenním životě, přesto však tento název vyvolává nejasné a zkreslené představy. Označení určité instituce pojmem ombudsman je často zavádějící a mnohdy se stává, že instituce nazvaná jako ombudsman má společného s tímto institutem pouze to, že vyřizuje stížnosti. V odborné literatuře lze najít celou řadu definic instituce ombudsmana. Například dánský ombudsman Hans Gammeltoft-Hansen vymezuje institut ombudsmana jako:

„úřad zřízený ústavou, legislativním aktem nebo parlamentem, v jehož čele stojí nezávislý, vysoce postavený veřejný činitel odpovědný zákonodárnému sboru nebo parlamentu, který přijímá stížnosti občanů na vládní úřady, úředníky a zaměstnance, nebo který jedná ze své vlastní iniciativy, a který má pravomoc vyšetřovat, doporučovat nápravná opatření a vydávat zprávy.“

Většina autorů uvádí, že nelze nalézt univerzální a přesnou definici instituce ombudsmana (Šilhánová, 1993, s. 32).

Pokud budeme výraz slova ombudsman hledat ve slovníku cizích slov, našli bychom vysvětlení, že ombudsman je mimosoudní kontrolní úřad, který je státem pověřen k řešení občanských záležitostí (Václavík a kol., 2007, s. 356).

Tato kapitola se zaměřuje na historii a obecné zakotvení institutu ombudsman a dále na jeho klasifikaci.

1.1 Historie a obecné zakotvení institutu ombudsman

Původ slova ombudsman nacházíme ve středověkém švédském výrazu „umbup“, znamenající moc nebo autoritu, dále také ve švédském slově „ombud“, označující osobu, jež vystupuje jako zástupce, zmocněnec, či mluvčí jiných.

Funkci prvního „skutečného“ ombudsmana (pokud pomineme podobné činnosti římských tribunů lidu či středověkých panovníků) zřídil v 18. století švédský král Karel XII. na základě poznatků získaných během exilu v Turecku. Od roku 1713 měl tento švédský ombudsman dbát především na správné chování královských úředníků. Od roku 1809 byla instituce ombudsmana poprvé pevně zakotvena ve švédské ústavě, v této době byla definována jako orgán parlamentu dohlížející na to, jak soudci, vládní a ostatní úředníci dodržují zákony a jiné právní předpisy. Ústavní zakotvení doplnil následně zákon o instrukcích pro ombudsmana, který přesněji definoval jeho oprávnění a výkon působnosti.

Instituce ombudsmana dosáhla největšího rozvoje ve 20. století, zejména po 2. světové válce, kdy vznikla v různých podobách závislých především na historickém a politicko-společenském vývoji konkrétní země. Institut ombudsmana postupně pronikl do právních systémů zemí téměř celého světa bez ohledu na společenské zřízení (monarchie - Švédsko, Dánsko, Norsko, Holandsko, republiky - Francie, Finsko, Rakousko, státy anglo - amerického právního systému - Velká Británie, USA, Kanada, africké státy - Ghana, Nigérie, státy Asie - Filipíny, Izrael, Pákistán dále také Austrálie). Ombudsmany najdeme i v bývalých zemích socialistického bloku - Maďarsko, Litva, Lotyšsko, Rusko, Rumunsko, Slovinsko, Slovensko, Česká republika, celkem asi sto zemí. Název této instituce se v jednotlivých zemích liší, např. ve Španělsku působí defensor del pueblo, ve Francii médiateur, v Rakousku Volksanwaltschaft, v Polsku Rzecznik praw obywatelskich, v Rumunsku Avocatul Popolurui či v České republice veřejný ochránce práv (Mach, 2005, s. 8).

1.2 Klasifikace institutu ombudsman

Nejčastější klasifikace instituce ombudsmana je rozlišení tří typů ombudsmana:

1. ombudsman moci zákonodárné (parlamentní či legislativní ombudsman),
2. ombudsman moci výkonné,
3. speciální ombudsman.

Ombudsman moci zákonodárné tvoří nejrozšířenější skupinu, jeho existence je odvozena od nejvyššího zastupitelského sboru, jenž ho zpravidla volí a ke kterému má také určité, zákonem regulované vztahy.

Ombudsman moci výkonné je jmenován vládou, respektive jejím předsedou, eventuelně hlavou státu. Vazba ombudsmana na parlament je buď slabá, nebo žádná.

Speciální ombudsman může mít povahu jak součásti moci výkonné, tak orgánu ustanoveného legislativou. Zřizujícímu orgánu je ombudsman odpovědný nebo přímo podřízený.

Důležitým znakem pro rozlišení ombudsmanů je jejich nezávislost. Z tohoto důvodu je zvláštní ombudsman a ombudsman moci výkonné označován jako „*ombudsman nepravý*“, protože jejich forma má charakter interní kontroly nebo interního dozoru. Parlamentní ombudsman, i přes určitou míru provázanosti na zákonodárny sbor je institucí nezávislou, která tvoří autonomní součást moci zákonodárné. Z tohoto důvodu bývá ombudsman moci

zákonodárné označován jako „*pravý ombudsman*“, jež lze obecněji rozlišit na *všeobecné* a *speciální*. Základní rozdíl spočívá v tom, že ombudsman všeobecný se zaměřuje na činnosti prakticky celé veřejné správy a působnost ombudsmana zvláštního je věcně vymezena (omezena) úžeji, tzn. jeho působnost je specializovanější (např. ombudsman pro oblast vojenství, zdravotnický ombudsman, ombudsman pro ochranu dat, dětský ombudsman atp.). Ombudsmany všeobecné je možné dále ještě rozlišovat, především podle územního rozsahu působnosti. Jde o dělení na ombudsmany „ústřední“ neboli celostátní („national“), „zemské“ respektive „státní“ (state) a místní (městské, regionální apod., „local“, „urban“). I speciální ombudsman může mít charakter instituce „ústřední“, např. ombudsmani specializovaní právě jen na oblast vojenskou, zdravotnictví, ale eventuelně i zemské (státní) či místní (Sládeček, 2000).

2. Nemocniční ombudsman

Termín ombudsman je české populaci znám díky osobě a činnosti ombudsmana JUDr. Otakara Motejla. I v nemocničních podmínkách zůstal význam této funkce – ombudsman jako ochránce práv – zachován (Jurásková, 2006).

Nemocniční neboli zdravotnický ombudsman je institut naprosto běžný v západních zemích. Mezi nejpropracovanější systémy nemocničních ombudsmanů patří zdravotnický ombudsman v Anglii, ve Spojených státech a v Kanadě. Nemocničního ombudsmana lze také nalézt i v takových zemích, kde by nás to mohlo překvapit, např. v Turecku. Ve světě je naprosto běžné, že svého nemocničního ombudsmana mají zejména dětské nemocnice, nemocnice pečující o psychiatricky nemocné a ty nemocnice, kde jsou hospitalizováni senioři v rámci dlouhodobé péče. Jsou to tedy nejohroženější skupiny obyvatelstva (Jurásková, 2006).

V České republice zdravotnickým zařízením neukládá žádný předpis nebo zákon zřízení instituce zdravotnického ombudsmana.

Dříve se občané v případech, kdy se cítili být poškozeni zdravotnickým zařízením a nemohli se domoci nápravy u tohoto zařízení, obraceli se svými stížnostmi přímo na osobu republikového ombudsmana. K jeho činnosti v těchto případech napomáhala také novela zákona o Veřejném ochránci práv, kterou přinesl zákon č. 381/2005 Sb. Jednalo se o novou pravomoc veřejného ochránce práv, která zní:

„Ochránce provádí systematické návštěvy míst, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě veřejnou mocí nebo v důsledku závislosti na poskytované péči, s cílem posílit ochranu těchto osob před mučením, krutým, nelidským, ponižujícím zacházením nebo trestáním a jiným špatným zacházením“.

Zákon mezi místy, která má ombudsman navštěvovat a kontrolovat výslovně uvádí zdravotnická zařízení.

Také v samotném zákonu o péči o zdraví lidu (§ 67b odst. 10) došlo ke změně ve smyslu rozšíření výčtu osob oprávněných nahlížet do zdravotnické dokumentace o veřejného ochránce práv (Policar, 2007).

Ombudsman je oprávněn s vědomím ředitele zdravotnického zařízení (i bez předchozího upozornění) vstupovat do všech prostor a provádět zde šetření, které spočívá v nahlížení do spisů včetně zdravotnické dokumentace, kladení otázek zaměstnancům a rozmluvě s osobami umístěnými ve zdravotnických zařízeních, a to bez přítomnosti jiných osob. Zdravotnická zařízení jsou dále povinna na žádost ombudsmana a ve lhůtě jím stanovené

poskytnout informace a vysvětlení, předložit spisy a jiné náležité písemnosti, sdělit písemně stanovisko ke skutkovým a právním otázkám, provést důkazy, které ombudsman navrhne, a také provést úkony dozoru, k nimž jsou podle zákona oprávněny a které ochránce navrhne. Ombudsman je také oprávněn být přítomen při ústním jednání a provádění důkazů a klást přítomným osobám otázky. Pro účely šetření může ombudsman požádat o zproštění mlčenlivosti u osob, které jsou jí vázány, a musí mu být vyhověno. Ombudsman není oprávněn zasahovat do činnosti a rozhodování zdravotnického zařízení. Výsledkem jeho šetření je zpráva o jeho zjištěních, která může obsahovat doporučení nebo návrhy opatření k nápravě, ke které je kontrolované zařízení povinno se vyjádřit. Neshledá-li ombudsman vyjádření dostatečným, má dvě možnosti k další reakci: vyrozumět nadřízený úřad či (není-li takového úřadu) vládu, nebo také může o svých zjištěních informovat veřejnost. Všechna tato oprávnění se nevztahují pouze na ombudsmana, ale ombudsman může také pověřit prováděním jednotlivých šetření zaměstnance Kanceláře veřejného ochránce práv (Policar, 2007).

2.1 Pacientský ombudsman

V roce 2008 Svaz pacientů České republiky přišel s návrhem jmenování tzv. „pacientských“ ombudsmanů s působností pro jednotlivé kraje. Od roku 2008 tento svaz postupně jmenuje bývalé nebo současné politiky (většinou senátory) do funkce pacientského ombudsmana v jednotlivých krajích za účelem zlepšit zdravotnické prostředí, ve kterém se pohybují pacienti. Jedná se o funkci čestnou, bez nároku na honorář, přičemž ve skutečnosti, že za pacientské ombudsmany jsou vybíráni zejména senátoři nebo vlivní politici, lze nalézt dvojí smysl. Jednak senátoři (politici) svou autoritou, vyplývající z jejich postavení, mohou svou intervencí mít vliv na spor mezi zdravotnickým zařízením a pacientem, ale zároveň pro ně představuje tato funkce zviditelnění v příslušném volebním obvodu. Otázkou však zůstává, zda by senátoři tuto činnost neměli vykonávat ve svém obvodu i bez této čestné funkce. Pacientský ombudsman sice působí ve veřejném sektoru (zdravotnictví), ale vzhledem k tomu, že se jedná o čestnou funkci bez jakýchkoliv pravomocí, lze jej označit za instituci poskytující poradenství, popř. prezentují (lobbující pro) Svaz pacientů České republiky. Ombudsmani vznikli jako jedno z řešení situace občana versus stát. Ombudsman může sloužit nejen k ochraně práv pacientů, ale také pro zlepšení komunikace lidí "v systému" s jejich zákazníky tj. pacienty. Úřad pacientského ombudsmana slouží tedy k hájení práv a zájmů pacientů ve vztahu k péči o zdraví. Bezplatné služby pacientských ombudsmanů využijí

zejména hospitalizovaní pacienti v lůžkových zdravotnických zařízeních, včetně pacientů hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách, jejichž ochrana práv v průběhu léčby je velmi nedostatečná. Základním úkolem kanceláře patientského ombudsmana je řešení jednotlivých kauz pacientů. Pacient musí po ukončení kauzy nabýt přesvědčení, že vše, co bylo možné učinit v jeho prospěch, bylo učiněno. Musí být seznámen se všemi právními okolnostmi svého případu a navrženými řešeními. Svaz pacientů České republiky je přesvědčen, že institut patientského ombudsmana, obdobně jako v jiných státech Evropské unie, svou existencí přispěje k větší spokojenosti pacientů, zajistí ochranu jejich práv a zájmů a v neposlední řadě bude sloužit ke zlepšení vztahů mezi pacienty a zdravotnickým personálem, tím, že bude mediovat jejich vzájemná nedorozumění a spory (Svaz pacientů ČR, 2011).

Jako první patientskou ombudsmanskou v České republice byla jmenována v roce 2008 senátorka PaedDr. Alena Gajdůšková pro Zlínský kraj, Olomoucký kraj, Moravskoslezský kraj a Jihomoravský kraj. Na špatnou zdravotnickou péči či komunikaci s lékaři nebo zdravotními sestrami si mohou lidé postěžovat patientské ombudsmance ve Zlíně, kde má otevřenou poradnu. Lidé ji mohou navštěvovat každé pondělí v měsíci od 15.00 do 17.00 hodin (Šidela, 2010).

Dne 29. 11. 2008 byl jmenován patientským ombudsmanem v Ústeckém kraji poslanec PSP Josef Tancoš. Pro Středočeský kraj byl jmenován ombudsmanem senátor parlamentu České republiky PhDr. Marcel Chládek, MBA dne 9. 7. 2009. Svaz pacientů České republiky jedná o dalších osobnostech na tuto funkci (Svaz pacientů ČR, 2011).

2.2 Stížnosti pacientů při poskytování zdravotní péče

V každé oblasti lidské činnosti dochází k situacím, kdy člověk, pro kterého něco konáme, nějakým způsobem o něj pečujeme nebo mu poskytujeme určitou službu, není s naší prací vždy spokojen. Toto platí i ve zdravotnictví, že míra spokojenosti se odráží od míry očekávání, tzn. jak naše činnost splňuje to, co od ní očekává dotyčný. Nenaplněná očekávání klientů/pacientů pak vedou k nespokojenosti a případně i ke stížnostem. Stížnosti klientů/pacientů jsou jedním z indikátorů kvality poskytované léčebné i ošetrovatelské péče. Situace ve zdravotnictví je umocněná tím, že veřejnost od zdravotníků očekává neomylnost, bezchybnost a vzorné služby, jde přece o zdraví, nejvyšší hodnotu života. Omyl nebo chyba ve zdravotnictví skutečně může lidský život ohrozit, ale ani zdravotníci nejsou neomylní a k chybám dochází i v této oblasti.

Pokud klient/pacient není se zdravotnickou péčí spokojen, má možnost podat stížnost. Správně by měla být stížnost podána primáři oddělení, řediteli nemocnice, zřizovateli zdravotnického zařízení (může jím být město, kraj, nestátní organizace či ministerstvo zdravotnictví), případně ombudsmanovi nemocnice, pokud je tato funkce v příslušném zdravotnickém zařízení zřízena. Ministerstvo zdravotnictví zřizuje fakultní nemocnice, specializované léčebné ústavy a psychiatrické léčebny, hovoříme tedy o přímo řízených organizacích a řešení stížností na tato zařízení pak šetří přímo ministerstvo zdravotnictví.

Ústřední evidenci stížností vede odbor kontroly ministerstva zdravotnictví a zároveň je vyřizuje ve spolupráci s odbornými útvary ministerstva a zdravotnickými zařízeními. Pokud dojde k šetření stížnosti, vyžádá si ministerstvo stanovisko ředitele příslušného zdravotnického zařízení a požádá o dostupnou zdravotnickou dokumentaci. Poté osloví odbornou lékařskou společnost dle typu onemocnění a požádá o nominaci nezávislého odborníka. Ten vypracuje posudek se závěrem, zda k pochybení došlo při poskytování zdravotní péče, nebo zda bylo postupováno „lege artis“, tedy v souladu s dostupnými vědeckými poznatky. Výsledky šetření jsou poté oznámeny stěžovateli a dotčenému zdravotnickému zařízení.

Pokud došlo k pochybení v poskytování zdravotnické péče, tak je součástí zprávy pro ředitele příslušného zdravotnického zařízení i návrh opatření k nápravě s tím, že je povinností na tato doporučení reagovat. Při pochybnostech, zda byl při výkonu zdravotní péče dodržen správný postup, nebo zda bylo ublíženo na zdraví, ustanovuje ministr zdravotnictví ústřední znaleckou komisi ministerstva zdravotnictví, která se dále stává poradním orgánem ministra v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví číslo 221/1995 Sb., o znaleckých komisích, v platném znění.

Členy výše jmenované komise jsou ředitel odboru zdravotní péče, zpravodaj, tři nominovaní nezávislí odborníci, zástupce právního a kontrolního odboru a zástupce České lékařské komory, případně patolog. Členové ústřední znalecké komise musí zachovávat mlčenlivost a prokázat nepodjatost k případu. Ze závěrů ústřední znalecké komise musí být jednoznačné, zda byl či nebyl dodržen správný postup při výkonu zdravotnických služeb a zda je či není příčinná souvislost mezi nesprávným postupem a újmou na zdraví nebo poškozením zdraví s následkem smrti. Součástí zápisu ústřední znalecké komise je také návrh doporučení směřující k nápravě. Když ústřední znalecká komise rozhodne, že při poskytování zdravotnické péče došlo k nesprávnému postupu, tedy k postupu „non lege artis“, který měl souvislost s újmou na zdraví nebo poškozením zdraví s následkem smrti, doporučuje případ

předat orgánům činným v trestním řízení. Obdobným způsobem fungují územní znalecké komise, které zřizují krajské úřady (Křemelová, 2006).

2.2.1 Nejčastější stížnosti

Jednání zdravotních sester bývá často předmětem stížnosti. Sestra je totiž jako první v kontaktu s pacientem/klientem a jako první s ním také komunikuje. Pacient/klient je zřejmě v prvním okamžiku setkání se zdravotnickým pracovníkem zvláště vnímavý k jeho reakcím. Z tohoto usuzování plyne, že velmi „citlivým“ místem ve zdravotnickém zařízení je recepce centrálního příjmu.

Dále je třeba v této souvislosti vzít v úvahu, že některé profesionální úkony zdravotní sestry jsou pro pacienty/klienty srozumitelné a cítí se být kompetentní k tomu, aby jejich úroveň posoudili. Patří sem například podávání léků, dopomoc při hygieně pacientovi/klientovi, přivolání lékařů atd. Naproti tomu úkony lékařů se vymykají možností laického posouzení. Pacient/klient není schopen např. posoudit lékařovo hodnocení křivky EKG a nemůže tak hodnotit provedení mnoha dalších diagnostických a terapeutických úkonů. Pokud jde např. o provedení endoskopie, tak pacient/klient očekává nějaký neznámý a nepříjemný zážitek, ale nemá žádný podklad pro posouzení toho, jak kvalitně byl takový výkon proveden (Beran, 2003).

Stížnosti na sestry lze rozdělit do dvou okruhů: *stížnosti na poskytovanou péči sestrami* (na konkrétní výkon) a na *chování a jednání sester s klienty/pacienty*.

Naskytuje se otázka, zda stížnosti jsou oprávněné či nikoliv. Pokud jsou stížnosti oprávněné, týkají se především chování a jednání sester. Stěžující konkrétně poukazují na to, že sestry pacienty/klienty špatně informují, chybně je objednávají na kontroly, či na ně křičí nebo až v neposlední řadě používají vulgarismy. Např. sestry si vzájemně odporují, jedna řekne nohu pokládat, druhá zase nepokládat, jedna řekne studené obklady druhá zase teplé. Oprávněné stížnosti na sestry bývají většinou konkrétní, věcné a poukazují na pochybení při konkrétním výkonu ošetrovatelské péče. Jsou to například perforace střeva při měření tělesné teploty rektálně nebo také při podávání klyzmatu, poranění v ústní dutině při odstraňování zubních protéz nebo například absces po aplikaci injekce i.m., kdy nebyla důkladně provedena dezinfekce kůže, poškození po paravenózním podání léků, záměny podávaných léků.

Dalším okruhem velmi negativně sledovaným pacienty/klienty je **nedodržení povinné mlčenlivosti zaměstnanců**, zejména zdravotních sester, ať tím, že mimo zdravotnické zařízení bez oprávnění informují osoby o zdravotním stavu pacienta/klienta nebo tím, že z nedbalosti zpřístupní zdravotnickou dokumentaci. Nelze opomíjet ani stížnosti formulující nedostatky obecně. Zdravotní sestry jsou podle stěžovatelů nepříjemné, neochotné, nevlídné, nevstřícné, ale také často protivné, nerudné arogantní a dokonce i drzé. Častou výtkou je i to, že nejsou empatické a postupují neprofesionálně. Při posuzování a řešení stížností je nutné vycházet ze skutečnosti, že stížnosti jsou odrazem zejména celospolečenského klimatu. Vždy je třeba rozlišovat, zda stížnosti upozorňují na závadu v systému nebo na exces a selhání jedince (Vondráček, Dvořáková, 2008).

Oprávněné stížnosti upozorňující zejména na konkrétní nedostatek v práci sester by měly především vést k odstranění závady a následně k hledání viníka a uložení sankce. Sankce by měla být krajním výsledkem řešení stížnosti a neměla by být výsledkem požadavků stěžovatelů, nýbrž pouze důsledkem velikosti následku určitého pochybení. Ke konfliktu, zejména verbálnímu, kdy stěžovatel obviňuje sestru především z nevhodného, neprofesionálního a neetického chování, dochází většinou bez přítomnosti třetí osoby. Jde tedy o tvrzení proti tvrzení. Tvrzení pacienta/klienta nebo jeho doprovodu proti tvrzení zdravotní sestry poskytující „bona fide“ (v dobré víře) ošetrovatelskou péči.

Při řešení konkrétních stížností je nutné pečlivě zvážit všechny okolnosti případu a skutečnosti týkající se obou účastníků konfliktu, včetně pracovního zatížení zdravotní sestry, možností splnit požadavky pacienta/klienta, jeho psychického stavu a oprávněnosti požadavků. Nejčastější chybou při řešení takové stížnosti na zdravotní sestry je, když se posuzující přiklání na stranu pacienta/klienta s argumenty, že sestra by měla jako profesionál vždy situaci zvládnout.

Ve skutečnosti jsme si všichni rovni ve svých právech, povinnostech a lidské důstojnosti a při poskytování zdravotní péče jde o rovnoprávný vztah dvou rovnocenných partnerů. Je nutné si uvědomovat, že nespravedlivé řešení stížností v neprospěch sester je demotivující a je také jedním z faktorů vedoucích k syndromu vyhoření při poskytování zdravotní péče. Oprávněná stížnost bývá též předzvěstí podání žaloby (Vondráček, Dvořáková, 2008).

Častým problémem je také **podávání informací pacientům/klientům**. Je-li možnost, že pacient/klient informaci lékaře neporozumí (z důvodu vysokého věku, intelektu, vzdělání, indispozici, atd.), mohla by být informována osoba jemu blízká, samozřejmě s jeho

souhlasem. Kromě lékaře, který podává příslušnou informaci, by mohl být přítomen i další zdravotník, aby v případě potřeby dosvědčil způsob podání informace. V tomto případě lze očekávat námitky, že „jeden druhého brání“, myslí se tím zdravotníci.

Vysoké riziko stížností vzniká, dojde-li k úmrtí pacienta. Pozůstalí často podceňují závažnosti základního onemocnění a nechtějí přijímat skutečnost, že jejich blízká osoba je v ohrožení života, a naopak přeceňují některé méně významné průvodní jevy.

Velmi častá je agrese pacienta/klienta vůči zdravotnickému personálu, která má nepochybně více příčin. Lze se domnívat, že jednou z nich by mohla být soustavně pěstovaná nedůvěra různými zprávami ve sdělovacích prostředcích, které snižují statut lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků (Beran, 2003).

Stěžovatelé očekávají, že jejich stížnosti budou objektivně prošetřeny a posouzeny kvalifikovanými, nezávislými odborníky a požadují uložení sankcí tomu, kdo podle nich pochybil. Prokázat nebo vyloučit, že názor stěžovatele odpovídá skutečnosti je v některých případech velmi obtížné. To platí zejména v těch případech, kdy stojí tvrzení proti tvrzení, např. výrok zdravotníka proti výroku pacienta/klienta. Kritéria posouzení jsou na obou stranách do značné míry subjektivní, každý má právo na svůj vlastní názor. Z psychologického hlediska je důležitá i formulace odpovědi stížnosti. Při odpovědi stěžovateli (jakákoliv laická veřejnost, která se na zdravotnickou instituci obrací) by se neměla používat odborná terminologie – názvy vyšetřovacích metod jako je například „scintigrafie“, dále symptomů např. „hemoptýza“ a diagnóz jako například „suspektní stav po proběhlé embolizaci“ nebo cizí slova, např. dyskomfort. Je nepochybně dobré, pokud se vyjádří v odpovědi stěžovateli pochopení pro jeho zdravotní obtíže a přání, aby se do budoucna jeho stav zlepšil. Tato formulace působí příznivě, ale nikterak neznamena, že se stěžovateli dává za pravdu nebo naopak se zpochybňuje jeho názor. Stejně tak je vhodné vyjádření soustrasti s pozůstalými v případě úmrtí. Velmi vstřícným krokem ze strany zdravotnického zařízení je též nabídnutí osobního setkání. Pokud stěžovatel tuto příležitost přijme, nezbyvá mu nic jiného, než setrvat na svém tvrzení o nevhodném výroku zdravotníků nebo se omluvit. Tato příležitost není často využívána. Časový odstup od situace působí snížení emočního náboje a zájem o další jednání nebývá. V případě stížností, kde se jedná o komunikační problém, není potřeba věnovat při projednávání tolik pozornosti somatickým aspektům onemocnění pacienta/klienta, průběhu léčby atd. Porozumění dané situace napomůže popis pocitů a dojmů: „pacient se mi jevil tak a tak, měl jsem z něj dojem, sám jsem se toho dne cítil tak a tak...“.

Tento přístup by přispěl více k vyjasnění problému než výčet laboratorních hodnot a jiných nálezů. Ojedinelé jsou také podávány anonymní stížnosti. Motivace k takovému postupu stěžovatele na manifestní rovině bývá pomoc nějaké osobě z okruhu blízkých, která je pacientem/klientem zdravotnického zařízení. Latentní rovina anonymní stížnosti může být i jiná, a o jejích motivech se lze jen domýšlet (Beran, 2003).

3. Význam kvality zdravotní péče v rámci ochrany pacientů a jejich práv

Kvalita zdravotnických služeb se v posledních dvou až třech desetiletích celosvětově stala jednou z priorit nejen z hlediska výzkumu, ale i praktické realizace ve zdravotnictví. Jedním z vůdčích trendů řízení zdravotnictví je orientace na kvalitu poskytované zdravotní péče a na kvalitu vztahů ve zdravotnictví. Protože kvalita je relativní a nikoli absolutní pojem, lze ji stále zlepšovat, z čehož pak vycházejí veškeré snahy a iniciativy vedoucí ke zlepšování a řízení kvality. Lze tedy hovořit o kontinuálním zvyšování kvality. Tento proces vyžaduje jako nezbytný předpoklad měření kvality péče, srovnávání výsledků a jejich analýzu. Někdy se kvalita zaměňuje za počty přístrojů, lůžek, personálu atd., což jsou však jen předpoklady kvalitní péče.

Ke zvyšování kvality zdravotní péče má přispívat také zakládání funkcí nemocničních ombudsmanů v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Funkce ombudsmana vzniká hlavně proto, aby chránil práva pacientů/klientů. Hlavním posláním této funkce je poskytnout pomoc pacientům/klientům či jejich příbuzným a přátelům při řešení problémů vzniklých v souvislosti s léčbou v jednotlivých zdravotnických zařízeních a hájit jejich práva. Ombudsman tedy podává informace, řeší podané stížnosti, odpovídá na specifické dotazy a radí pacientům/klientům a jejich rodinám. Zdravotnická zařízení jsou totiž kvůli mnoha prováděným zákrokům a velkému množství pracovníků ideálním místem pro nedorozumění, opomenutí a zanedbání. Individuální přístup je někdy potlačen v důsledku nedostatku času, únavy personálu, porouchání přístrojové techniky. Často je ale příčinou chyb nedostatečné řízení kvality péče.

Dalším z ukazatelů kvality poskytované péče je i míra autonomie pacienta/klienta, která je definována jeho právem na informace o nemoci a alternativních léčebných variantách, právem konzultovat léčbu, povinností lékaře mít pacientův/klientův informovaný souhlas v kontextu testování a léčby a právem pacienta/klienta odmítnout léčbu. Podmínky dalšího rozvoje zajišťování kvality zdravotnických služeb jsou spatřovány mimo jiné v přípravě a implementaci programů pro zvyšování kvality, v rozvoji nástrojů pro naplnění práv pacientů - dostupnost, spravedlnost, informovanost, kvalita, svobodná volba poskytovatele služeb (Svaz pacientů ČR, 2011).

3.1 Definice kvality zdravotní péče

Kvalita zdravotní péče je dle WHO definována jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a také současné úrovni technologického vývoje. V literatuře nalezneme mnoho definic kvality, což samo o sobě znamená, že definovat kvalitu není jednoduché. Kvalita zdravotní péče je dynamický pojem s mnoha rozměry, její definice závisí na pohledech osoby, která kvalitu definuje, ale také na kontextu společenského a organizačního prostředí. Člověk, hodnotící kvalitu, ať už je jím pacient/klient, starostlivý člen rodiny, praktický lékař nebo ředitel nemocnice, definuje rozdílně priority péče, způsoby péče, jímž dává přednost, či očekávané výsledky. Definice kvality je ve svých principech jedinečná a to z hlediska obsažených hodnot dané profesionální a etnické kultury a také v kontextu konkrétních situací (Gladkij, 1999).

3.2 Systém kvality ve zdravotnictví

Gladkij (2003, s. 289) ve své knize definuje systém kvality ve zdravotnictví jako:

„souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědí, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenost obyvatel, o něž pečují“.

Z definice je zřejmé, že systém kvality zahrnuje celý proces tvorby postupů, sběru informací, stanovení standardů a hodnocení výsledků toho, co je ve zdravotnictví organizováno jako zdravotní péče a zdravotnické služby.

Služba je produkt v nehmotné podobě, je to určitá činnost odehrávající se přímo mezi zákazníkem (pacientem/klientem) a poskytovatelem. Služba může být poskytována buď v čisté podobě jako poradenství nebo ve spojení, či s použitím hmotných produktů. V poskytování zdravotnických služeb je zákazníkem pacient/klient, zdravotní pojišťovny, samoplátci. Rozhodující roli mají pracovníci první linie – lékaři, zdravotní sestry. Pacienti/klienti mají určité požadavky, na které pracovníci musí reagovat a plnit je (Madar, 2004, s. 30).

Vždy není zcela jasné, které činnosti jsou základem systému kvality ve zdravotnictví a jak může být vyjadřována implementace systémů kvality. Je nutné vymezení samostatného systému a implementace růstu jeho kvality pro další rozbor. Jde o otázky týkající se systému kvality ve zdravotnictví (Např. Jaké jsou prvky systému zdravotnictví, ve kterém má být kvalita rozvíjena? Jak je lze měřit z hlediska kvality? atd.) a implementace růstu jeho kvality (Např. Jaký je stav kvality jednotlivých prvků soustavy zdravotnictví? Co ovlivňuje

implementaci systému kvality v jednotlivých zdravotnických institucích? Co ovlivňuje úroveň kvality celostátně?).

Cílem systému kvality ve zdravotnictví je kontinuální zlepšování kvality péče, která je poskytována v souladu s potřebami a požadavky pacientů/klientů a dalších vnějších a vnitřních klientů. Cílem zlepšování kvality je také omezení chyb, nežádoucích výsledků, promrhání času a přídatných nákladů spojených se špatnou jakostí konkrétního zdravotnického výkonu či služby. Systém kvality jednotlivého zařízení ovlivňuje také v souhrnu i kvalitu celého systému zdravotnictví, jehož cílem je dosažení co nejlepší úrovně péče o zdraví (Gladkij, 2003).

3.3 Znaky kvality zdravotní péče

Dle Farkašové a kol. (2006, s. 186) mezi *znaky kvality zdravotní péče* patří:

- *dostupnost péče* – služby by měly být dostupné v dané lokalitě,
- *vhodnost péče* – péče musí splňovat potřeby jedinců, jimž je určena,
- *přijatelnost péče* – služby musí uspokojovat očekávání pacientů/klientů i veřejnosti,
- *efektivita péče* – službami se dosáhne jistý stanovený výsledek,
- *účinnost péče* – výsledky se dosáhnou jen pomocí zdrojů, které jsou k dispozici a minimem ztrát,
- *rovnocennost péče* – každému bez rozdílů se poskytuje stejná péče/služby.

Dle knihy Gladkije (1999, s. 14) je možné rozeznávat nejméně tři dimenze kvality zdravotních služeb:

- 1) **Kvalita z hlediska klienta** - zahrnuje následující otázky:
 - Jaké jsou potřeby a očekávání jednotlivých klíčových zákazníků, co pacienti/klienti/zákazníci vyžadují od služeb?
 - Nabízí se současně další otázka – kdo jsou vůbec ti „klíčoví zákazníci“ ve zdravotní péči? Jsou jimi pacienti/klienti, ale i jejich rodiny, příbuzní, plátcí (jako „třetí strana“) a v určitém slova smyslu i odesílající lékaři a zaměstnanci.

Charakteristiky považované za důležité z hlediska pacientů/klientů, jejich rodin, plátců pojištění:

- *Prevence zdravotních problémů.*
- *Schopnost diagnostiky zdravotních problémů.*
- *Shoda mezi diagnózou, léčbou a prognózou.*
- *Účinek tělesné, biologické, duševní a společenské funkce člověka, tzn. výsledek zdravotní péče.*
- *Dostupnost zdravotní péče.*
- *Délka léčby.*
- *Osobní interakce, tj. zájem, péče a profesionalita.*

2) **Kvalita z hlediska profesionálního:**

- Naplňují poskytované služby potřeby, tak jak jsou definovány profesionály, kteří je realizují nebo kteří pacienty/klienty ke službám odesílají?
- Obsahují tyto služby vhodné techniky a procedury nezbytné k naplnění pacientových/klientových potřeb?

3) **Kvalita z hlediska managementu:**

- Důležité je nejekonomičtější a nejproduktivnější využití zdrojů v rámci limitů a direktiv.
- Dále pravidelné stanovování minimálních standardů formou akreditace pracovišť definující minimální požadavky na pracoviště.
- Odborný rozvoj – vzdělávání zdravotnických pracovníků.
- Kvalitní služby pacientům/klientům – odvracení stížností, vyjádření spokojenosti.
- Rozvoj organizace – důraz zejména na podpůrné mechanismy, na organizační realizaci metod a systémů kvality, jako např. komise kvality, interdisciplinární týmy atd.
- Celkové řízení kvality zahrnující komplexní přístup, integrující různé aspekty s dlouhodobými strategiemi, včetně důrazu na soustavné zlepšování kvality.

Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je charakterizována dle Gladkije (2003, s. 292) přítomností vlastností:

- *účinnost péče,*
- *dostupnost a včasnost péče,*
- *bezpečnost,*
- *přiměřenost zdravotnímu stavu,*
- *soustavnost a návaznost,*
- *přijatelnost pro pacienty/klienty,*
- *ekonomická efektivnost, která vzniká dodržováním jednoty medicínské a ekonomické racionality.*

3.4 Měření kvality péče

Pokrok ve zlepšování kvality nezbytně vyžaduje měření kvality zdravotní péče. Chceme-li soustavně zlepšovat kvalitu a následně délku života nemocných, dosahovat návratu fyziologických funkcí a zamezovat bolesti, je nezbytné v pravidelných intervalech a systematicky tyto skutečnosti a funkce měřit a vyhodnocovat. Hodnocení kvality je umocněno monitorováním kvality ve smyslu měření procesů. Z historického pohledu se kvalita posuzovala dle přiměřených přístrojů, budovami a zkušenými pracovníky, což jsou jen předpoklady kvalitní zdravotnické péče. Hodnocení kvality je umocněno monitorováním kvality ve smyslu měření procesů dané ošetrovatelské péče, klinických výsledků péče a nákladům na potřebnou péči.

Každá oblast by měla být hodnocena z několika hledisek:

- *filozofie a stanovené cíle,*
- *postupy, ošetrovatelské výkony a procedury,*
- *vzdělávání pracovníků a jejich neustálé prohlubování znalostí,*
- *vedení a řízení pracovníků,*
- *zařízení dané kliniky a její vybavení,*
- *vyhodnocování a zajištění kvality.*

Měření kvality nemůže být prováděno jen jedním činitelem, ale musí být hodnoceno všemi složkami zajišťujícími chod kliniky. K měření kvality péče se používá dvou metodologických přístupů - studium jednotlivých případů (kazuistický přístup) a statistických postupů. Předmětem kazuistického přístupu mohou být jednotlivé případy, které se u jednotlivých

nemocných liší. Například to může být reoperace, náhlá úmrtí, opakované hospitalizace, infekce vznikající během hospitalizace nebo jednotlivé druhy stanovených diagnóz. Statistický přístup může být uplatněn například formou informací z rutinně vedených statistik (Gladkij, 1999).

Významné místo při hodnocení péče mají *indikátory a standardy*, týkající se následujících dimenzí:

- 1) *struktura péče* – jako souhrn zdrojů a podmínek zdravotní péče,
- 2) *vlastní proces* – patří sem například diagnostické a terapeutické postupy, jednání zdravotnického personálu s pacienty/klienty,
- 3) *výstupy péče* a výsledky péče – mezi výstupy zdravotní péče patří např. počet provedených vyšetření a ošetření, mezi výsledky péče patří neonemocnění v důsledku specifické prevence vzniku onemocnění, dále podíl vyléčených a zlepšených pacientů/klientů nebo příznivý vliv péče na kvalitu a délku života.

Měření účinnosti kvality může být realizováno několika různými způsoby:

- jednou z možností je měření kvality systému prostřednictvím *hodnocení celé instituce* (např. akreditace, sebehodnocení), je založeno na předpokladu, že vhodná a přiměřená péče je výsledkem dobře organizovaných procesů a systematického zajišťování a zlepšování kvality,
- druhou možností je *měření kritických bodů* v procesu zdravotní péče – měřením compliance odborných zdravotnických pracovníků s doporučenými postupy nebo standardy, tj. péče lege artis ve vztahu k možnostem společnosti,
- zaměření systému kvality na monitorování kvality zdravotní péče měřením *výsledků ve vztahu k užítku pacientů/klientů*, jako jsou např. klinické výsledky, spokojenost pacientů/klientů s danou péčí a vnímaná kvalita života v souvislosti s výsledky poskytované péče (Gladkij, 2003, s. 293).

3.4.1 Indikátory kvality zdravotní péče

Indikátory kvality poskytované péče vypovídají o nedostacích při poskytování péče a napomáhají managementu nemocnice reagovat na tyto výsledky a dále plánovat a uskutečnit nápravu nebo případné změny v organizaci při poskytování zdravotní ošetrovatelské péče.

Gladkij (1999, s. 28) ve své publikaci uvádí definici indikátoru kvality péče podle Longa „indikátor je odborně určená, klinicky validní a opakovatelná měřitelná dimenze péče“.

Indikátory mohou být využity k určení potenciálních problémů ve všech třech hlavních oblastech kvality péče, jimiž jsou struktura, proces a výsledek. Indikátory péče jsou jednoduché nástroje pro určování oblastí, které potřebují hlubší prozkoumávání. Pojem *klinický indikátor* znamená klíčové hledisko péče poskytované každou klinickou specializací. Klinické indikátory jsou určovány potenciálně vysokým rizikem nebo potencionálními problémy, které jsou charakteristické pro danou situaci. Pro anesteziologii je to například indikátor – poranění zubů během anesteziologické péče, pro všeobecnou chirurgii například opakovaná operace během jednoho přijetí do zdravotnického zařízení. V příloze 1 je uveden příklad indikátorů pro hodnocení kvality péče ve zdravotnickém zařízení.

Předpokladem pro efektivní použití indikátorů k řízení kvality péče ve zdravotnickém zařízení je možnost jejich sledování současně na více úrovních v nemocnici, na odděleních a také u jednotlivců. Indikátory kvality jsou kvantitativní údaje o kvalitě jednotlivých procesů. Při zavádění indikátorů kvality je důležitý výběr indikátoru, metodika sběru a vyhodnocení. Důležité a stěžejní je získané výsledky používat k řízení. Výběr indikátorů je důležitý, proto je nutné tomu věnovat značnou pozornost. Kvalita má mnoho dimenzí, dostupnost, bezpečnost, účinnost, včasnost, ekvitu, efektivitu. Statisticky nelze monitorovat všechny procesy, proto je nutné vybírat nejrizikovější, nejdražší a nově zavedené je nutno měřit. Důležitou vlastností indikátorů je to, že pomáhají zvyšovat kvalitu zdravotní péče a nutí nás k neustálému zlepšování dané péče (Mathis a Jackson, 2006).

V literatuře jsou uváděny dva typy indikátorů:

- **indikátory četnosti** – jsou relativní čísla, jde tedy o počet specifických událostí, které se objevují v daném prostředí, čitatelem je počet událostí, které jsou předmětem zájmu a jmenovatelem (též nazýván objemovým ukazatelem) je počet pacientů/klientů u nichž se daná událost mohla vyskytnout,

- **strážní indikátor událostí** nebo též sýto výskytu – jsou to absolutní čísla, indikátor závažných událostí, které jsou předmětem hlavního zájmu, je to například nežádoucí reakce na jednotlivé léky, reoperace, rané infekce po operačních výkonech a podobně.

Dále je uveden příklad výčtu indikátorů vhodných pro použití v nemocnicích:

- podíl pacientů/klientů vyléčených, zlepšených, nezměněných, zhoršených a zemřelých (je nutné brát hledisko vážnosti onemocnění),
- doba odesílání propouštěcí zprávy obvodnímu lékaři,
- počet lékařů, kteří jsou schopni provádět specializované výkony,
- doba průměrné hospitalizace po různých operačních výkonech nebo jiných zákrocích,
- pády pacientů/klientů s následnými úrazy,
- stížnosti pacientů/klientů a jejich příbuzných,
- komplikace centrálního žilního katétru,
- četnost pooperačních komplikací specifických pro jednotlivé výkony,
- počet porušení postupu lege artis,
- terapeutická či diagnostická chyba vedoucí k poškození pacienta/klienta či k neplánovanému přijetí,
- nevykonání či opoždění konzilia, atd. (Gladkij, 1999, s. 30).

3.4.2 Sledování mimořádných událostí

Mimořádnou událostí se rozumí jakákoliv událost, při které došlo k pochybení během léčby, výkonu nebo procedury. Mimořádnými událostmi jsou také lékařské či ošetrovatelské intervence, které neproběhly dle plánu, platných směrnic nebo standardů péče. Mimořádné události, při kterých nedošlo k ohrožení nebo poškození zdraví pacienta/klienta, by měly být klasifikovány spíše jako incidenty. V České republice není standardizován způsob klasifikace mimořádných událostí. Zdravotnická zařízení mají tak možnost vytvoření si vlastního systému klasifikace nebo mohou použít systém, který nabízí SAK¹, JCAHO² nebo JCI³. Pokud se zdravotnické zařízení rozhodne pro určitý systém klasifikace, musí ho zakotvit do závazné vnitřní směrnice.

¹ Spojená akreditační komise

² Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

³ Joint Commission International

V oblasti „řízené péče“ je hlášení a prevence mimořádných událostí součástí programu řízení rizik. Hlavními důvody, proč se zdravotnická zařízení zajímají o tuto problematiku, jsou požadavky akreditací, systému ISO⁴ 9001:2000. Monitorování mimořádných událostí pomáhá identifikovat potenciálně opakující se problémy, které následně mohou ovlivňovat kvalitu a bezpečí poskytované péče. I když řada českých zdravotnických zařízení některé typy mimořádných událostí sleduje, tak praxe naznačuje, že většina zdravotníků má negativní postoj ke hlášení pochybení i téměř pochybení.

V moderním ošetrovatelství hlášení mimořádných událostí představuje důležitou zpětnou vazbu, která slouží ke korektivním opatřením v systému umožňující mimořádnou událost. V ekonomicky vyspělých zemích se hlášení mimořádných událostí podporuje, ale také někdy dokonce odměňuje. Cílem celého procesu není hledání viníka a jeho potrestání, ale především úsilí každého člena ošetrovatelského týmu o kontinuální napravování vadných procesů a systémů. Řada zdravotnických zařízení zavádí protokoly o hlášení a prevenci mimořádných událostí. Aplikace fungujícího procesu hlášení mimořádných událostí na oddělení není snadné. Největší problém dělá strach a obava z disciplinárního řízení nebo jiného možného postihu. Efektivním nástrojem, který aplikovalo několik zdravotnických zařízení v zahraničí, je verbální hlášení incidentů a potenciálních chyb během porad zdravotních sester (Škrála a Škrlová, 2008).

3.4.2.1 Metodologie procesu mimořádných událostí

Proces hlášení a řešení mimořádných událostí si nastavuje každé zdravotnické zařízení dle personálních a finančních možností. Jakmile dojde k mimořádné události každý zaměstnanec, který je svědkem nebo je účastníkem mimořádné události, je v rámci svých kompetencí a pokud to situace vyžaduje, povinen poskytnout okamžitou pomoc. Poté musí tuto událost okamžitě nahlásit příslušnému nadřazenému pracovníkovi.

Odpovědný pracovník oddělení je povinen:

1. Zajistit poskytnutí optimální péče postiženému (minimalizace škod). Pokud mimořádná událost nezpůsobila smrt pacienta/klienta, veškeré úsilí musí směřovat k zajištění optimální lékařské a ošetrovatelské péče. Minimalizace škod zahrnuje také diplomatické úsilí managementu oddělení, jehož cílem je zabránění poškození pověsti daného zdravotnického zařízení.

⁴ International Standards Organization

2. Zajistit správné vyplnění formuláře „Hlášení mimořádných událostí“. Tento formulář je standardizován v rámci celého zdravotnického zařízení.
3. Zajistit důkazy. Bezpečně uchovat za účelem šetření skutečné příčiny veškerou zdravotnickou techniku, pomůcky nebo materiály, které mohly být příčinou nebo možným faktorem při vzniku události.

Pracovník, který je pověřen řešením mimořádných událostí ve zdravotnickém zařízení se nazývá *manažer rizik*. V menších zdravotnických zařízeních je to manažer kvality, vedoucí pracovník úseku kontroly a vnitřního auditu. Tým, který je odpovědný za koordinaci procesu mimořádných událostí ve zdravotnických zařízeních se nazývá *šetřící komise/výbor*. V menších zařízeních není nutné zakládání samostatné komise pro tyto účely, tuto roli může zastávat koordinační výbor programu kontinuálního zvyšování kvality nebo Rada pro kvalitu. Je nutné vést knihu mimořádných událostí, která by měla obsahovat hlášení o mimořádných událostech (fakta), zápis šetření, výsledky a strategie prevence, přehled mimořádných událostí, statistické zpracování za sledovaná období, kontrolní proces, zápisy o kontrolách účinnosti preventivních opatření. Dokumentace mimořádných událostí je především nástrojem ke zkvalitnění léčebné a ošetrovatelské péče.

Většina akreditovaných zdravotnických zařízení již s procesem hlášení mimořádných událostí začala. Mimořádné události se hlásí, vyplňují se patřičné formuláře, zpracovávají se statistické údaje. Zřídka existuje kvalitní dokumentace provedených analýz skutečných příčin mimořádných událostí. Veškeré formuláře Hlášení mimořádných událostí jsou vyhodnocovány čtvrtletně manažerem rizik a výsledky těchto analýz jsou předkládány Radě pro kvalitu.

Při sledování mimořádných událostí a jejich řešení není jedna správná cesta, jedno správné řešení. Je důležité zavedení smysluplného procesu hlášení a řešení mimořádných událostí (Škrla a Škrlová, 2008).

3.4.2.2 Rizika v kontextu léčebné péče

Rizika léčebné péče, která je nutno sledovat:

- chyby ve zdravotnické dokumentaci a nečitelnost zápisů (důsledné provádění auditů zdravotnické dokumentace),
- medikační pochybení,
- podceňování a nedostatečné sledování nozokomiálních infekcí,

- vědomé zakrývání pochybení na oddělení,
- nezdravá organizační kultura na oddělení,
- velká variabilita v práci jednotlivých lékařů, nemají zájem o vytvoření doporučených klinických postupů,
- práce lékaře pod vlivem alkoholu,
- nedostatek respektu k pacientovi a jeho lidské důstojnosti,
- praktiky non lege artis,
- nedbalost (Škrla a Škrlová, 2008, s. 41).

3.4.2.3 Rizika v kontextu ošetrovatelské péče

Díky tomu, že zdravotní sestry představují nejpočetnější skupinu zaměstnanců ve zdravotnictví, není divu, že je pozornost zaměřována nejen na léčebnou péči, ale také na péči ošetrovatelskou. Literatura uvádí následující systémové i osobní důvody pochybení a omylů ošetrovatelského personálu:

- nedostatečná orientace nových sester,
- nedostatečná nebo nevhodná komunikace s pacienty/klienty nebo spolupracovníky,
- nedostatečná informovanost zdravotních sester,
- nedostatečná supervize/dohled nad pracovníky,
- nezajištění bezpečí pacienta,
- nepozornost v důsledku narušení soustředěnosti (únava, chybná identifikace pacienta/klienta),
- medikační omyly (nesprávná dávka, přehlédnutí alergií, nesprávný lék, chybějící informace),
- neposkytnutí důležité péče včas, nesprávné rozhodování (přílišná sebedůvěra, neochota požádat o radu, neochota zapojit pacienta/klienta do péče),
- provádění procedur bez dostatečné znalosti/dovednosti,
- nedostatečná intervence (neznalost, neochota/neschopnost, stres, neprofesionální vztahy),
- nedostatek preventivních opatření - nedodržování protokolů pro prevenci pooperačních infekcí, vzniku dekubitů, pneumonie, pádů, nedodržování hygieny rukou (Škrla a Škrlová, 2008, s. 46).

3.5 Systémy řízení a zajišťování kvality

Ve vyspělých zemích je samozřejmostí, že pacienti/klienti a pojišťovny očekávají od zdravotnických zařízení kvalitní, efektivní a standardizované služby. Dále očekávají, že zdravotnická zařízení budou schopna kdykoliv předložit důkazy o kvalitě poskytované léčebné a ošetrovatelské péče. Z těchto důvodů je pro činnost zdravotnických zařízení důležité používání systémových modelů kontinuálního zvyšování kvality. Narůstající fenomén globalizace však vyžaduje standardizaci na mezinárodní úrovni. Objevují se různé přístupy, které se snaží o vyhodnocování úrovně kvality zdravotnických činností (Brabcová 2007).

3.5.1 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

JCAHO je nezisková nezávislá nestátní společnost se sídlem v USA. Tato organizace byla založena v USA, sleduje úroveň a kvalitu zdravotnictví již od roku 1951. Dnes je JCAHO největší akreditující organizací v USA, v rámci dobrovolného akreditačního procesu akredituje více než 16 tisíc zařízení. Dceřinou společností JCAHO je **Joint Commission International (JCI)** sídlící také v USA. Akreditace JCI vznikla jako odpověď na narůstající požadavky z různých míst ve světě, aby byl ustanoven hodnotící systém založený na standardech. Mezinárodnímu společenství se předkládá objektivní, na standardech založený nástroj k hodnocení zdravotnických zařízení. JCI vydala v roce 2008 mezinárodní akreditační standardy pro akreditaci nemocnic. Standardy vycházejí z principů řízení kvality a kontinuálního zvyšování kvality. Standardy se člení do dvou skupin podle jednotlivých činností. První je oblast bezprostřední péče o pacienta/klienta a další je oblast bezpečného, efektivního a správného řízení zdravotnického zařízení. Tyto oblasti se posuzují ve zdravotnickém zařízení jako celku a dále pak na jednotlivých pracovištích – klinikách, odděleních, stanicích jsou uskutečňovány návštěvy akreditačních inspektorů, při kterých se eviduje dodržování standardů na všech úrovních činnosti zařízení. Vlastní rozhodnutí o akreditaci vychází z celkové úrovně dodržování standardů v celém zařízení (Marx a Staněk, 2008).

3.5.2 Spojená akreditační komise (SAK)

Spojená akreditační komise České republiky vznikla jako zájmové sdružení právnických osob v roce 1998. Posláním této organizace je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v České republice pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit.

Mezi hlavní prostředky pro naplňování poslání patří:

- vydávání národních akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení s podrobnou metodikou,
- pomoc zdravotnickým zařízením, které se připravují k akreditaci, specifikace metodiky dle typů zdravotnických zařízení, poradenství při vytváření vnitřních norem pro dané zařízení, poradenská činnost na místě včetně akreditace nanečisto,
- organizace vzdělávacích akcí (regionálních i celostátních) zaměřených na problematiku kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů/klientů,
- vydávání publikací v klasické i elektronické podobě zaměřených na zvyšování kvality péče o pacienty/klienty a zajištění jejich bezpečí,
- podíl na mezinárodní spolupráci v oblasti zvyšování kvality zdravotní péče a zajištění bezpečí pro pacienty/klienty,
- spolupráce s jinými organizacemi v ČR, které se podílejí na zvyšování kvality zdravotní péče a spolupráce s orgány státní a veřejné správy ve zdravotnictví,
- vzdělávání konzultantů a auditorů akreditačního procesu (Spojená akreditační komise, o.p.s., 2009).

V roce 2009 vydala SAK pro zdravotnická zařízení aktualizované Národní a akreditační standardy pro nemocnice, které vstoupily v platnost dne 1. září 2009. Tyto standardy jsou členěny do deseti oblastí a slouží jako moderní a efektivní nástroj ke zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče. Celkový počet standardů se zvýšil na 74 oproti poslednímu vydání, zvýšil se také počet indikátorů jednotlivých standardů. U každého standardu je uveden účel a popis možností jeho naplnění a dále indikátory standardu, což jsou měřitelné parametry naplnění (Spojená akreditační komise, o.p.s., 2009).

Vlastní certifikace spočívá v posouzení, do jaké míry dokumentovaný a fakticky zavedený systém jakosti splňuje požadavky kriteriální evropské normy. Je to dobrovolný program. Zdravotnické zařízení musí naplňovat určité standardy k zajištění kvality. Tato certifikace je prováděna třetí nezávislou stranou akreditovanou certifikační organizací (Madar a kol., 2004).

3.5.3 International Standards Organization (ISO)

Jedním ze systémů řízení a zajišťování kvality je Mezinárodní organizace pro standardizaci (International Standards Organization) neboli ISO 9001:2000. Je to systém, který vede organizace k excelenci, kvalitě a ekonomické výkonnosti. Páteří tohoto systému jsou procesní řízení, zaměření na zákazníka (pacienta/klienta) a zaměstnance, dokumentace a kontinuální zvyšování kvality. Tento systém zajišťuje kvalitativní změnu firemní kultury v oblasti klientské, oblasti interních procesů, zaměstnanců a vedení nemocnice. Z perspektivy řízení rizik má ISO 9001:2000 důležitý cíl, dosahovat trvalé shody mezi požadavkem na produkt a produktem. Pokud z pohledu ISO systému je vnímána neshoda jako riziko, pak tento systém nabízí oddělením (laboratoře, stravovací provoz, lékárna, radiační onkologie) efektivní nástroje pro snížení provozních rizik (Škrála a Škrlová, 2008).

Certifikaci ISO 9001 mají některá zdravotnická zařízení v České republice např. Nemocnice Břeclav, Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., Panochova nemocnice Turnov, s.r.o., Chrudimská nemocnice, Nemocnice Znojmo, Nemocnice Nové Město na Moravě, Fakultní nemocnice Plzeň, Nemocnice Na Homolce, Krajská nemocnice Liberec, a.s., Fakultní nemocnice Brno, Fakultní nemocnice Ostrava, Nemocnice Strakonice, a.s., Mostecká nemocnice, Litomyšlská nemocnice a další zdravotnická zařízení.

Dosahování kvalitativních změn v Litomyšlské nemocnici po zavedení systému ISO 9001:2000:

Oblast klientská:

- orientování hlavního procesu zejména na diagnostiku, prevenci, akutní lůžkovou léčbu a následnou ambulantní péči o pacienta/klienta,
- zabezpečování kvalitní komplexní péče o pacienta/ klienta, její dostupnost v čase a v optimálním rozsahu,
- vytvoření příjemného a bezpečného prostředí, které umožní uspokojení individuálních potřeb pacienta/ klienta s respektováním lidské důstojnosti.

Oblast interních procesů:

- předvídaní potřeb zákazníků a rychlé reagování na jejich požadavky s ohledem na nové trendy ve zdravotnictví,
- dosahování vysokého stupně využití informací a znalostí ve vnitropodnikových procesech.

Oblast zaměstnanců:

- vytváření pracovních podmínek, které přitahují loajální zaměstnance a přispívají k jejich osobnímu rozvoji,
- využívání individuálních schopností zaměstnanců ke zvýšení potenciálu úspěšnosti nemocnice,
- umožňování odborného a kariérního růstu svým zaměstnancům, kteří se ztotožňují s misí, vizí a strategií nemocnice s návazností na jejich finanční motivaci,
- zabezpečení korektního a spolupracujícího prostředí.

Oblast vedení zdravotnického zařízení:

- dlouhodobé dosahování vyrovnaného hospodaření a finanční samostatnosti
- řízenou investiční politikou zajišťovat obnovu fixních aktiv, podporovat nové logistické trendy, držet krok s vědeckotechnickým vývojem a vylepšovat image nemocnice z pohledu stavební a technologické vybavenosti a s ohledem na vývoj ve společnosti,
- usilování o prestižní postavení mezi nemocnicemi v regionu,
- vytváření dobrých vztahů s místními komunitami a pečování o životní prostředí, jako důležitá součást kultury regionu.

Nemocnice získala certifikaci dne 30. srpna 2010 (Vylíčil, 2007).

Vrcholový management by se měl důkladně seznámit se systémy řízení a zajišťování kvality, ISO 9001:2000 i akreditacemi, protože jen tak může informovaně rozhodnout, který ze systémů je pro dané zdravotnické zařízení nejvhodnější.

3.6 Akreditace zdravotnických pracovišť

Devadesátá léta minulého století znamenala v oblasti managementu zdravotnictví posílení významu externí kontroly kvality zdravotnických zařízení. V předcházejícím období se systémy externího hodnocení kvality zdravotnických zařízení, nazývané akreditačními systémy, rozvíjely zejména v USA, Kanadě a Austrálii. Stále více zemí si na přelomu 20. a 21. století uvědomuje, že kromě systematické kontroly nákladů ve zdravotnictví musí být mezi hlavními body kontinuálně probíhajících reforem zdravotnických systémů i oblast kontroly kvality a zajištění bezpečí ve zdravotnických zařízeních (Marx, 2008).

3.6.1 Význam akreditace

Akreditace je proces, při němž určitá externí organizace, obvykle nestátní, hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje, do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na zvyšování kvality péče. Akreditace zdravotnických zařízení patří mezi důležitou objektivizující metodu hodnocení a zlepšování kvality zdravotní péče, která je poskytována v jednotlivých stacionárních a ambulantních zdravotnických zařízeních. Akreditace je obvykle dobrovolná a akreditační standardy jsou chápány jako optimální a dosažitelné. Zdravotnické zařízení se svou akreditací zaváže ke zvyšování kvality péče o pacienty/klienty, k zajišťování bezpečí prostředí, ve kterém je daná péče poskytována a k systematické snaze o snižování rizik pro pacienty/klienty i pro zaměstnance. Zájem o akreditaci jako o účinný nástroj hodnocení i řízení kvality stoupá celosvětově (Marx a Staněk, 2008).

Akreditační řízení představuje proces, který začíná rozhodnutím zdravotnického zařízení sjednotit své aktivity s požadavky akreditačních standardů. V případě úspěchu tento proces končí získáním akreditačního certifikátu. Zaměření akreditací se přesouvá z vyhodnocování struktury na vyhodnocování procesů a výstupů. Důraz je kladen na bezpečnost léčebné a ošetrovatelské péče. Akreditační inspektoři sledují veškerý pohyb pacienta/klienta daným zařízením, tzn. od přijetí, přes organizaci různých vyšetření (laboratorních atd.), léčbu, případně intervenčních výkonů, až po propuštění. Akreditace využívá specializovaných norem tzv. *akreditačních standardů*. Na rozdíl od obecných „technických“ předpisů jsou akreditační standardy psány jazykem, který je bez nutnosti interpretace srozumitelný pro pracovníky zdravotnických zařízení. To je velice důležitý aspekt, protože umožňuje zdravotnickým zařízením, aby se na případnou akreditaci připravily samostatně, bez nutnosti nepřiměřeného navyšování nákladů o externí konzultační služby (Marx, 2008).

Historie akreditací ve světě je úzce spojena se snahou zajistit kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče v době, kdy tato kvalita byla zaměřena především na kontrolu nákladů. V posledních letech se mění filozofie kvality z nepopulárního nástroje, který trestal za nekvalitu, v nástroj výuky a kontinuálního zvyšování kvality. Vlastní akreditační proces, tzn. ověření toho, jak přihlášené zařízení dodržuje akreditační standardy, realizují kvalifikovaní akreditační externí inspektoři – lékaři, zdravotní sestry a administrátoři zdravotnických zařízení s delší odbornou praxí. V České republice od roku 1998 pracuje Spojená akreditační komise ČR, o.p.s., která posuzuje přihlášená zdravotnická zařízení podle akreditačních standardů, které vznikly jako výsledek práce středoevropského projektu koordinovaného USAID (United States Agency for International Development), na němž se

podílela řada organizací poskytovatelů zdravotní péče v ČR i Ministerstvo zdravotnictví. Český institut pro akreditaci, o.p.s., poskytuje služby státním i privátním subjektům, provádí nezávislé posouzení způsobilosti pro zdravotnické laboratoře, kalibrační laboratoře, certifikační orgány provádějící certifikaci systémů jakosti, certifikační orgány certifikující produkty včetně procesů a služeb, certifikační orgány provádějící certifikaci osob, inspekční orgány, organizátory programů zkoušení způsobilosti (Marx, 2008). V příloze 2 je uveden seznam akreditovaných zdravotnických zařízení od roku 2005 do roku 2010.

3.6.2 Přínosy akreditace

Akreditační proces pomáhá posuzovanému zařízení vytvořit kulturu kvality a bezpečí, díky které dochází ke kontinuálnímu zlepšování všech procesů, které zajišťují péči o pacienty/klienty a ke zlepšování výsledků poskytované péče.

Akreditační proces má tyto přínosy:

- zvyšování důvěry veřejnosti v kvalitní a bezpečné prostředí a služby v daném zdravotnickém zařízení,
- vytváření bezpečného a efektivního pracovního prostředí - to přispívá ke spokojenosti zaměstnanců daného zařízení,
- umožnění argumentace při jednání s plátcí na základě dat popisujících kvalitu péče ve zdravotnickém zařízení,
- zvýšení participace pacientů/klientů a jejich rodin na procesu poskytování zdravotní péče, vytváření lepších podmínek pro uspokojování jejich potřeb a respektování jejich práv,
- vytváření kultury otevřené organizace, jež se učí ze systému včasného hlášení mimořádných událostí a bezpečnostních rizik (Marx a Staněk, 2008, s. 9).

4. Význam kvality ošetrovatelské péče v rámci ochrany pacientů a jejich práv

Ošetrovatelská péče tvoří základní součást celého systému zdravotní péče. V každé evropské zemi představují zdravotní sestry největší profesionální skupinu zdravotníků. Úroveň ošetrovatelské péče tvoří spolu s úrovní diagnostiky a s terapeutickými postupy pilíř, o který se opírá celková úroveň zdravotní péče. Všeobecné zdravotní sestry by měly mít rovnocenné místo v týmu zdravotníků, protože zcela samostatně vykonávají a plní výkony, které se významně podílí na konečných výsledcích léčebné péče. Vyhláška č. 424 z roku 2004 ve sbírce zákonů České republiky stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která jasně definuje a rozděluje ošetrovatelskou péči na základní ošetrovatelskou péči, specializovanou ošetrovatelskou péči, vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči a specifickou ošetrovatelskou péči. Zvyšující se poptávka po zdravotní péči a měnící se sociální, politické a ekonomické podmínky staví všeobecné zdravotní sestry před dilema mezi nedostatkem finančních zdrojů a poskytováním uspokojivé zdravotní péče, která je stále dražší (Gladkij, 1999).

4.1 Definice ošetrovatelství

Ve slovnících se pod pojmem ošetrovatelství rozumí odborná péče o nemocné. Ošetrovatelství by mělo zahrnovat nejen odbornou péči o pacienty/klienty, ale také komplexní ošetrovatelskou péči poskytovanou ve zdraví i v průběhu nemoci o všechny věkové skupiny lidské populace. Ošetrovatelství má velký význam pro pokrok a úspěšnost jednotlivých medicínských oborů, ale má také velkou morálně-etickou hodnotu pro člověka jako individuum, především pro jeho spokojenost, aby mohl žít bez obav o sebe sama a aby se nebál, že zůstane v bolestech, utrpení a umírání. Význam ošetrovatelství každý pochopí až tehdy, ocitne-li se v kritickém zdravotním stavu nebo na nemocničním lůžku. Farkašová a kolektiv (2006, s. 13) ve své publikaci definuje ošetrovatelství takto:

„ Ošetrovatelství je věda, jejíž schopnosti a praxe se zakládají na vědeckých poznacích. Ošetrovatelská praxe má nezávislé a kooperativní funkce, které pomáhají jedincům, skupinám a rodinám dosáhnout optimální biologický, sociální, osobní a duchovní stav.“

Ošetrovatelství je jednou z nejrozsáhlejších činností lidské společnosti, zahrnuje velký rozsah a různý odborný stupeň činnosti. Nastala doba krystalizace a konkretizace problémů,

kteřé musí ošetřovatelství jako vědní obor zkoumat, úkoly současného ošetřovatelství si vyžadují vědecký přístup.

4.2 Znaky kvality ošetřovatelské péče

Objektivizace kvality, kterou se rozumí určení znaků kvality, je podmínkou dosažení kvality v poskytování ošetřovatelské péče. Ošetřovatelská péče je součástí zdravotní péče, proto je důležité splňování znaků i zdravotní péče.

Kvalitní ošetřovatelskou péči charakterizují následující znaky:

- v zemi, ale i v konkrétním zdravotnickém zařízení existuje jasná koncepce ošetřovatelství,
- ošetřovatelská péče je poskytována metodou ošetřovatelského procesu,
- ošetřovatelská péče je odvozována od potřeb pacienta/klienta,
- při poskytování ošetřovatelské péče se respektují práva pacientů,
- práce při poskytování ošetřovatelské péče je týmová,
- ošetřovatelský personál je odborně připraven a dostatečně motivován,
- ošetřovatelský tým si stanovuje reálné cíle,
- ošetřovatelský tým dodržuje etický kodex,
- ošetřovatelská péče je poskytována na základě nejnovějších vědeckých poznatků,
- do ošetřovatelské péče jsou zapojováni pacienti/klienti, případně i rodinní příslušníci,
- existuje mezioborová účinná spolupráce (Farkašová, 2006, s. 186).

4.3 Zajišťování kvality ošetřovatelské péče

Zajišťování kvality ošetřovatelské péče představuje kontinuální proces, jehož cílem je zlepšování kvality ošetřovatelských služeb. Filosofie systému se zakládá na pochopení, že každá práce je procesem a každý proces má vstupy a výstupy, je to soustava vzájemně souvisejících zdrojů a činností potřebných k transformaci vstupů a výstupů. Tento proces vede k zabezpečení nejlepší dosažitelné úrovně poskytované ošetřovatelské péče:

- trvalým sledováním, získáváním a vyhodnocováním informací o ošetřovatelské péči o pacienty/klienty s cílem zlepšit péči,
- definováním a používáním objektivních kritérií pro vyhodnocení ošetřovatelské péče,

- vytvořením organizačních a metodických podmínek včetně motivace zdravotnických pracovníků pro zajišťování kvality,
- zaváděním konkrétních opatření, která zajišťují kvalitu péče,
- vyhodnocováním účinnosti intervence (Vašátková, 2003, s. 27).

4.4 Standardy ošetrovatelské péče

Profesionální sestry nesou zodpovědnost za své činy. Tato skutečnost vyžaduje vytvoření standardů, aby bylo možné posoudit, v čem spočívá profesionální ošetrovatelská praxe (Grohar-Murray a DiCroce, 2003).

Ošetrovatelské standardy vznikly v 70. letech minulého století v USA. Standardy vznikly jako odezva zdravotnických pracovníků na vyhlášení Charty práv nemocných. Přestože každý stát vychází při tvorbě standardů z vlastních podmínek, jsou pro všechny státy s vyspělým ošetrovatelstvím společné všeobecné normy pro poskytování ošetrovatelské péče. Tyto normy jsou vyjádřeny v doporučeních mezinárodních organizací a jsou transformovány do koncepcí rozvoje ošetrovatelství jednotlivých států (Farkašová a kol., 2006).

Standardy jsou nástroje, ukazující jak efektivně dosáhnout kvalitní péče. Ošetrovatelský standard je platná a dohodnutá definice přijatelné ošetrovatelské péče, je to norma, podle které se může hodnotit požadovaná úroveň ošetrovatelské péče. Standardy určují, co je potřebné a nezbytné pro základní normu požadovanou k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Důležitým prvkem je i kvalitní kontrolní činnost a audity, které nám poskytují zpětnou vazbu o správném či chybném poskytování péče (Vašátková, 2003).

Ošetrovatelské standardy jsou opěrným bodem pro plánování, realizaci a hodnocení kvality služeb. Standardy mají také pomoci ukázat, že ošetrovatelství je prospěšné pro společnost, pacienty/klienty a vládu. Jsou schválenými kritérii kvality a kvantity, to znamená, že standardy musí naplňovat potřeby společnosti, pro kterou jsou určeny a musí vycházet z jejich zdrojů. Standardy by měly být flexibilní a měl by být poskytnut prostor pro změnu a inovace v souladu s potřebami a zdroji společnosti. Ošetrovatelský standard představuje určitou, přesně popsanou kvantitativní nebo kvalitativní úroveň kritérií péče, která je v dané chvíli nebo čase považována za výraz dobré kvality péče. Standardy také vymezují rozsah a obsahovou náplň činnosti sester, kompetence, místo působení a také etická a vzdělávací kritéria její práce (Farkašová a kol., 2006, s. 190).

4.4.1 Typy standardů

Nejčastěji je používáno dělení standardů dle Avedise Donabediana na strukturální, procesuální a výsledkové. Jde o systémový přístup pro hodnocení celkové kvality péče. Při tvorbě standardů mohou být použity i jiné teoretické modely.

1) Strukturální standardy

- stanovují optimální personální, technické, hygienické a organizační prostředky (vybavení) pracoviště, umožňující dosahovat stanovenou kvalitu,
- určují minimální požadavky na úroveň poskytovaných služeb,
- jsou spojeny s regulací ošetrovatelské praxe a zahrnují organizaci ošetrovatelských služeb, nábor a výběr pracovníků, personální obsazení pracovišť, poskytnutí vybavení, budov, statutární a legislativní záležitosti.

2) Procesuální standardy

- vztahují se na specifiku ošetrovatelské péče,
- týkají se vztahů a aktivit mezi poskytovatelem a příjemcem ošetrovatelské péče,
- vymezují proces, tedy to, co je potřebné vykonat,
- lze dělit na dvě kategorie dle zaměření:
 - standardy postupů ošetrovatelské péče – určují postup výkonu, zákroku „krok za krokem“,
 - standardy činností ošetrovatelské péče – jsou zaměřeny na jednotlivé ošetrovatelské problémy nebo se mohou vztahovat k lékařské diagnóze,
- procesuální standardy obsahují kritéria, jež jsou zaměřena systémově na kvalitu, což znamená, že jsou seřazena jako strukturální, procesuální a výsledková kritéria.

3) Standardy výsledků

- stanovují kritéria celkového hodnocení kvality ošetrovatelské péče, tj. hodnotí, zda byly uspokojeny potřeby pacienta/klienta, jak pacient/klient reagoval na sesterské intervence a jak je pacient/klient a jeho rodina spokojena s poskytnutou péčí,
- pro objektivní zjištění a stanovení úrovně poskytovaných služeb lze využít např. metodiku ošetrovatelského auditu nebo porovnání strukturálních, procesuálních a výsledkových kritérií (Vašátková, 2003).

4.4.2 Metodika tvorby standardů a jejich závaznost

Metodika tvorby standardů by měla být jednotná na národní, regionální i místní úrovni. Dynamický systém souboru standardů (DvSSsv) je výchozí metodou v procesu tvorby standardů a jejich kritérií v našich i zahraničních podmínkách. Při tvorbě standardů se vždy jedná o multioborovou spolupráci jednotlivých odborníků. Vypracovávání standardů je důležité proto, aby se vytvořil jednotný dokument pro konkretizaci cílů a postupů, který vede k dosažení specifického cíle.

Tvorba standardů musí obsahovat *správný postup kroků*:

1. sestavení týmu jednotlivých odborníků,
2. proškolení členů týmu,
3. určení problému a priorit,
4. zjištění rozsahu konkrétního problému,
5. vyhodnocení šetření,
6. vypracování standardu,
7. provedení pilotní studie,
8. úprava a připomínky ke standardu,
9. schválení standardu a zavedení do praxe,
10. revize standardu (po časovém intervalu např. 1-2 roky).

Standard by měl být založen na jasné definici cílů záměrné činnosti, dále by měl být pochopitelný pro uživatele, jeho části by měly být vyhodnotitelné a měl by být dostupný.

Struktura standardu se také řídí *určitými pravidly*:

1. *úvod* – téma standardu, kategorie pracovníků (pro koho je určen), pro jakou skupinu pacientů je určen, místo (oddělení), kde se bude standard dodržovat, doba platnosti, skupina, která standard sestavila, kontaktní osoba, atd.,
2. *cíl standardu* (stanovený standard),
3. *kritéria strukturální, procesuální a výsledková*,
4. *kontrolní kritéria*,
5. *vymezení nejdůležitějších pojmů* (Vašátková, 2003, s. 27).

V příloze 3 je uveden návrh standardu ošetrovatelské péče.

Závaznost ošetrovatelských standardů má různou míru, která může být dána:

- *zákonem* – např. úroveň vzdělávání sester,
- *podzákonnými normami, vyhláškami* – např. hygienický standard pracovišť v rizikovém prostředí,
- *přijetím ve zdravotnickém zařízení* – např. pravidla pro příjem pacientů/klientů do zdravotnického zařízení,
- *přijetím na konkrétní pracoviště* – např. způsob ošetřování pacientů/klientů s dekubity (Farkašová a kol., 2006).

4.5 Audit ošetrovatelské péče

Audit znamená vyhodnocování, které se zaměřuje především na objektivně měřitelné stránky kvality péče. Náročnější je objektivní hodnocení subjektivních stránek kvality, jako je např. spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí. Audit patří mezi základní techniky na zajišťování kvality. Zdravotní sestry musí plně souhlasit s plněním standardů, přebírají plnou zodpovědnost za činnosti a zdůvodňují je, musí být zaručena důvěrnost informací. Audit by neměl zabírat mnoho času. Ošetrovatelský audit hodnotí plnění jednotlivých standardů, nejdůležitější jsou vždy výsledky a dosažené cíle. Součástí každého standardu je kontrolní list nebo také *ošetrovatelský audit*. Tento audit obsahuje metodu monitorování a kontrolní kritéria, která se vztahují ke kritériím struktury, procesu, výsledku a způsobu hodnocení kritérií. Audit může být *externí* (vykonaný certifikovanou organizací, resp. komisí nezúčastněnou přímo dané péče) nebo *interní* (vykonávají jej interní auditoři, kteří jsou přímo zapojeni do péče).

Metody ošetrovatelského auditu:

- *pozorování jednotlivých sester při práci,*
- *kontrola ošetrovatelské dokumentace,*
- *sběr statistických údajů,*
- *hodnocení ošetrovatelské péče pacienty, příbuznými,*
- *hodnocení ošetrovatelské péče spolupracovníky,*
- *hodnocení vlastní práce sestrou,*
- *měření účinné ošetrovatelské péče podle délky jejího trvání,*
- *pozorování sester, jak si předávají služby u pacienta/klienta.*

Základem poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je audit, jež má mít rozpracované jednotlivé kroky, které zaručují kvalitu ošetrovatelských služeb a možnosti rozvoje ošetrovatelství jako vědního oboru. Cílem auditu je posouzení potřeby zlepšování dané poskytované ošetrovatelské péče (Farkašová a kol, 2006).

V příloze 4 je uveden audit na vyhodnocení návrhu standardu ošetrovatelské péče.

4.6 Posuzování kvality ošetrovatelské péče

Posuzování kvality péče záleží na tom, kdo hodnocení vykonává, nejsou stanovena jednoznačná kritéria. Kvalitu ošetrovatelské péče může posuzovat:

1) Lékař

Lékař hodnotí práci sester především podle toho, jak přesně plní jeho předepsané ordinace, zajišťuje diagnosticko-terapeutický plán pacienta/klienta.

2) Pacient/klient

Pacient/klient posuzuje obvykle kvality ošetrovatelské péče podle toho, jak jsou uspokojeny jeho základní potřeby v době nemoci. Dále posuzuje jednání a aktivity sester, sleduje frekvenci a způsob toho, jak se sestry na nemocného obracejí, jakým způsobem s ním komunikují a jak spolehlivě dokážou plnit své sliby. Pacienta/klienta zajímá, jak citlivě a všímavě se zdravotní sestry dokážou postavit k jeho vlastním problémům nebo problémům ostatních nemocných. Pro pacientovo/klientovo hodnocení je také důležitá úprava zevnějšku sestry a kultivovanost jejího projevu. Podle mínění pacientů/klientů se pak utváří i postoje a mínění rodinných příslušníků, přátel a známých. Hodnocení péče prováděné pacientem/klientem zohledňuje poněkud jiná kritéria než hodnocení prováděná zdravotníky. Pacient/klient sám (pokud není zdravotníkem) nedokáže posoudit, zda byly jednotlivé výkony provedeny podle standardů (Lávičková, 2006).

3) Sestra

Zdravotní sestra hodnotí sama kvalitu péče podle koncepce, s kterou se ztotožnila. Pokud pokládá za své hlavní povinnosti plnění ordinace lékaře, hodnotí podle toho. Pokud se ztotožňuje s koncepcí ošetrovatelského procesu a individualizovanou péčí, jsou kritéria jejího hodnocení mnohem náročnější a širší. Standardy v ošetrovatelství slouží k tomu, aby bylo možné stanovit určitou objektivní míru kvality a je nutné určení základních kritérií pro následné posuzování (Farkašová a kol., 2006).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5. Cíl, výzkumné otázky a hypotéza

Výzkumné téma:

Statut nemocničního ombudsmana v českých nemocnicích

Cíl výzkumu:

Hlavním cílem je provést kvalitativně-quantitativní výzkum, týkající se statutu nemocničního ombudsmana v českých nemocnicích.

Cíle kvalitativního výzkumu:

- Zmapovat funkci nemocničního ombudsmana v českých nemocnicích.
- Zjistit, jaká je náplň práce nemocničního ombudsmana v jednotlivých zařízeních.
- Zjistit, jakými záležitostmi se nemocniční ombudsman v rámci své funkce nejvíce zabývá.
- Zjistit, jaké pravomoci má nemocniční ombudsman.

Cíle kvantitativního výzkumu:

- Zjistit, jak vnímá veřejnost zavedení funkce nemocničního ombudsmana.
- Zhodnotit úroveň informovanosti respondentů o existenci nemocničních ombudsmanů.
- Ověřit, zda pacienti, kteří navštívili nemocnici s nemocničním ombudsmanem, jsou lépe informováni než ostatní veřejnost.

Výzkumné otázky:

1) Kvalitativní část výzkumu:

1. Liší se náplň práce nemocničních ombudsmanů v jednotlivých zdravotnických zařízeních?
2. Liší se problémy, které jednotliví nemocniční ombudsmani řeší?
3. Ovlivňuje vzdělání/praxe pravomoci nemocničního ombudsmana?

2) Kvantitativní část výzkumu:

1. Liší se četnosti informovaných respondentů o existenci funkce nemocničního ombudsmana mezi respondenty, kteří navštívili nemocnici s nemocničním ombudsmanem a ostatní veřejností?
2. Souvisí následující faktory – pohlaví, věk, vzdělání respondentů s informovaností o existenci funkce nemocničního ombudsmana?

Statisticky testovaná hypotéza:

H: Informovanost o existenci funkce nemocničního ombudsmana je větší u pacientů, kteří navštívili nemocnici s nemocničním ombudsmanem než u ostatní veřejnosti.

H_0 : Není statisticky významný rozdíl mezi četností informovaných respondentů, kteří navštívili nemocnici s nemocničním ombudsmanem a četností respondentů ostatní veřejnosti.

H_A : Je statisticky významný rozdíl mezi četností informovaných respondentů, kteří navštívili nemocnici s nemocničním ombudsmanem a četností respondentů ostatní veřejnosti.

6. Metodologie výzkumu

Výzkumný úsek diplomové práce byl rozdělen do dvou částí podle realizovaného výzkumu, který byl kvalitativně-kvantitativního charakteru. První část tvoří tedy kvalitativní výzkum a druhou kvantitativní výzkum.

6.1 Kvalitativní výzkum

6.1.1 Použitá metoda výzkumu

První část výzkumu byla kvalitativního charakteru a týkala se konkrétních nemocničních ombudsmanů. Pro výzkum byla použita metoda strukturovaného rozhovoru. Byly uskutečněny tři strukturované rozhovory s různými nemocničními ombudsmeny. Rozhovorům předcházelo zmapování funkce nemocničního ombudsmana ve zdravotnických zařízeních České republiky. Nejdříve bylo zjišťováno, ve kterých zdravotnických zařízeních je tato funkce nemocničního ombudsmana zřízena. Zjišťování konkrétních informací probíhalo dotazováním (elektronicky, telefonicky) příslušných zdravotnických zařízení České republiky. Při této části výzkumu neodpověděla všechna kontaktovaná zdravotnická zařízení, čtyři z nich odpověděla, ale dále nebyla ochotna spolupracovat. Sběr dat probíhal během července až října roku 2010 prostřednictvím návštěv jednotlivých vybraných nemocničních ombudsmanů, se kterými byl uskutečněn strukturovaný rozhovor týkající se funkce nemocničního ombudsmana. V příloze 5 je uveden výčet jednotlivých zdravotnických zařízení, ve kterých je zřízena funkce nemocničního ombudsmana. Otázky použité ve strukturovaných rozhovorech jsou uvedeny v příloze 6.

6.1.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor kvalitativní části výzkumu tvoří jednotliví nemocniční ombudsmani zdravotnických zařízení. V rámci výzkumu diplomové práce byl realizován rozhovor s nemocniční ombudsmanskou paní Mgr. Evou Havlíkovou ze Svitavské nemocnice (Pardubický kraj), dále s nemocniční ombudsmanskou Bohumínské městské nemocnice paní Mgr. Zinou Nováčkovou (Moravskoslezský kraj) a nemocničním ombudsmanem panem JUDr. Antonínem Blahutou z Ostravské fakultní nemocnice (Moravskoslezský kraj). Jednotlivé rozhovory byly následně autorizovány.

6.1.3 Zpracování dat kvalitativní části výzkumu

Získané informace z jednotlivých strukturovaných rozhovorů byly analyzovány a porovnány mezi sebou. Byla vytvořena souhrnná analýza získaných informací, týkajících se řízení funkce nemocničního ombudsmana.

6.2 Kvantitativní výzkum

6.2.1 Použitá metoda výzkumu

Druhá část výzkumu se zaměřovala na práci s veřejností, kde bylo zjišťováno, jak lidé vnímají osobu nemocničního ombudsmana ve zdravotnictví a zda jsou o jeho existenci informováni. Tato část výzkumu měla kvantitativní charakter. Nástrojem sběru dat byl nestandardizovaný dotazník, který obsahoval sedm otázek uzavřeného charakteru, tzn. respondenti byli nabízeni odpovědi, ze kterých si vybíral tu, se kterou souhlasil. Vyplňování dotazníků probíhalo anonymně do předtištěných formulářů. V úvodu dotazníku byl respondentům vysvětlen způsob a účel jeho použití. Počáteční otázky byly zaměřeny na získání identifikačních údajů (věk, pohlaví, vzdělání), další část otázek byla zaměřena na zjišťování informovanosti o problematice nemocničního ombudsmana. Použitý dotazník je uveden v příloze 7. Sběr dat probíhal během prosince 2010 až března 2011.

Po sestavení dotazníku následovala pilotáž u pěti respondentů různých věkových kategorií a pohlaví pro ověření srozumitelnosti dotazníku. Po zhodnocení těchto pěti dotazníků bylo dospěno k závěru, že otázky byly pro respondenty srozumitelné, proto nebyl dotazník dále upravován a byl rozdán v příslušném počtu respondentům. Výsledky pilotní studie byly zahrnuty do výsledků výzkumu.

Celkem bylo vyplněno 75 dotazníků od oslovených respondentů. Byl použit záměrný výběr, respondenti se do výběru dostali díky své ochotě spolupracovat.

6.2.2 Charakteristika výzkumného souboru

Respondenti byli rozděleni do dvou skupin a to na: pacienty/klienty, kteří navštívili nemocnici se zřízenou funkcí nemocničního ombudsmana a na ostatní veřejnost, v jejichž okolí není zdravotnické zařízení, ve kterém je funkce nemocničního ombudsmana vykonávána. Počet respondentů první části souboru byl 38. Respondenti byli oslovováni na

oddělení gynekologickém, interním a dále v čekárně rentgenu konkrétního zdravotnického zařízení.

Druhou skupinu respondentů tvořila ostatní veřejnost, ti, kteří nemají ve svém okolí zdravotnické zařízení, ve kterém je zřízena funkce nemocničního ombudsmana. Těchto respondentů bylo 37. Celkový soubor byl tvořen 75 respondenty.

6.2.3 Zpracování dat kvantitativní části výzkumu

Získaná anonymní data byla tříděna, analyzována a následně vyhodnocena. Data byla zpracována popisnými statistickými metodami a metodou pro ověřování hypotézy.

K testování předem stanoveného výzkumného předpokladu (hypotézy) byl vybrán Chí-kvadrát test nezávislosti (χ^2 -test) pro porovnání pravděpodobností ve dvou nezávislých populacích. Tento test ověřuje, zda mohou být rozdíly naměřených a očekávaných četností náhodné (proměnné jsou nezávislé), či statisticky významné (proměnné jsou závislé). Základem je kontingenční tabulka, stupně volnosti a rozdělení χ^2 . V rámci Chí-kvadrát testu nezávislosti byly sestaveny kontingenční tabulky. Počet stupňů volnosti je vyjádřen vzorcem $(r-1)*(c-1)$, který znamená počet řádků minus jedna násoben počtem sloupců minus jedna. Hladina významnosti byla stanovena na hodnotu 5% (Pecáková, 2004).

U věkového rozložení souboru byl určen modus, medián. Medián je střední hodnota souboru, která ho dělí na dvě poloviny (u sudých počtů měření se bere jako průměr dvou prostředních čísel). Modus je nejčetnější hodnota, nemusí být pouze jedna (Pecáková, 2004).

7 Analýza dat a prezentace výsledků

7.1 Analýza strukturovaných rozhovorů - kvalitativní výzkum

V rámci kvalitativního výzkumu byly uskutečněny rozhovory se třemi nemocničními ombudsmeny. Jako první byla navštívena nemocnice ve Svitavách – paní Mgr. Eva Havlíková, dále Bohumínská městská nemocnice – paní Mgr. Zina Nováčková a jako třetí Fakultní nemocnice Ostrava – pan JUDr. Antonín Blahuta.

Po vyhodnocení a porovnání jednotlivých rozhovorů vplynuly následující poznatky:

- **Založení funkce nemocničního ombudsmana**

Jako první byla tato funkce zřízena ve Fakultní nemocnici Ostrava a to v roce 2004, v Bohumínské městské nemocnici je tato funkce od roku 2007 a ve Svitavské nemocnici je role ombudsmana vykonávána od roku 2009. Z těchto údajů můžeme usoudit, že se jedná o poměrně „mladou“ funkci.

- **Důvod založení funkce nemocničního ombudsmana**

Důvodem zřízení funkce nemocničního ombudsmana bylo ve všech zařízeních zvýšení spokojenosti pacientů/klientů s poskytovanou péčí a tím zlepšování kvality poskytované péče na základě podnětů od pacientů/klientů a jejich příbuzných.

- **Zřizovatel funkce nemocničního ombudsmana**

Protože žádný zákon či nařízení neustanovuje zřízení funkce nemocničního ombudsmana je, ve všech případech tento statut zřizován vedením (ředitelem) příslušného zdravotnického zařízení. Ředitelem jsou také vymezeny kompetence této funkce a jemu je také nemocniční ombudsman odpovědný za svou činnost.

- **Náplň práce nemocničního ombudsmana**

Hlavním posláním funkce nemocničního ombudsmana je ve všech zařízeních poskytování pomoci a ochrana práv pacientů/klientů a jejich příbuzných před jednáním lékařů, nelékařských zdravotnických pracovníků, pokud je toto jednání v rozporu s právem a neodpovídá dobrým mravům. Ombudsmeni poskytují pomoc pacientům/klientům, jejich příbuzným a přátelům při řešení problémů vzniklých v souvislosti s léčbou a pobytem v nemocnici, pomáhají se získáním informací, které jedinci potřebují, dále se zabývají také poradenskou činností. Ombudsmeni prošetřují stížnosti a podněty od pacientů/klientů, týkající se kvality poskytované péče, provozně organizačních problémů a neetického chování

zdravotnické personálu. Ve Svitavské a Bohumínské městské nemocnici je služba nemocničního ombudsmana poskytována rovněž zaměstnancům těchto zařízení, kteří se mohou na ombudsmana obracet s problémy, které mají se svými spolupracovníky a nadřízenými. Ombudsmani tohoto zdravotnického zařízení jednají jak na základě podnětů od pacientů/klientů a jejich příbuzných, tak také na základě zaměstnanců. Naproti tomu ve Fakultní nemocnici Ostrava je služba nemocničního ombudsmana zřízena jen pro pacienty/klienty, jejich příbuzné a přátele, nikoliv zaměstnance. Ombudsmani všech zařízení přijímají také pochvaly, týkající se příslušného zdravotnického zařízení a jejich zaměstnanců.

Funkci nemocničního ombudsmana ani jeden z oslovených ombudsmanů nevykonává jako svou hlavní činnost. Ve Svitavské nemocnici je hlavní činností paní Mgr. Havlíkové pozice manažera kvality, kde se zabývá akreditacemi, naplňováním standardů, audity atd. a statut ombudsmana vykonává jako vedlejší činnost. Jako svou hlavní činnost v Městské Bohumínské nemocnici zastává paní Mgr. Zina Nováčková funkci náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Obě ombudsmanky pracují v daných zdravotnických zařízeních na hlavní pracovní poměr, oproti Fakultní nemocnici Ostrava, kde pan JUDr. Blahuta nepracuje jako zaměstnanec v pracovním poměru, ale na základě dohody o pracovní činnosti. Vlastním povoláním je právník a současně přednáší na Lékařské fakultě Ostravské Univerzity, kde je také proděkanem. Podle názoru pana JUDr. Blahuty by měl tuto funkci zastávat někdo nezávislý a nestranný. Zřizovatelem by mělo být například Ministerstvo zdravotnictví, krajský úřad či lékařská komora, tím by byla zaopatřena nezávislost se vším všudy a předešlo by se tím obavám pacientů/klientů, že ombudsman straní zdravotnickému zařízení. K tomuto názoru se také přiklání Návrh koncepce zdravotnictví z roku 2004, který uvádí, že ombudsman by neměl být zaměstnanec zdravotní pojišťovny nebo nemocnice, ale mohlo by jít například o pracovníka krajského úřadu. Tak by mohla být zajištěna nezávislost na zdravotních organizacích a pojišťovnách.

- **Kvalifikace nemocničního ombudsmana**

Další dotaz se týkal kvalifikace pro plnění této funkce. Paní Mgr. Havlíková uvedla, že má vystudovanou Univerzitu Palackého v Brně, obor Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, magisterský program. Paní Mgr. Nováčková vystudovala Management a ošetrovatelství, bakalářský program, dále vystudovala Sociální práci s poradenským zaměřením, magisterský program. Co se týče praxe, tak od roku 1979 pracuje ve zdravotnictví. Pracovala jako zdravotní sestra, původem je porodní asistentka (střední

škola), takže pracovala na porodním sále, poté působila na gynekologickém oddělení a od roku 2001 je v managementu. Pan JUDr. Blahuta ve Fakultní nemocnici Ostrava vystudoval gymnázium, střední průmyslovou školu a právnickou fakultu UJEP Brno, působí v nemocnici tedy jako nestraník bez praxe ve zdravotnictví.

- **Pravomoci nemocničního ombudsmana**

Pravomoci ve své funkci mají všichni ombudsmani podobné. Jsou oprávněni s vědomím vedoucího zaměstnance daného pracoviště, ale i bez předchozího upozornění vstupovat do prostor pracoviště za dodržení podmínek BOZP a provádět různá šetření, rozhovory s pacienty a zdravotnickými pracovníky. Na základě zmocnění pacientů/klientů mohou také nahlížet do jejich zdravotnických a ošetrovatelských dokumentací a konzultovat průběh léčby s ošetřujícími lékaři. V případě zjištění nedostatků navrhnou jejich odstranění. Nemocniční ombudsman nemá tedy oprávnění nahlížet do zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacienta, je tedy v nevýhodě oproti republikovému ombudsmanovi, který má tuto možnost díky novele zákona o péči o zdraví lidu (§ 67b odst. 10), kdy došlo ke změně ve smyslu rozšíření výčtu osob oprávněných nahlížet do zdravotnické dokumentace o veřejného ochránce práv.

- **Povinnosti nemocničního ombudsmana**

Povinnosti nemocničních ombudsmanů jsou rovněž podobné. Každý ombudsman má povinnost vést o své práci písemnou agendu, ústřední evidenci podaných stížností i pochval a vypracovávat souhrnných zpráv o své činnosti (měsíční, čtvrtletní, půlroční, roční). Ombudsman pravidelně, dle jednotlivých zdravotnických zařízení seznamuje ředitele se svou činností a poznatky, které z jeho činnosti vyplynuly. Pokud při své činnosti zjistí ombudsman porušování práv pacientů a zaměstnanců, informuje neprodleně o této skutečnosti ředitele nemocnice. Další povinností je prošetření dané stížnosti či podnětu ve spolupráci vedení nemocnice, jednotlivých klinik a oddělení a navrhnutí opatření k odstranění zjištěných nedostatků. Dále písemnou formou seznámit stěžovatele v zákonné lhůtě s výsledkem šetření. Ombudsman ostravské nemocnice uvedl, že další jeho povinností je kontrola odstranění oprávněných kritizovaných nedostatků. Z vlastní iniciativy také provádí návštěvy, hlavně ambulantní složky, aby zjistil, jak se zdravotničtí pracovníci k pacientům/klientům chovají. Při návštěvách oddělení zjišťuje aktuální problémy. Ombudsmanka Bohumínské městské nemocnice v rámci své funkce náměstkyně ošetrovatelské péče si prochází oddělení a při pochůzkách si kontroluje, zda je vše v pořádku nebo zda se něco opět děje.

- **Způsob kontaktování nemocničního ombudsmana**

Pacienti/klienti a jejich příbuzní, ale také zaměstnanci (s výjimkou Fakultní nemocnice Ostrava) se mohou na své nemocniční ombudsmany obracet osobně (ústně) nebo písemnou a elektronickou formou. Pro osobní kontakt má ombudsman v Ostravě vyhrazené návštěvní hodiny pro pacienty/klienty. Ombudsmanky ve zbylých dvou zařízeních jednají osobně po telefonické domluvě schůzky. Paní Mgr. Nováčková uvedla, že návštěvní hodiny měla a pacienti/klienti, jejich rodiny a zaměstnanci těchto hodin stejně nevyužívali, a proto byly zrušeny. Pro podání stížnosti mají stěžovatelé ve svitavské a ostravské nemocnici k dispozici vytvořený formulář. Fakultní nemocnice Ostrava má na svých webových stránkách online formulář pro podávání stížností, ale dle obecně platných předpisů je elektronicky podaná stížnost považována za anonymní a stížnosti podané elektronickou poštou jsou dle významu prošetřovány a s ohledem na chráněné osobní údaje na ně nemusí být odpovídáno.

- **Postup při vyřizování stížností**

Postup při vyřizování stížností se v jednotlivých zdravotnických zařízeních nepatrně liší. Jak již bylo zmíněno, stížnost je možno podat ústně, písemně či elektronicky, vždy řádně opatřeno vlastnoručním podpisem. Pokud je stížnost podána písemnou formou, tak je nutné do určitého počtu pracovních dnů potvrdit stěžovateli doručení stížnosti a seznámit ho s dalším postupem. Lhůta k vyřízení stížnosti je dle předpisu o správním řízení 30 dnů.

Postup při vyřizování stížností ve Svitavské nemocnici:

Podání stížnosti jakoukoliv výše jmenovanou formou a doručení nemocniční ombudsmance, ta je povinna tuto skutečnost ústně nahlásit řediteli nemocnice a do 10ti dnů potvrdit stěžovateli příjem stížnosti. Pokud je ombudsmanka nepřítomna, ředitel nemocnice určí jejího zástupce v přijímání stížností. Pokud ani ten není přítomen, přijímá stížnosti ředitel nemocnice sám. Dále je povinností ombudsmanky v co nejkratší době seznámit členy „Komise pro řešení stížností“ s daným problémem a poskytnout jim co nejvíce informací o podané stížnosti. Tito členové se pak k dané stížnosti vyjadřují a do 20ti dnů jsou povinni doručit písemnou zprávu o způsobech a závěrech prošetření stížnosti a o přijatých opatřeních k nápravě zpět k rukám ombudsmance. Ombudsmanka je dále povinna napsat závěrečnou zprávu ze šetření stížnosti a předložit ji k posouzení, schválení a podpisu řediteli nemocnice. Do 30ti dnů je nutno dát zpětné písemné vyjádření stěžovateli. Ombudsmanka může navrhnout opatření k nápravě např. změny v organizaci zdravotní péče, změny vedoucí ke zvýšení kvality zdravotní péče, poskytnutím náhrady škody (tzv. dohoda o narovnání),

může dát také podnět k zahájení stíhání pro trestný čin, přešupek, nebo jiný správní delikt. Zpráva musí být podána stěžovateli i tehdy, bylo-li rozhodnuto, že není důvodná. U složitých případů je možné lhůtu 30ti dnů prodloužit, ale stěžovatel musí být vždy o dané skutečnosti písemně informován. Pokud je stížnost opakovaně podávána a nejsou v ní nové skutečnosti, není brán zřetel k řešení této stížnosti, ale tento postup musí být opět sdělen stěžovateli. Fotokopie písemné zprávy o závěrech prošetření stížnosti je spolu s ostatními písemnostmi předána ombudsmance k založení do evidence.

Postup při vyřizování stížností v Bohumínské městské nemocnici:

Podání stížnosti jakoukoliv výše uvedenou formou a doručení ombudsmance. Pokud byla stížnost podána písemně, tak ombudsmanka musí po převzetí stížnosti podat zprávu stěžovateli do pěti dnů o doručení stížnosti a informovat ho o lhůtě k vyřízení záležitosti. Každá stížnost je zaevidována a patřena pořadovým číslem evidence stížností. Dále je sepsán záznam o předmětu stížnosti, daná skutečnost je prošetřena ombudsmankou se zúčastněnými stranami (stěžovatel, druhá strana – žalovaná). Pokud je stížnost oprávněna, napíše se návrh řešení a ten pak ombudsmanka předkládá řediteli, který rozhodne co dál. Stížnost musí být vyřízena nejpozději do 30ti dnů ode dne, kdy byla doručena. Tuto lhůtu lze ve výjimečných případech prodloužit na základě návrhu ředitele. Rozhodnutí o prodloužení lhůty musí být písemné a zakládá se do spisu a o důvodech prodloužení lhůty k vyřízení stížnosti musí být stěžovatel vyrozuměn. Pokud se jedná o závažnější problém ohledně poskytnutí lékařské péče (zanedbání), tak to ombudsmanka neřeší, má na starosti jen interní záležitosti. V jiných případech se pacienti/klienti, jejich rodiny a zaměstnanci mohou obrátit na příslušný krajský úřad odbor zdravotnictví, pokud je stížnost oprávněná.

Postup při vyřizování stížností ve Fakultní nemocnici Ostrava:

Stěžovatelé podají stížnost písemně, osobně či elektronicky. Anonymní stížnosti nejsou řešeny, jen u výjimečně závažných případů. Pacienti/klienti si musí stížnosti napsat sami, ombudsman je jim jen rádcem, jak stížnosti psát a jak dál postupovat. Ombudsman posuzuje objektivnost při šetření podaných stížností. Pokud stížnost posoudí a pacient/klient s výsledkem nesouhlasí, je mu doporučeno, aby se obrátil na zřizovatele nemocnice nebo na soud. Každá stížnost musí být vyřízena do 30ti dnů od podání. Je možné prodloužení této doby, pokud se jedná o náročnější šetření, které vyžaduje více času, v tomto případě může být doba prodloužena na 60 dnů. Ombudsman neřeší podněty zabývající se náhradami škod.

- **Evidence přijatých stížností/pochval**

Přijaté stížnosti, ale i pochvaly jsou evidovány ve všech třech zařízeních. Každá stížnost je opatřena svým pořadovým číslem a je uložena ve spisové složce. Do evidence se také zaznamenávají výsledky kontroly a také to, jak byla splněna opatření k nápravě. Řešení stížností je pravidelně přezkoumáváno a je hodnocena účinnost opatření. Ve Fakultní nemocnici Ostrava jsou výsledky šetření a souhrnná zpráva zpracována jedenkrát ročně pro Ministerstvo zdravotnictví, půlročně pak k internímu statistickému zhodnocení, které je předkládáno řediteli nemocnice a vedení příslušných klinik. Ve Svitavské nemocnici hodnocení provádí ředitel nemocnice a ombudsman a slouží jako zdroj pro přezkoumávání systému kvality a pro definici rizikových míst procesu.

- **Nejčastější důvody stížností**

Nejčastějším důvodem nespokojenosti pacientů/klientů, ale i jejich příbuzných je nevhodné chování a komunikace ze strany lékařů a zdravotních sester. Všichni zdravotničtí ombudsmani se shodují, že častou výchozí příčinou problémů, ač se to tak na první pohled vůbec nezdá, jsou komunikační nedorozumění. Dalším častým důvodem nespokojenosti pacientů/klientů jsou dlouhé čekací doby na specifická vyšetření, zdravotnické výkony, nebo dlouhé čekání v ambulancích bez objednání. Jako další uvedený problém byla nespokojenost klientů s podáváním nedostatečných či neúplných informací ze strany zdravotníků a stížnosti na nedokonalou administrativu. Ombudsmanka Svitavské nemocnice uvedla, že eviduje stížnosti od zaměstnanců, které se převážně týkají mobingu, dále se zaměstnanci na ní obrací s problémy ohledně pracovního zařazení, většinou jen stačí poskytnout radu, kam se mají obrátit nebo jak situaci řešit. V Bohumínské městské nemocnici si zaměstnanci stěžují nejvíce na výši platů a na vztahy se svými nadřízenými.

- **Frekvence podávání stížností/pochval**

Frekvence podávání stížností a pochval se v jednotlivých zařízeních liší, což je dáno i velikostí těchto zařízení. Ve Svitavské nemocnici je následující situace - oficiálně podané stížnosti jsou přibližně tři za měsíc. Ombudsmanka se snaží vše v klidu, beze spěchu s pacientem/jeho rodinou rozebrat, prodiskutovat a společně hledají řešení a hodnotí, zda je nutné podat formální stížnost. Situace se tak v mnoha případech vyřeší a není nutné stížnosti podávat. Co se týče pochval, tak jsou evidovány také přibližně tři za měsíc, převažují pochvaly ústní nad pochvalami písemnými. V bohumínské nemocnici ombudsmanka pochvaly moc neeviduje, ty spíše dostávají na oddělení. Frekvence stížností moc není, protože

lidé na instituci ombudsmana nejsou zvyklí. Frekvence podávání stížností je v ostravské nemocnici různá. Mimo písemné (evidované) podání se na ombudsmana pacienti/klienti obrací osobně nebo telefonicky. Převážná část těchto nepísemných podání je operativně vyřešena, anebo je stěžovatelům vysvětlen další postup či neoprávněnost, ale bez další administrativy. Pochval je přijímáno více s různou frekvencí, např. v roce 2009 bylo zaevidováno 535 poděkování a za první pololetí roku 2010 jich bylo 290.

- **Informace pro veřejnost o existenci funkce nemocničního ombudsmana**

O existenci nemocničních ombudsmanů je veřejnost informována na webových stránkách zdravotnických zařízení. Informace jsou také podávány přímo zaměstnanci jednotlivých oddělení a ambulancí, prostřednictvím regionálního tisku a televize. V ostravské nemocnici mají pacienti/klienti a jejich příbuzní k dispozici na všech odděleních a ambulancích letáčky s informacemi a kontaktem na zdravotnického ombudsmana.

- **Vliv zřízení funkce nemocničního ombudsmana na zvyšování kvality zdravotní péče**

Odpovědi na otázku, týkající se vlivu zřízení instituce zdravotnického ombudsmana na kvalitu zdravotní péče jsou ve všech rozhovorech velmi podobné. Podněty fungují jako indikátor kvality péče. Poukazují zejména na defekty v procesech, které zdravotník ze své pozice nemůže postřehnout, nebo si je třeba ani neuvědomuje. Zdravotničtí ombudsmani se snaží vzniklé problémy zachytit, řešit je a zejména navrhnout opatření, která mají směřovat k tomu, aby se předešlo opakování stížností. Činnost zdravotnického ombudsmana je pak přínosem a řešení podnětů a problémů pacientů/klientů a jejich příbuzných přímo vede ke zkvalitnění služeb a zdravotní péče.

V příloze 8 se nacházejí autorizované rozhovory s jednotlivými nemocničními ombudsmany.

7.2 Analýza dat a prezentace výsledků kvantitativní části výzkumu

Tato kapitola analyzuje jednotlivé položky dotazníku pomocí popisné statistiky. V závěru je statisticky testována hypotéza.

Otázka číslo 1: Vaše pohlaví?

Tabulka 1: Četnosti pohlaví respondentů – pacienti/klienti

Pohlaví	Počet respondentů (absolutní četnost)	Počet respondentů (relativní četnost)	Počet respondentů (relativní četnost v %)
Žena	23	0,61	60,53
Muž	15	0,39	39,47
Celkem	38	1	100

Modus: četnost 23 - ženy

Tabulka 1 popisuje složení respondentů – pacientů/klientů, kteří navštívili zařízení se zřízenou funkcí nemocničního ombudsmana, podle pohlaví. Celkový počet pacientů/klientů byl 38 (100 %), z toho bylo 23 žen (60,53 %) a 15 mužů (39,47%).

Tabulka 2: Četnosti pohlaví respondentů – ostatní veřejnost

Pohlaví	Počet respondentů (absolutní četnost)	Počet respondentů (relativní četnost)	Počet respondentů (relativní četnost v %)
Žena	25	0,68	67,57
Muž	12	0,32	32,43
Celkem	37	1	100

Modus: četnost 25 - ženy

Tabulka 2 popisuje složení respondentů – ostatní veřejnosti, v jejichž kraji není zdravotnické zařízení se zřízenou funkcí nemocničního ombudsmana, podle pohlaví. Celkem se do výzkumu zapojilo 37 (100 %) respondentů z veřejnosti, z toho bylo 25 (67,57 %) žen a 12 (32,43%) mužů.

Tabulka 3: Četnosti a celkový počet respondentů obou skupin

Respondenti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Pacienti/klienti	38	0,51	50,67
Veřejnost	37	0,49	49,33
Celkem	75	1	100

Celkový počet respondentů zahrnutý do výzkumu diplomové práce byl 75 (100 %). Z toho bylo 38 (50,67 %) pacientů/klientů ze zdravotnického zařízení se zřízenou funkcí nemocničního ombudsmana a 37 (49,33 %) respondentů z ostatní veřejnosti.

Otázka číslo 2: Kolik je Vám let?

Tabulka 4: Četnosti věkových kategorií respondentů – pacienti/klienti

Věková kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
18-29 let	9	0,24	23,68
30-39 let	7	0,18	18,42
40-49 let	7	0,18	18,42
50-59 let	11	0,29	28,95
60-69 let	4	0,11	10,53
70 a více let	0	0	0
Celkem	38	1	100

Modus: četnost 11 - věková kategorie 50-59 let

Medián: nachází se mezi 19. a 20. naměřenou hodnotou, leží ve věkové kategorii 40-49 let

Průměrný věk respondentů: výpočet podle vzorce
výsledek je: 42,68 let

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i * n_i}{n}$$

Tabulka 5: Četnosti věkových kategorií respondentů – ostatní veřejnost

Věková kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
18-29 let	6	0,16	16,22
30-39 let	11	0,30	29,73
40-49 let	7	0,19	18,92
50-59 let	5	0,14	13,51
60-69 let	8	0,22	21,62
70 a více let	0	0	0
Celkem	37	1,00	100

Modus: četnost 11 - věková kategorie 30-39 let

Medián: je to 19. Naměřená hodnota, která leží ve věkové kategorii 40-49 let

Průměrný věk respondentů: výpočet podle vzorce
výsledek je: 43,8 let

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i * n_i}{n}$$

Otázka číslo 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 6: Četnosti vzdělání respondentů – pacienti/klienti

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Základní	12	0,32	31,58
Střední bez maturity	5	0,13	13,16
Střední s maturitou	16	0,42	42,11
Vysokoškolské	5	0,13	13,16
Celkem	38	1	100

Modus: četnost 16 - střední vzdělání s maturitou

Tabulka 6 znázorňuje vzdělání pacientů/klientů, kteří vyplňovali dotazník. Nejvíce odpovídalo pacientů/klientů se středním vzděláním s maturitou – 16 (42,11 %). Pacientů/klientů se vzděláním základním bylo 12 (31,58 %). Pacientů/klientů se vzděláním středním bez maturity bylo 5 (13,16 %) a stejně tak i pacientů/klientů se vzděláním vysokoškolským.

Tabulka 7: Četnosti vzdělání respondentů – ostatní veřejnost

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Základní	7	0,19	18,92
Střední bez maturity	5	0,14	13,51
Střední s maturitou	16	0,43	43,24
Vysokoškolské	9	0,24	24,32
Celkem	37	1	100

Modus: četnost 16 - střední vzdělání s maturitou

Nejčetnější skupina z respondentů ostatní veřejnosti byla se středním vzděláním s maturitou – 16 (43,24 %). Dále bylo 9 (24,32 %) respondentů vysokoškolsky vzdělaných, 7 (18,92 %) respondentů se vzděláním základním a 5 (13,51 %) respondentů se středním vzděláním bez maturity.

Otázka číslo 4: Víte o tom, že v některých nemocnicích existuje funkce nemocničního/zdravotnického ombudsmana?

Tabulka 8: Četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 4 – pacienti/klienti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	26	0,68	68,42
Ne	12	0,32	31,58
Celkem	38	1	100

Modus: četnost 26 – odpověď ano

26 (68,42 %) pacientů/klientů zdravotnického zařízení se zřízenou funkcí nemocničního ombudsmana odpovědělo, že ví o existenci funkce nemocničního ombudsmana. Zbýlých 12 (31,58 %) pacientů/klientů nemá ponětí o této funkci.

Tabulka 9: Četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 4 – ostatní veřejnost

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	15	0,41	40,54
Ne	22	0,59	59,46
Celkem	37	1,00	100

Modus: četnost 22 – odpověď ne

Na otázku, zda respondenti vědí, že v některých zdravotnických zařízeních je zřízena funkce nemocničního ombudsmana odpovědělo 22 (59,46 %) respondentů záporně a zbylých 15 (40,54 %) respondentů kladně.

Otázka číslo 5: Kde jste se s pojmem „nemocniční/zdravotnický ombudsman“ setkal(a)?

Tabulka 10: Četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 5 – pacienti/klienti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Televize	10	0,38	38,46
Noviny/časopisy	2	0,08	7,69
Rádio	2	0,08	7,69
Web nemocnice	1	0,04	3,85
Zdravotnické zařízení	6	0,23	23,08
Jiná osoba	5	0,19	19,23
Přímý kontakt s nem. ombudsmanem	0	0	0
Jiné	0	0	0
Celkem	26	1	100

Modus: četnost 10 - televize

Tabulka 10 popisuje četnosti odpovědí na otázku, kde se pacienti/klienti, kteří na předchozí otázku odpověděli ano (26 = 100 %), setkali s pojmem nemocniční ombudsman. Nejvíce byla označována odpověď v televizi – 10 (38,46 %). Dále 6 (23,08 %) pacientů/klientů uvedlo, že se s pojmem setkali přímo ve zdravotnickém zařízení, 5 (19,23 %) pacientů informaci získalo od jiné osoby, 2 (7,69 %) pacienti/klienti uvedli noviny/časopis, 2 (7,69 %) rádio a 1 (3,85 %) pacient/klient uvedl web nemocnice. Žádný pacient/klient se nesetkal přímo s nemocničním ombudsmanem.

Tabulka 11: Četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 5 – ostatní veřejnost

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Televize	10	0,67	66,67
Noviny/časopisy	2	0,13	13,33
Rádio	1	0,07	6,67
Web nemocnice	0	0	0
Zdravotnické zařízení	0	0	0
Jiná osoba	2	0,13	13,33
Přímý kontakt s nem. ombudsmanem	0	0	0
Jiné	0	0	0
Celkem	15	1	100

Modus: četnost 10 - televize

Celkový počet respondentů, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně, bylo 15 (100 %). Nejčetnější odpověď na otázku, kde se s pojmem nemocniční ombudsman setkali, byla televize – 10 respondentů (66,67 %), dále 2 (13,33 %) respondenti odpověděli noviny, časopisy a 2 (13,33 %) jiná osoba a 1(6,67 %) respondent zvolil odpověď rádio. Nikdo se s pojmem nesetkal na webu nemocnice nebo přímo ve zdravotnickém zařízení či kontaktem s nemocničním ombudsmanem.

Otázka číslo 6: Využil (a) jste někdy služeb „nemocničního/zdravotnického ombudsmana“ a jak jste byl (a) se službou spokojen (a)?

Tabulka 12: Četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 6 – pacienti/klienti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano, spíše spokojen(a)	1	0,04	3,85
Ano, spíše nespokojen(a)	0	0	0
Ne	24	0,92	92,31
Chystám se	1	0,04	3,85
Celkem	26	1	100

Modus: četnost 24 – odpověď ne

24 (92,31 %) pacientů/klientů uvedlo, že nikdy nevyužili služeb nemocničního ombudsmana, 1 (3,85 %) pacient/klient využil služby a byl spíše spokojen a 1 (3,85 %) pacient/klient se služby chystá využít. Z celkového počtu 26 (100 %) pacientů/klientů, kteří vědí o zřízené funkci nemocničního ombudsmana.

Tabulka 13: Četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 6 - ostatní veřejnost

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano, spíše spokojen(a)	0	0	0
Ano, spíše nespokojen(a)	0	0	0
Ne	15	1	100
Chystám se	0	0	0
Celkem	15	1	100

Modus: četnost 15 – odpověď ne

Z celkového počtu 15ti (100 %) respondentů ostatní veřejnosti, kteří znají pojem nemocniční ombudsman, všech 15 (100 %) respondentů uvedlo, že nikdy nevyužili služeb nemocničního ombudsmana.

Otázka číslo 7: Považujete funkci „nemocničního ombudsmana“ za potřebnou?

Tabulka 14: Četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 7 – pacienti/klienti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	20	0,77	76,92
Ne	2	0,08	7,69
Nevím	4	0,15	15,38
Celkem	26	1	100

Modus: četnost 20 – odpověď ano

Za potřebnou považuje funkci nemocničního ombudsmana 20 (76,92 %) pacientů/klientů z 26ti (100 %) pacientů/klientů. 2 (7,69 %) pacienti/klienti nepovažují tuto funkci za potřebnou a 4 (15,38 %) pacienti/klienti neví, zda je funkce potřebná.

Tabulka 15: Četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 7 – ostatní veřejnost

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	13	0,87	86,67
Ne	1	0,07	6,67
Nevím	1	0,07	6,67
Celkem	15	1,00	100

Modus: četnost 13 – odpověď ano

Z ostatní veřejnosti 13 (86,67 %) respondentů považuje funkci za potřebnou. Pro 1 (6,67 %) respondenta není tato funkce potřebná a 1 (6,67 %) respondent uvedl, že neví.

Statistické testování hypotézy

H: Informovanost o existenci funkce nemocničního ombudsmana je větší u pacientů, kteří navštívili nemocnici s nemocničním ombudsmanem než u ostatní veřejnosti.

H₀: Není statisticky významný rozdíl mezi četností informovaných respondentů, kteří navštívili nemocnici s nemocničním ombudsmanem a četností respondentů ostatní veřejnosti.

H_A: Je statisticky významný rozdíl mezi četností informovaných respondentů, kteří navštívili nemocnici s nemocničním ombudsmanem a četností respondentů ostatní veřejnosti.

Hypotéza je testována testem:

- Chí-kvadrát - test pro porovnání pravděpodobností ve dvou nezávislých populacích.

Základem je kontingenční tabulka, stupně volnosti a rozložení χ^2 .

Respondenti odpovídali na otázku č. 4 v dotazníku:

Víte o tom, že v některých nemocnicích existuje funkce „nemocničního/zdravotnického ombudsmana?

- a) Ano, vím
- b) Ne, nevím

Tabulka 16: Naměřené četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 4

Odpověď	Pacienti/klienti	Veřejnost	Celkem
Ano	26	15	41
Ne	12	22	34
Celkem	38	37	75

Tabulka 17: Očekávané četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 4

Odpověď	Pacienti/klienti	Veřejnost	Celkem
Ano	20,77	20,23	41
Ne	17,23	16,77	34
Celkem	38	37	75

Výpočet:

$$\chi^2 = \sum \frac{(\text{naměřená četnost} - \text{očekávaná četnost})^2}{\text{očekávaná četnost}}$$

$$\chi^2 = \frac{(26 - 20,77)^2}{20,77} + \frac{(15 - 20,23)^2}{20,23} + \frac{(12 - 17,23)^2}{17,23} + \frac{(22 - 16,77)^2}{16,77} = 5,88$$

Obecně se u Pearsonova chí-kvadrát testu dobré shody pro čtyřpolní tabulku vyžaduje, aby v každém poli bylo alespoň 5 naměřených četností (Anděl, 2005).

Byla splněna podmínka naměřených četností v čtyřpolní tabulce pro funkční χ^2 .

Vypočítaná hodnota χ^2 : 5,88

Kritická tabulková hodnota při $\alpha = 0,05$ a $df = 1$ je 3,84

α = hladina významnosti

df = počet stupňů volnosti

Rozhodnutí o přijetí či zamítnutí H_0 :

Vypočítaná hodnota (5,88) je větší než kritická tabulková hodnota (3,84), proto se nulová hypotéza zamítá a alternativní hypotéza se přijímá.

Závěr statistického testování hypotézy:

Existuje statisticky významný rozdíl mezi četností informovaných respondentů, kteří navštívili nemocnici s nemocničním ombudsmanem a četností informovaných respondentů z řad ostatní veřejnosti. Z tabulky 16 vyplývá, že četnost informovaných respondentů je větší u těch respondentů, kteří navštívili nemocnici se zřízenou funkcí nemocničního ombudsmana.

Analýza struktury informovaných respondentů:

Z tabulky 16 vyplývá, že četnost informovaných respondentů - pacientů/klientů byla 26. Dále se bude pracovat pouze s 26ti respondenty a bude zjišťováno jejich pohlaví, věková kategorie a vzdělání.

Tabulka 18: Četnosti pohlaví informovaných respondentů - pacientů/klientů

Informovaní respondenti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ženy	16	0,62	61,54
Muži	10	0,38	38,46
Celkem	26	1	100

Modus: četnost 16 – pohlaví ženy

Z tabulky 18 je zřejmé, že čtenější skupinu informovaných pacientů/klientů tvoří ženy. Dále bude analyzována jen tato skupina respondentek.

Tabulka 19: Četnosti věkových kategorií informovaných respondentek - žen

Věková kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
18-29 let	5	0,31	31,25
30-39 let	3	0,19	18,75
40-49 let	3	0,19	18,75
50-59 let	3	0,19	18,75
60 a více let	2	0,13	12,50
70 a více let	0	0,00	0,00
Celkem	16	1	100

Modus: četnost 5 – věková kategorie 18-29 let

Z tabulky 19 vyplývá, že nejčtenější je skupina informovaných respondentek ve věkové kategorii 18-29 let.

Tabulka 20: Četnosti vzdělání informovaných respondentek - žen

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Základní	1	0,06	6,25
Střední bez maturity	3	0,19	18,75
Střední s maturitou	7	0,44	43,75
Vysokoškolské	5	0,31	31,25
Celkem	16	1	100

Modus: četnost 7 – vzdělání střední s maturitou

Nejčetnější skupinu informovaných respondentek tvořily ty, které měly střední vzdělání s maturitou, což vyplývá z tabulky 20.

Tabulka 21: Četnosti vzdělání informovaných respondentek ve věkové kategorii 18-29 let

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Základní	0	0	0
Střední bez maturity	0	0	0
Střední s maturitou	0	0	0
Vysokoškolské	5	1	100
Celkem	5	1	100

Modus – četnost 5 – vysokoškolské vzdělání

Informované respondentky ve věkové kategorii 18-29 let měly vzdělání vysokoškolské.

Struktura informovaných respondentů:

Typickým respondentem byla žena ve věkové kategorii 18-29 let, která měla vysokoškolské vzdělání.

8 Diskuze

Výzkumná část diplomové práce se zabývala tématem postavení ombudsmana a jeho funkcí ve zdravotnických zařízeních. Jedná se o problematiku dosud zcela neprobádanou a veřejnosti poněkud neznámou.

Výzkum byl rozdělen na dvě části. První část je kvalitativního charakteru a byla realizována metodou strukturovaného rozhovoru, kdy byli navštíveni tři nemocniční ombudsmeni. Druhá část výzkumu je kvantitativního charakteru. Data této části byla získávána pomocí nestandardizovaných dotazníků. Dotazníky byly rozdány mezi dvě skupiny respondentů. První skupinu respondentů tvořili pacienti/klienti zdravotnického zařízení, kde je zřízena funkce nemocničního ombudsmana. Druhá skupina respondentů byla složena z řad ostatní veřejnosti, v jejichž okolí není žádné zdravotnické zařízení, ve kterém by byla vykonávána funkce nemocničního ombudsmana. Celkový počet respondentů, kteří se zúčastnili výzkumu, byl 75.

Vyhodnocením získaných informací *kvalitativní části výzkumu*, týkající se zmapování funkce nemocničního ombudsmana a následného uskutečnění rozhovorů, byly zjištěny následující údaje:

- V České republice je funkce nemocničního ombudsmana zřízena v *sedmi zdravotnických zařízeních* – tři ombudsmeni jsou v Moravskoslezském kraji a po jednom v kraji Olomouckém, Pardubickém, Plzeňském a hlavním městě Praha. Zřizovat tuto instituci neukládá zdravotnickým zařízením žádný právní předpis. V současné době je ustavení funkce ombudsmana ve zdravotnictví plně v kompetenci managementu příslušných zdravotnických zařízení. Zjištěnými údaji jsem byla poněkud negativně překvapena, neboť jsem se domnívala, že funkci nemocničního ombudsmana bude mít zřízeno více zdravotnických zařízení.
- Analýzou získaných informací bylo zjištěno, že v různých zdravotnických zařízeních existují různé ekvivalenty statutu nemocničního ombudsmana. Ochranu práv pacientů/klientů mají v kompetenci náměstci pro léčebně preventivní péči, náměstci pro ošetrovatelskou péči, kontrolní oddělení, etické komise, oddělení pro kontakt s veřejností a oddělení kvality péče o pacienty/klienty. Například ve Fakultní nemocnici v Brně je zřízen tzv. ombudsmanský záznamník, kde mohou pacienti/klienti a jejich příbuzní zanechávat vzkazy, týkající se svých problémů. Tyto skutečnosti jsou dále prošetřovány Kontrolním oddělením dané nemocnice. Zajímavým zjištěním byla také informace týkající se založení funkce nemocničního

ombudsmana ve Fakultní nemocnici Motol, která zde byla zřízena v roce 2000, ale pro nedostatečné využití byla následně zrušena. Taktéž v lázních Teplice v Čechách byla instituce zdravotnické ombudsmana zřízena, ale po odchodu příslušné náměstkyně nebyla již obnovena.

- Nejdříve, v roce 2003 byla instituce nemocničního ombudsmana zřízena ve Vítkovické nemocnici v Ostravě. Ve Fakultní Thomayerově nemocnici a ve Fakultní nemocnici Ostrava je ustanovena tato funkce od roku 2006. Postupně byl tento statut zakládán v dalších nemocnicích. Nejmladší je funkce nemocničního ombudsmana ve Svitavské nemocnici a to z roku 2009. Z těchto informací je zřejmé, že se jedná o poměrně „novou“ funkci, kterou zastupují převážně ženy.

Po zmapování funkce nemocničního ombudsmana byla jednotlivá zařízení kontaktována s prosbou o uskutečnění rozhovorů s jejich ombudsmeny. Pouze tři zdravotnická zařízení byla ochotna umožnit setkání s nemocničními ombudsmeny. Ostatní ombudsmani odpovídali, že nemají na takové věci čas a odezva jednoho nejmenovaného zařízení byla i taková – cituji: „Dnes není nic zadarmo, ani informace! Takže si s naším zařízením udělejte smlouvu a poté jsem ochoten Vám nějaké informace podat.“ Touto telefonickou odpovědí jsem byla poněkud zaskočena. Byla navštívena tři zdravotnická zařízení se zřízenou funkcí nemocničního ombudsmana: Svitavská nemocnice, Bohumínská městská nemocnice a Fakultní nemocnice Ostrava.

Z analýzy rozhovorů s nemocničními ombudsmeny vyplynuly následující poznatky:

- Ze tří navštívených ombudsmanů byly **dvě ženy a jeden muž**.
- Nejdéle je tento statut zřízen ve Fakultní nemocnici Ostrava, vznikl v roce 2004. Dále pak v Bohumínské městské nemocnici je funkce nemocničního ombudsmana zřízena od roku 2007 a nejmladší je role ombudsmana ve Svitavské nemocnici, z roku 2009.
- Ve všech třech případech je statut **zřizován ředitelem** příslušné nemocnice, který také vymezuje kompetence nemocničního ombudsmana. Ombudsman je odpovědný za svou činnost řediteli konkrétního zdravotnického zařízení.
- **Kvalifikaci** pro plnění funkce mají všichni tři oslovení ombudsmani **vysokoškolskou**. Obě ženy vystudovaly obory, týkající se zdravotnictví a ombudsman Fakultní nemocnice Ostrava má právnické vzdělání a jako jediný není přímo zaměstnancem příslušného zdravotnického zařízení, tuto funkci vykonává pouze na základě dohody o pracovní činnosti. Funkce nemocničního ombudsmana by měl podle mého názoru konat nezávislý pracovník zdravotnického zařízení, aby se předešlo obavám

pacientů/klientů, že ombudsman straní zdravotnickému zařízení. Ombudsman Fakultní nemocnice Ostrava také uvedl názor, že posláním ombudsmana je řešit oprávněné požadavky pacientů/klientů v rámci legislativy ve zdravotnictví a etického kodexu, proto by měl být ombudsman nezávislý a nestranný.

- **Důvody zavedení funkcí** nemocničních ombudsmanů byly ve zdravotnických zařízeních podobné. A to snaha vyjít vstříc pacientům/klientům, kteří hledají **ochranu patientských práv** a dále těm, kteří potřebují **poradit a pomoci** zorientovat se v poskytovaných službách, **zprostředkovat pomoc při řešení problémů** v kontaktu se zdravotnickým zařízením. Dále podpořit interpersonální komunikaci s cílem zlepšit poskytované služby, zjišťovat spokojenost pacientů s léčbou v nemocnici nebo třeba také přijímat připomínky a nápady týkající se chodu zařízení.
- Ombudsmani ve zdravotnictví se v rámci své funkce zabývají **přijímáním** a také **vyřizováním žádostí, stížností, připomínek, návrhů a evidencí poděkování**. Jsou odpovědní za vedení evidence těchto podnětů a vypracovávání souhrnných zpráv o své činnosti (měsíční, čtvrtletní, půlroční, roční). Poskytují rady pacientům/klientům a zajišťují jejich správné nasměrování k vyřešení problémů.
- Nejčastějším **důvodem nespokojenosti** pacientů/klientů i jejich příbuzných, je **nevhodné chování a komunikace ze strany lékařů a sester**. Všichni zdravotničtí ombudsmani se shodují, že častou příčinou problémů, ač se to tak na první pohled vůbec nezdá, jsou komunikační nedorozumění. Mezi další problémy, na které si pacienti/klienti stěžují, jsou dlouhé čekací doby, nespokojenost s podáváním nedostatečných či neúplných informací ze strany zdravotníků. O existenci ombudsmana ve zdravotnickém zařízení jsou pacienti/klienti informováni na webových stránkách, dále přímo ve zdravotnickém zařízení od zaměstnanců a ve Fakultní nemocnici Ostrava také pomocí letáčků, které jsou k dispozici na jednotlivých odděleních a ambulancích.

Analýzou a vyhodnocením dotazníků **kvantitativní části výzkumu**, týkající se dvou skupin respondentů - pacientů/klientů a ostatní veřejnosti - jsem zjistila následující skutečnosti:

- Celkem bylo vyhodnoceno 75 (100 %) dotazníků, z toho bylo 48 (64 %) dotazníků vyplněných od žen a 27 (36 %) dotazníků od mužů. Z této informace vyplývá, že ženy byly zastoupeny více při vyplňování dotazníků, protože byly ochotnější spolupracovat.

Dále bude pojednáváno o jednotlivých skupinách respondentů.

- První skupinu respondentů tvoří pacienti/klienti, kteří navštívili zdravotnické zařízení se zřízenou funkcí nemocničního ombudsmana, těchto respondentů bylo 38 (50,67 %).
- Ve druhé skupině je 37 (49,33 %) respondentů, které tvoří ostatní veřejnost, v jejichž okolí není žádné zdravotnické zařízení se zřízenou funkcí nemocničního ombudsmana.
- **Nejčtenější věková kategorie:**
 - ze souboru respondentů - pacientů/klientů byla **50-59 let**,
 - ze souboru respondentů - ostatní veřejnost byla **30-39 let**.
- **Průměrný věk respondentů** obou skupin je podobný:
 - u pacientů/klientů je 42,68 let,
 - u ostatní veřejnosti je 43,8 let.
- **V oblasti vzdělání** je v obou souborech nejčtenější skupina respondentů se **středním vzděláním s maturitou**. Mezi pacienty/klienty druhou nejčtenější skupinu v oblasti vzdělání tvoří respondenti se základním vzděláním a mezi veřejností naopak vysokoškolsky vzdělání. Tato skutečnost je dána tím, že v souboru pacientů/klientů převažuje věková skupina 50-59 let a naopak mezi veřejností převažuje skupina respondentů 18-29 let.
- Odpověď na otázku, zda respondenti vědí, že v některých nemocnicích existuje funkce nemocničního ombudsmana, odpovědělo:
 - z řad pacientů/klientů: **26 (68,42 %) respondentů** kladně, tzn. že o této skutečnosti vědí,
 - z řad veřejnosti: **15 (40,54 %) respondentů** také kladně.
- **Nejčtenější odpověď** na otázku, kde se respondenti s pojmem nemocniční/zdravotnický ombudsman se setkali, byla u obou skupin respondentů **televize**. Tuto odpověď zvolilo 10 (38,46 %) z 26ti (100 %) respondentů – pacientů/klientů a z ostatní veřejnosti ji zvolilo také 10 (66,67 %) z 15ti (100 %) respondentů. Dále 6 (23,08 %) pacientů/klientů zjistilo skutečnost o existenci této funkce přímo ve zdravotnickém zařízení a 5 (19,23 %) respondentů informaci získalo od známých. 2 (13,33 %) respondenti z ostatní veřejnosti se s pojmem setkali v novinách či časopisech a 2 (13,33 %) získali informaci od jiné osoby.
- **Jen 1 (3,85 %) pacient/klient z 26ti (100 %) pacientů/klientů, využil služby nemocničního ombudsmana a se službou byl spokojen.** Z respondentů ostatní veřejnosti nevyužil nikdo služeb nemocničního ombudsmana.

- Z 26ti (100 %) dotazovaných pacientů/klientů jich **20 odpovědělo, že považují funkci nemocničního ombudsmana za potřebnou** a z **ostatní veřejnosti 13 (86,67 %) respondentů z 15ti (100 %) funkci považuje také za potřebnou.**

Podněty od pacientů/klientů fungují vlastně jako indikátor kvality poskytované péče. Poukazují na defekty v procesech, které zdravotník ze své pozice není schopen postřehnout, nebo si je třeba ani neuvědomuje. Zdravotničtí ombudsmeni se snaží vzniklé problémy zachytit, řešit je a zejména navrhnout opatření, která mají směřovat k tomu, aby se předešlo opakování stížností. Činnost nemocničního ombudsmana je velkým přínosem, který vede ke zkvalitnění služeb a zdravotní péče. Porovnáním tohoto zjištění s názorem dotazované veřejnosti vzniká shoda názorů, jelikož více jak polovina respondentů si myslí, že zřízení funkce ombudsmana ve zdravotnických zařízeních má vliv na zvýšení kvality poskytované péče.

ZÁVĚR

V diplomové práci je představeno jedno z méně známých, ale aktuálních témat. Diplomová práce s názvem *Statut nemocničního ombudsmana v českých nemocnicích* je tvořena dle zásad pro vypracování.

V teoretické části práce je popsána historie vzniku institutu ombudsmana obecně, dále se práce zaměřuje na nemocničního ombudsmana v českých nemocnicích. Teoretická část obsahuje také kapitolu věnovanou významu kvality zdravotní a ošetrovatelské péče v rámci ochrany pacientů/klientů a jejich práv. Praktická část analyzuje a vyhodnocuje provedený výzkum kvalitativně – kvantitativního charakteru. První část výzkumu je zaměřena na rozhovory s konkrétními nemocničními ombudsmeny, kteří byli v rámci výzkumu navštíveni. Kvantitativní část výzkumu se zabývá četností informovaných pacientů/klientů a ostatní veřejnosti o existenci funkce nemocničního ombudsmana, data k této části byla sbírána pomocí nestandardizovaných dotazníků.

Na začátku práce byly *stanoveny 4 cíle kvalitativní části a tři cíle kvantitativní části výzkumu:*

Prvním cílem části kvalitativní bylo zmapovat funkci nemocničního ombudsmana v českých nemocnicích a poté jednotlivé ombudsmeny navštívit a uskutečnit s nimi rozhovor. Tento cíl byl splněn, byli navštíveni tři nemocniční ombudsmeni, kteří byli ochotni spolupracovat.

Dalšími cíly bylo *zjistit, jaká je náplň práce nemocničního ombudsmana v jednotlivých zdravotnických zařízeních, jakými záležitostmi se v rámci své funkce nejvíce zabývá a jaké pravomoci má nemocniční ombudsman.*

Cílem kvantitativní části výzkumu bylo zjistit, jak vnímá veřejnost zavedení funkce nemocničního ombudsmana, zhodnotit četnosti informovaných respondentů obou skupin souboru a statisticky ověřit, zda četnost pacientů, kteří navštívili nemocnici s nemocničním ombudsmanem, je větší než u ostatní veřejnosti.

Cíle obou částí výzkumu byly splněny.

Dále byly na začátku práce pro obě části výzkumu stanoveny výzkumné otázky. Pro kvalitativní část výzkumu byly *stanoveny tři výzkumné otázky.*

1. Liší se náplň práce nemocničních ombudsmanů v jednotlivých zařízeních?

Po analýze strukturovaných rozhovorů lze konstatovat, že hlavním posláním funkce nemocničního ombudsmana je ve všech zařízeních

poskytování pomoci a ochrana práv pacientů/klientů. Pomáhají pacientům/klientům a jejich příbuzným při řešení problémů vzniklých v souvislosti s léčbou a pobytem v nemocnici, pomáhají také se získáním informací, které jedinci potřebují. Ombudsmani prošetřují stížnosti a podněty od pacientů/klientů a jejich příbuzných, týkající se kvality poskytované péče, provozně organizačních problémů a neetického chování zdravotnické personálu. Ve Svitavské a Bohumínské městské nemocnici je služba nemocničního ombudsmana poskytována rovněž zaměstnancům těchto zařízení, kteří se mohou na ombudsmana obracet s problémy, které mají se svými spolupracovníky a nadřízenými. Naproti tomu ve Fakultní nemocnici Ostrava je služba nemocničního ombudsmana zřízena jen pro pacienty/klienty, jejich příbuzné a přátele, nikoliv pro zaměstnance. Ombudsmani všech zařízení přijímají také pochvaly, týkající se příslušného zdravotnického zařízení a jejich zaměstnanců.

2. *Liší se problémy, které jednotliví ombudsmani řeší?*

Všichni tři ombudsmani se v rozhovorech shodují v tom, že nejčastějším důvodem nespokojenosti pacientů/klientů a jejich příbuzných je nevhodné chování a komunikace ze strany lékařů a zdravotních sester. Dalším častým důvodem nespokojenosti pacientů/klientů jsou dlouhé čekací doby na specifická vyšetření, zdravotnické výkony, nebo dlouhé čekání v ambulancích bez objednání, nespokojenost pacientů/klientů s podáváním nedostatečných či neúplných informací ze strany zdravotníků a stížnosti na nedokonalou administrativu. Ve Svitavské nemocnici ombudsmanka eviduje stížnosti od zaměstnanců, které se převážně týkají mobingu, problémů ohledně pracovního zařazení. V Bohumínské městské nemocnici si zaměstnanci stěžují nejvíce na výši platů a na vztahy se svými nadřízenými.

3. *Ovlivňuje vzdělání/praxe pravomoci nemocničního ombudsmana?*

Ve všech třech zařízeních je zřizovatelem funkce nemocničního ombudsmana ředitel nemocnice, proto jím jsou také vymezeny kompetence této funkce. Řediteli příslušného zdravotnického zařízení je nemocniční ombudsman odpovědný za svou činnost. Z těchto údajů vyplývá, že vzdělání ani praxe neovlivňují pravomoci nemocničních ombudsmanů.

Pro kvantitativní části výzkumu byly stanoveny *dvě výzkumné otázky*.

1. *Liší se četnosti informovaných respondentů o existenci funkce nemocničního ombudsmana mezi respondenty, kteří navštívili nemocnici s nemocničním ombudsmanem a ostatní veřejností?*

Tato výzkumná otázka byla statisticky testována metodou pro ověřování hypotézy Chí-kvadrát testem. Ze závěru testování hypotézy lze konstatovat, že existuje statisticky významný rozdíl mezi četností informovaných pacientů, kteří navštívili nemocnici se zřízenou funkcí nemocničního ombudsmana a četností informovaných respondentů z řad veřejnosti. Z tabulky 16 pak vyplývá, že četnost informovaných respondentů je větší u těch, kteří navštívili nemocnici se zřízenou funkcí nemocničního ombudsmana.

2. *Souvisí faktory (pohlaví, věk, vzdělání) s informovaností respondentů?*

Po vyhodnocení dotazníků bylo dospěno k závěru, že nejčetnější skupinu informovaných respondentů tvořily ženy, které byly více ochotny spolupracovat, nejvíce jich bylo ve věku 18-29 let. Nejčetnější vzdělání celé skupiny informovaných žen bylo střední vzdělání s maturitou. Typického respondenta informovaných pacientů/klientů tvořila žena ve věkové kategorii 18-29 let a měla vysokoškolské vzdělání.

Je zřejmé, že závěry výzkumného šetření nemohou být obecně platné a vztaženy na celou populaci, neboť výběr zkoumaného souboru nebyl náhodný a vzorek nebyl dostatečně velký.

I přesto, že nemocničních ombudsmanů je poměrně málo a doba trvání tohoto statutu není dlouhá, je i z poměrně malé zkušenosti zřejmé, že je služba ombudsmanů potřebná ke zvyšování kvality péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Je žádoucí, aby ve zdravotnických zařízeních fungovala osoba, která bude pomáhat nalézat řešení při různých nedorozuměních mezi pacienty/klienty, jejich příbuznými a zdravotnickým personálem, a také zajišťovat komunikaci mezi nimi. Nemocniční ombudsman by měl pomáhat hledat kompromis mezi očekáváním nemocných, jejich rodin a možnostmi příslušného zdravotnického zařízení, měl by být tou osobou, které se člověk s důvěrou svěří a vypovídá ze svých problémů.

Po zhodnocení všech poskytnutých informací je možné konstatovat, že instituce zdravotnického ombudsmana musí ujit ještě dlouhou cestu ke své úplné dokonalosti. A než se tak stane, tak by nebylo špatné zamyslet se nad větou: „*Ochráncem práv pacientů je každý zdravotník. To je náplň a smysl jeho práce*“.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. ANDĚL, J. *Základy matematické statistiky*. 1. vyd. Praha : Matfyzpress, 2005. 358 s. ISBN 80-86732-40-1.
2. BERAN, J. Problémové situace mezi zdravotníky a pacienty. Kvalitativní analýza stížností z medicínsko-psychologického hlediska. *Časopis lékařů českých*. 2003, roč. 142, č. 10, s. 579-581. ISSN 0008-7335.
3. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 (01 0197): Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.3. ©1999-2004, poslední aktualizace 11. 11. 2004. [cit. 2006-12-07]. Dostupné z WWW: <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.ps>>.
4. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 (01 0197): Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentu*. Verze 3.0 (2004). © 1999-2004, poslední aktualizace 11. 11. 2004. [cit. 2006-12-07]. Dostupné z WWW: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.ps>>.
5. BRABCOVÁ, I. Akreditace a její přínos pro ošetrovatelství. In: *Nové trendy v ošetrovatelství. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. Jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2007. 48 – 51 s. ISBN 978-80-7040-992-3.
6. Česko, Zákon č. 381/2005 Sb. o Veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2005, částka 133, s. 1752-1801. ISSN 1211-1244.
7. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. Přeložila Valerie Tóthová. 1. české vyd. Martin : Osveta, spol. s r.o., 2006. 211s. ISBN 20-8063-227-8.
8. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. Přeložila Jana Uhrová, Jana Novotná. 1. české vyd. Martin : Osveta, spol. s r. o., 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.

9. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno : IDV PZ, 1999. 183s. ISBN 80-7013-272-8.
10. GROHAR-MURRAY, M. E.; DiCROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2003. 320s. ISBN 80-247-0267-3.
11. JURÁSKOVÁ, D. Nemocniční ombudsman bude mít vždy co na práci. *Linet-Komfort* [online]. 2006, roč. 3, č. 5, [cit. 22. 2. 2011], s 6. Dostupný z WWW: <<http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/Komfort-5-2006/28412/Nemocnicni-ombudsman-bude-mit-vzdy-co-na-praci>>.
12. JURÁSKOVÁ, D. Nemocniční ombudsman. *Florence*. 2006, roč. 2, č. 5, s. 21. ISSN 1801-464X.
13. KŘEMENOVÁ, E. Nejčastější stížnosti při poskytování zdravotní péče a jejich řešení. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 4, s. 15-16. ISSN 1210-0404.
14. LÁVIČKOVÁ, J. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 4, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
15. MADAR, J. a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 248s. ISBN 80-247-0585-0.
16. MACH, J. a kol. *Zdravotnictví a právo: Komentované předpisy*. 2. vyd. Praha : Lexis Nexis, 2005. 455 s. ISBN 80-86199-93-2.
17. MARX, D. *Systém akreditací zdravotnických zařízení v ČR* [online]. Praha: MZČR, 2008, c2010 [26. 2. 2011]. Dostupný z WWW: <http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/akreditace-zdravotnickych-zarizeni_1851_15.html>.
18. MATHIS, L., JACKSON, H. *Human resource management*. 4th edition. [s.l.] : Cengage learning, 2006. 199 p. ISBN 0324361785.

19. MEZINÁRODNÍ AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NEMOCNICE : překlad 3. vydání. Joint Commission International ; [přeložili David Marx, Ivan Staněk]. 1. české vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 312 s. Přeloženo z angličtiny. ISBN 978-80-247-2436-2.
20. PEČÁKOVÁ, I. *Pořizování a vyhodnocování dat ve výzkumech veřejného mínění*. 1. vyd. Praha : VŠE – OECONOMICA, 2004. 145 s. ISBN 80-245-0753-6.
21. POLICAR, R. *Medicínské právo v roce 2006* [online]. Brno : Masarykův onkologický ústav, 2007, c2010 [cit. 22. 2. 2011]. Dostupný z WWW: <<http://www.bunecnaterapie.cz/zajimavosti/2007/medicinske-pravo-v-roce-2006>>.
22. REIF, L.C. *The Ombudsman, Good Governance and The International Human Rights*. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2004. 426 p. ISBN 90-411-13903-6.
23. SLÁDEČEK, V. *Zákon o veřejném ochránci práv*. 1. vyd. Praha : C. H. Beck, 2000. 167 s. ISBN 80-7179-445-7.
24. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, o.p.s. *Národní akreditační standardy pro nemocnice* [online]. Praha: Tigris, spol. s r.o., 2009, c2010 [cit. 24. 2. 2011]. Dostupný z WWW: <<http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/pdf>>.
25. SVAZ PACIENTŮ ČESKÉ REPUBLIKY. *Ombudsman ve zdravotnictví* [online]. Praha, 6. 2. 2011, c2011 [cit. 22. 2. 2011]. Dostupný z WWW: <<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=2076>>.
26. ŠIDELA, L. Pacientská ombudsmanka provozuje ve Zlíně poradnu. *Zlínský deník* [online]. 2010 [cit. 22. 2. 2011], s. 12. Dostupný z WWW: <<http://www.gajduskova.cz/clanek/189-pacientska-ombudsmanka-provozuje-ve-zline-poradnu.aspx>>.
27. ŠILHÁNOVÁ, L. *Proč ombudsman v České republice (Záznam ze semináře konaného ve dnech 24. -25. 6. 1993 v Praze)*. Praha : Český helsinský výbor – Československá nadace Charty 77, 1993.

28. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
29. VÁCLAVÍK, K. a kol. *Praktický slovník cizích slov*. Praha : XYZ, 2007. 461s. ISBN 80-87021-63-0.
30. VAŠÁTKOVÁ, I. Kvalita ošetrovatelské péče. *Ošetrovatelství*. 2003, roč. 5, č. 1/2, s. 26-33. ISSN 1212-723X.
31. VONDRÁČEK, L.; DVOŘÁKOVÁ, V. Stížnosti v ošetrovatelské péči. *Florence*. 2008, roč. 4, č. 4, s. 168. ISSN 1801-464X.
32. VYLÍČIL, L. *Politika jakosti: Politika jakosti Litomyšlské nemocnice, a.s. na období do roku 2010* [online]. Litomyšl: 2007, c2011 [6. 3. 2011]. Dostupný z WWW: <<http://www.litnem.cz/politika-jakosti/>>.

SEZNAM ZKRATEK

Apod.	a podobně
Atd.	a tak dále
Atp.	a tak podobně
EKG	elektrokardiografie
H	hypotéza
H_0	nulová hypotéza
H_A	alternativní hypotéza
I.m.	intramuskulární (do svalu) podání léku
ISO	International Standards Organization
JCAHO	Join Commission on Accrediation of Haelthcare Organizations
Např.	například
Resp.	respektive
SAK	Spojená akreditační komise
Tj.	to je
Tzn.	to znamená
Tzv.	tak zvaný

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Četnosti pohlaví respondentů – pacienti/klienti	62
Tabulka 2: Četnosti pohlaví respondentů – veřejnost.....	62
Tabulka 3: Četnosti a celkový počet respondentů	63
Tabulka 4: Četnosti věkových kategorií respondentů – pacienti/klienti.....	64
Tabulka 5: Četnosti věkových kategorií respondentů - veřejnost.....	64
Tabulka 6: Četnosti vzdělání respondentů – pacienti/klienti.....	65
Tabulka 7: Četnosti vzdělání respondentů - veřejnost.....	65
Tabulka 8: Četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 4 – pacienti/klienti	66
Tabulka 9: Četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 4 - veřejnost	66
Tabulka 10: Četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 5 – pacienti/klienti	67
Tabulka 11: Četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 5 - veřejnost	68
Tabulka 12: Četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 6 – pacienti/klienti	69
Tabulka 13: Četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 6 - veřejnost	69
Tabulka 14: Četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 7 – pacienti/klienti	70
Tabulka 15: Četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 7 - veřejnost	70
Tabulka 16: Naměřené četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 4.....	71
Tabulka 17: Očekávané četnosti odpovědí respondentů na otázku číslo 4.....	71
Tabulka 18: Četnosti pohlaví informovaných respondentů - pacientů/klientů.....	73
Tabulka 19: Četnosti věkových kategorií informovaných respondentek - žen	73
Tabulka 20: Četnosti vzdělání informovaných respondentek - žen.....	73
Tabulka 21: Četnosti vzdělání informovaných respondentek ve věkové kategorii 18-29 let...74	74

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Indikátory kvality zdravotní péče.....	I
Příloha 2: Akreditovaná zdravotnická zařízení od roku 2005 do roku 2010	III
Příloha 3: Návrh standardu ošetrovatelské péče	IX
Příloha 4: Audit na vyhodnocení návrhu standardu ošetrovatelské péče	XI
Příloha 5: Zdravotnická zařízení se zřízenou funkcí nemocničního ombudsmana	XIII
Příloha 6: Strukturovaný rozhovor	XV
Příloha 7: Dotazník	XVI
Příloha 8: Rozhovory s jednotlivými nemocničními ombudsmany.....	XVIII

Příloha 1: Indikátory kvality zdravotní péče

Příklad kritérií (indikátorů) struktury, procesu, výstupů a výsledků péče při hodnocení kvality péče v nemocnici.

Kritéria:	Způsob hodnocení:	Četnost:
Kritéria struktury		
Prostorové podmínky pro péči	EH	1x ročně
Vybavení pracoviště technikou	EH	1x ročně
Vybavení pokojů pro pacienty	EH	1x ročně
Počet pracovníků	EH	2x ročně
Kvalifikační struktura	EH	2x ročně
Kritéria procesu:		
Čistota provozu	EH	6x ročně
Provozní režim	EH	2x ročně
Diagnostický proces	EH,LA	2x ročně
% nozokomiální nákaz	D	4x ročně
Úroveň ošetrovatelské péče	EH	4x ročně
Úroveň lékařské dokumentace	EH,LA	4x ročně
Čekací doba na hospitalizaci	EH,D	4x ročně
Čekací doba v ambulanci	EH,D	4x ročně
Průměrný čas na 1 amb. vyšetření	EH,D	2x ročně
Vedení pracoviště	D,EH	2x ročně
Kritéria výstupů:		
Správnost diagnostiky	EH,LA	1x ročně
Poč. vybraných výkonů na 100 oš.dnů	EH,P	
Počet vybraných výkonů na 100 ambul. pacientů	EH,P	2x ročně
Počet stížností na kvalitu péče na 1000 oš. dnů	D	2x ročně
Počet stížností na kvalitu péče na 1000 ambul. pacientů	D	2x ročně
Počet písemných poděkování od pacientů na 1000 oš. dnů	D	2x ročně
Počet písemných poděkování od pacientů na 1000 ambul. pacientů	D	2x ročně
Vývoj ošetrovací doby	D,V	2x ročně
Využití lůžkového fondu	D,V	2x ročně
Rovnoměrnost využívání lůžek	D,V	2x ročně
Prostoj lůžka ve dnech	V	4x ročně
Přímé věcné náklady na 1 oš. den	P,V	4x ročně
Kritéria výsledků:		
Spokojenost pacientů	PP	1x ročně
Výsledek péče	D,LA	1x ročně
Letalita	D,V,LA	1x ročně

Vysvětlivky k tabulce:

LA - lékařský audit

EH - expertní hodnocení

D - dokumentace

VŠ - výběrové šetření

V - výkaznictví

P - výkaznictví pro pojišťovny

PP - průzkum mezi pacienty

Zdroj: Gladkij, 1999, s. 29

Příloha 2: Akreditovaná zdravotnická zařízení od roku 2005 do roku 2010

Rok 2005

- **Karvinská hornická nemocnice, a.s.**

Nemocnice v Karviné získala akreditaci při šetření ve dnech 19. až 20. 7. 2005.

<http://www.khn.cz>

- **Psychiatrické centrum Praha**

Léčebna získala akreditaci při šetření 12. 12. 2005.

<http://www.pcp.lf3.cuni.cz>

Rok 2006

- **Nemocnice Český Těšín, a.s.**

Nemocnice v Českém Těšíně získala akreditaci při šetření ve dnech 8. až 9. 2. 2006.

<http://www.nemtesin.cz>

- **Nemocnice Prostějov, a.s.**

Středomoravská nemocniční a.s. - nemocnice Prostějov, získala akreditaci při šetření ve dnech 17. až 19. 5. 2006.

<http://www.nempv.cz>

- **Vsetínská nemocnice, a.s.**

Nemocnice Vsetín získala akreditaci při šetření ve dnech 18. až 20. 9. 2006.

<http://www.nemocnice-vs.cz>

- **Šumperská nemocnice, a.s.**

Nemocnice v Šumperku získala akreditaci při šetření ve dnech 21. až 23. 11. 2006.

<http://www.nemspk.cz>

- **Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí, p.o.**

Ústav získal akreditaci při šetření dne 5. 12. 2006.

<http://www.rehabilitacniustav.cz>

- **Nemocnice Písek, a.s.**

Nemocnice v Písku získala akreditaci při šetření ve dnech 4. až 6. 12. 2006.

<http://www.nemopisek.cz>

Rok 2007

- **Odborný léčebný ústav neurologicko geriatrický, Moravský Beroun**

Léčebný ústav v Moravském Berouně získal akreditaci při šetření 24. 4. 2007.

<http://www.olung.cz>

- **Odborný léčebný ústav Paseka, p.o.**

Léčebný ústav získal akreditaci při šetření ve dnech 21. až 22. 6. 2007.

<http://www.olupaseka.cz>

- **Nemocnice Valašské Meziříčí, a.s.**

Nemocnice ve Valašském Meziříčí získala akreditaci při šetření ve dnech 23. až 24. 7. 2007.

<http://www.nemvalmez.cz>

- **Hornická poliklinika, s.r.o.**

Hornická poliklinika v Ostravě, získala akreditaci při šetření 17. 10. 2007.

<http://www.horpol.cz>

- **Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p. o.**

Nemocnice v Krnově získala akreditaci při šetření ve dnech 20. až 22. 11. 2007.

<http://www.szzkrnov.cz>

- **Fakultní nemocnice Ostrava**

Fakultní nemocnice v Ostravě získala akreditaci při šetření ve dnech 19. až 24. 11. 2007.

<http://www.fno.cz>

- **Domov ošetrovatelské péče - Home Care Dolní Rychnov, s.r.o.**

Domov v Dolním Rychnově získal akreditaci při šetření 27. 11. 2007.

<http://www.dop-hc.cz>

- **Vítkovická nemocnice, a.s.**

Nemocnice Ostrava - Vítkovice byla akreditována při šetření ve dnech 13. až 14. 12. 2007.

<http://www.nemvitkovice.cz>

- **Nemocnice Svitavy, a.s.**

Svitavská nemocnice získala akreditaci při šetření ve dnech 17. až 18. 12. 2007.

<http://www.nemsy.cz>

- **Nemocnice následné péče Horažďovice**

Léčebna dlouhodobě nemocných v Horažďovicích získala akreditaci při šetření 19. 12. 2007.

<http://www.nnp-ldnhd.cz>

Rok 2008

- **Nemocnice Havlíčkův Brod, p.o.**

Nemocnice v Havlíčkově Brodě získala akreditaci při šetření ve dnech 2. až 4. 6. 2008.

<http://www.onhb.cz>

- **Nemocnice Hranice, a.s.**

Nemocnice Hranice získala akreditaci při šetření ve dnech 5. až 6. 6. 2008.

<http://www.nemocnice-hranice.cz>

- **Nemocnice Třebíč, p.o.**

Nemocnice v Třebíči získala akreditaci při šetření ve dnech 22. až 23. 6. 2008.

<http://www.nem-tr.cz>

- **Onkologické centrum Nový Jičín**

Dříve Onkologické centrum Johanna Gregora Mendela v Novém Jičíně získalo akreditaci při šetření dne 14. 10. 2008.

<http://www.onkologickecentrum.cz>

- **Rehabilitační ústav Kladruby u Vlašimi**

Rehabilitační ústav získal akreditaci při šetření ve dnech 21. až 22. 10. 2008.

<http://rehabilitace.cz>

- **Nemocnice Třinec**

Nemocnice Třinec - Sosna byla akreditována při šetření ve dnech 29. až 30. října 2008.

<http://www.nemtr.cz>

- **Fakultní nemocnice Hradec Králové**

Fakultní nemocnice v Hradci Králové získala akreditaci při šetření ve dnech 24. až 28. 11. 2008.

<http://www.fnhk.cz>

- **Nemocnice Jihlava, p.o.**

Jihlavská nemocnice získala akreditaci při šetření ve dnech 2. až 4. 12. 2008.

<http://www.nemji.cz>

- **Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.**

Nemocnice v Novém Městě na Moravě získala akreditaci při šetření ve dnech 8. až 9. 12. 2008.

<http://www.nnm.cz>

- **Nemocnice Šternberk, a.s.**

Středomoravská nemocniční a.s. - nemocnice Šternberk, získala akreditaci při šetření ve dnech 11. až 12. 12. 2008.

<http://www.nemstbk.cz>

- **Nemocnice Pelhřimov, p.o.**

Pelhřimovská nemocnice získala akreditaci při šetření ve dnech 15. až 16. 12. 2008.

<http://www.hospital-pe.cz>

- **Podhorská nemocnice Rýmařov, a.s.**

Nemocnice v Rýmařově získala akreditaci při šetření ve dnech 18. až 19. 12. 2008.

<http://www.podhorska.cz>

Rok 2009

- **Fakultní nemocnice Motol**

Fakultní nemocnice v Praze - Motole, největší nemocnice v ČR, získala akreditaci při šetření ve dnech 19. až 23. 1. 2009.

<http://www.fnmotol.cz>

- **Dětské centrum Čtyřlístek Opava**

Dětské centrum získalo akreditaci 6. 2. 2009.

<http://www.dctyrlistek.cz>

- **Nemocnice Český Krumlov, a.s.**

Nemocnice v Českém Krumlově získala akreditaci při šetření ve dnech 25. až 27. 6. 2009.

<http://www.nemckr.cz>

- **Psychiatrická léčebna Horní Beřkovice**

Psychiatrická léčebna v Horních Beřkovicích získala akreditaci při šetření ve dnech 25. až 26. 6. 2010.

<http://www.plhberkovice.cz>

- **Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.**

Nemocnice v Jindřichově Hradci získala akreditaci při šetření ve dnech 28. až 29. 5. 2009.

<http://www.hospitaljh.cz>

- **Fakultní nemocnice Olomouc**

Fakultní nemocnice v Olomouci získala akreditaci při šetření ve dnech 24. až 27. 8. 2009.

<http://www.fnol.cz>

- **Nemocnice Přerov, a.s.**

Středomoravská nemocniční a.s. - nemocnice v Přerově, získala akreditaci při šetření ve dnech 25. až 27. 11. 2009.

<http://www.nempr.cz>

Rok 2010

- **Revmacentrum MUDr. Mostera, s.r.o.**

Brněnské zdravotnické zařízení získalo akreditaci 11. 2. 2010. Jde o první ambulantní zdravotnické zařízení v ČR, jemuž byla udělena akreditace kvality a bezpečí dle Národních akreditačních standardů pro ambulantní zdravotnická zařízení.

<http://www.revmacentrum.cz>

- **Psychiatrická léčebna Kosmonosy, p.o.**

Psychiatrická léčebna v Kosmonosích, která patří k nejstarším léčebnám pro psychiatrické pacienty v Česku, získala akreditaci při šetření ve dnech 5. až 7. 5. 2010.

<http://www.plkosmonosy.cz>

- **Krajská nemocnice Liberec, a.s.**

Liberecká krajská nemocnice získala akreditaci při šetření ve dnech 16. až 18. 6. 2010.

<http://www.nemlib.cz>

- **Nemocnice Tišnov, p.o.**

Tišnovská nemocnice získala akreditaci při šetření ve dnech 22. až 23. 9. 2010.

<http://www.nemtisnov.cz>

- **Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.**

Jablonecká městská nemocnice získala akreditaci při šetření ve dnech 25. až 27. 10. 2010.

<http://www.nemjbc.cz>

- **Nemocnice Tábor, a.s.**

Táborská nemocnice získala akreditaci při šetření ve dnech 1. až 3. 11. 2010.

<http://www.nemta.cz>

- **Ryjice, p.o.**

Nemocnice následné péče Ryjice získala akreditaci při šetření ve dnech 24. až 25. 11. 2010.

<http://www.nnpryjice.cz>

- **Poliklinika Prosek, a.s.**

Poliklinika s lůžkovým zařízením Praha - Prosek získala akreditaci při šetření ve dnech 2. až 3. 12. 2010.

<http://www.poliklinikaprosek.cz>

- **Nemocnice Ostrov - NEMOS Plus**

Nemocnice Ostrov získala akreditaci při šetření ve dnech 1. až 3.12. 2010.

<http://www.nemostrov.cz>

- **Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o.**

Havířovská nemocnice získala akreditaci při šetření ve dnech 15. až 17. 12. 2010.

<http://www.nsphav.cz>

- **Nemocnice Strakonice, a.s.**

Strakonická nemocnice získala akreditaci při šetření ve dnech 15. až 17. 12. 2010.

<http://www.nemocnice-st.cz>

Zdroj: Spojená akreditační komise, dostupný z WWW : <<http://www.sakcr.cz/cz-main/akreditovana-zarizeni>>

Příloha 3: Návrh standardu ošetrovatelské péče

Číslo standardu:		Datum zavedení:
Téma standardu: Měření fyziologických funkcí Podtéma: Měření dechu		Datum kontroly:
Skupina péče: Pacienti s indikací měření dechu		Podpis manažéra:
Oddělení:		Podpis vrchní sestry:
Vyjádření standardu: Posoudit frekvenci, kvalitu, charakter dechu, zhodnotit typ dýchání, posoudit faktory ovlivňující dýchání a vliv zdravotních problémů pacienta na dýchání.		
Kritérium struktury		
S1	Pracovníci: Sestra s vědomostmi a zručnostmi o měření dechu	
S2	Prostředí: Vyšetřovna, pokoj nemocných	
S3	Pomůcky: Hodinky s minutovou ručičkou, případně stopky	
S4	Dokumentace: Zdravotní, ošetrovatelská	
Kritériá procesu		
P1	Sestra ověří totožnost pacienta, je-li nutné představí se	
P2	Sestra obeznámí pacienta s důležitostí sledování zdravotního stavu – měření dechu	
P3	Sestra posuzuje: <ul style="list-style-type: none"> - barvu kůže a sliznic - polohu, kterou pacient zaujímá při dýchání - pohyby hrudníku – při kostálním dýchání převládají pohyby hrudníku, při bránicovém dýchání převládají abdominální pohyby - faktory ovlivňující frekvenci dechu – věk pacienta, fyzická aktivita, teplota prostředí, stres, léčba - všechny okolnosti, které mohou působit na změny dýchání – neklid, podrážděnost 	
P4	Sestra zajistí, aby pacient před měřením dechu a během měření byl v tělesném a duševním klidu	
P5	Sestra měří dech u pacienta při vědomí tak, že předstírá měření pulzu, protože měření dechu lze ovlivnit vůlí. Pozoruje pohyby hrudníku, počítá frekvenci dechu: <ul style="list-style-type: none"> - je-li dýchání pravidelné, 30 sekund - je-li dýchání nepravidelné, 60 sekund 	

P6	Sestra počítá počet dechů u pacienta v bezvědomí přiložením ruky na hrudník
P7	Sestra počítá nádech a výdech za jeden dech
P8	Sestra sleduje rytmus dýchání, průvodní pískoty, chrčení a jiné symptomy
P9	Sestra informuje pacienta o možných problémech s dýcháním
P10	Sestra poučí pacienta o technikách pro zlepšení dýchání a možnosti jejich využití
P11	Sestra vykoná měření dechu podle ordinace lékaře
P12	Sestra poučí pacienta o technikách pro zlepšení dýchání a možnosti jejich využití
P13	Sestra informuje ošetřujícího lékaře o výsledku měření dechu a o patologických změnách
P14	Sestra zaznamenává do dokumentace údaje o měření a charakteru dýchání v jednotlivých ordinovaných časových intervalech
Kritéria výsledku	
V1	Pacient zná sestru, která vykonává ošetrovatelský výkon
V2	Pacient zná význam sledování zdravotního stavu
V3	Sestra posoudí barvu kůže a sliznic, pohyby hrudníku, polohu, kterou pacient zaujímá a všechny faktory ovlivňující dýchání
V4	Pacient je během výkonu v tělesném a duševním klidu
V5	Sestra postupovala při měření dechu u pacienta při vědomí bez možnosti jeho ovlivnění
V6	Sestra sledovala během výkonu průvodní symptomy při dýchání
V7	Pacient ví, na koho se má obrátit při těžkostech s dýcháním
V8	Pacient zná techniky pro zlepšení dechu
V9	V dokumentaci je vedený záznam s údaji o frekvenci a charakteru dechu v ordinovaných časových intervalech

Zdroj: Farkašová a kol., 2006, s. 197

Příloha 4: Audit na vyhodnocení návrhu standardu ošetrovatelské péče

Téma standardu: Měření fyziologických funkcí

Podtéma: Měření dechu

Datum:

Oddělení:

Podpis auditora:

Podpis vrchní sestry:

Podpis manažera:

Kód	Kontrolní kritériá	Metoda hodnocení	Áno	Ne
Š1	Je sestra, která vykonává měření dechu u pacienta, kvalifikovaná?	Otázka pro vrchní sestru		
Š2	Realizoval se výkon u pacienta v místnosti na to určené?	Kontrola místností		
Š3	Umí sestra vyjmenovat a připravit pomůcky na výkon?	Otázka pro sestru		
Š4	Je vedena potřebná dokumentace?	Kontrola dokumentace		
P1	Znáte jméno ošetřující sestry?	Otázka pro pacienta		
P2	Znáte význam sledování zdravotního stavu?	Otázka pro pacienta		
P3	Posoudila sestra u pacienta barvu kůže, sliznic, pohyby hrudníku, polohu pacienta a faktory ovlivňující dýchání?	Pozorování sestry při činnosti		
P4	Měli jste zajištěný tělesný a duševní klid před a během výkonu?	Otázka pro pacienta		
P5	Postupovala sestra při měření dechu u pacienta při vědomí bez možnosti jeho ovlivnění pacientem?	Pozorování sestry při činnosti		
P6	Postupovala sestra při měření dechu u pacienta v bezvědomí při přiložení ruky na hrudník?	Pozorování sestry při činnosti		

			Áno	Nie
P7	Počítala sestra nádech a výdech za jeden dech?	Pozorování sestry při činnosti		
P8	Sledovala sestra průvodní symptomy při dýchání?	Otázka pro sestru		
P9	Informovala Vás sestra o problémech při dýchání?	Otázka pro pacienta		
P10	Informovala Vás sestra, na koho se máte obrátit při problémech s dýcháním?	Otázka pro pacienta		
P11	Vykonávala sestra měření dechu podle ordinace lékaře?	Kontrola dokumentace		
P12	Informovala Vás sestra o technikách pro zlepšení dýchání?	Otázka pro pacienta		
P13	Informovala sestra lékaře o výsledku měření dechu a o patologických změnách?	Otázka pro ošetřujícího lékaře		
P14	Zaznamenala sestra výsledky měření do dokumentace?	Kontrola dokumentace		
V1	Znáte význam sledování zdravotního stavu?	Otázka pro pacienta		
V3	Je v dokumentaci záznam o posouzení barvy kůže, sliznic, polohy pacienta a faktorech ovlivňujících dýchání?	Kontrola dokumentace		
V6	Je v dokumentaci záznam o průvodních symptomech při dýchání?	Kontrola dokumentace		
V8	Znáte techniky pro zlepšení dýchání?	Otázka pro pacienta		
V9	Jsou v dokumentaci záznamy s údaji o frekvenci, charakteru dýchání v ordinovaných časových intervalech?	Kontrola dokumentace		

Zdroj: Farkašová a kol., 2006, s. 199

Příloha 5: Zdravotnická zařízení se zřízenou funkcí nemocničního ombudsmana

Moravskoslezský kraj:

- **Vítkovická nemocnice, a.s.**

Zalužanského 1192/15, 703 00 Ostrava-Vítkovice

Tel: +420 595 633 111

<http://www.nemvitkovice.cz>

Funkce nemocničního ombudsmana zřízena: 2003

Nemocniční ombudsman: v roce 2010 byla funkce nemocničního ombudsmana přejmenována na ochránce práv pacientů a vykonává ji Mrg. Blašková.

- **Fakultní nemocnice Ostrava**

17. listopadu 1790/5

708 00 Ostrava-Poruba

Tel: +420 597 371 111

<http://www.fno.cz>

Funkce nemocničního ombudsmana zřízena: 2004

Nemocniční ombudsman: JUDr. Antonín Blahuta

- **Bohumínská městská nemocnice, a.s.**

Slezská 207, 735 81 Bohumín-Starý Bohumín

Tel: +420 596 096 111

<http://www.nembo.cz>

Funkce nemocničního ombudsmana zřízena: červenec 2007

Nemocniční ombudsman: Mgr. Zina Nováčková

Olomoucký kraj:

- **Fakultní nemocnice Olomouc**

I.P. Pavlova 185/6

779 00 Olomouc-Nová Ulice

<http://www.fnol.cz>

Funkce nemocničního ombudsmana zřízena: únor 2008

Nemocniční ombudsman: Ing. J.K.

Pardubický kraj:

- **Svitavská nemocnice, a.s.**

Kollárova 643/7

568 02 Svitavy-Předměstí

Tel: +420 461 569 111

<http://www.nemtsy.cz>

Funkce nemocničního ombudsmana zřízena: duben 2009

Nemocniční ombudsman: Mgr. Eva Havlíková

Kraj Hlavní město Praha:

- **Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou**

Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

Thomayerova 800/5, 140 00 Praha-Krč

Tel: +420 261 081 111

<http://www.ftn.cz>

Funkce nemocničního ombudsmana zřízena: leden 2006

Nemocniční ombudsman: Mgr. Lenka Hejzlarová

Plzeňský kraj:

- **Fakultní nemocnice Plzeň**

Edvarda Beneše 1128/13

301 00 Plzeň-Jižní Předměstí

Tel: +420 377 401 111

<http://www.fnplzen.cz>

Funkce nemocničního ombudsmana zřízena: červen 2007

Nemocniční ombudsman: Bc. MUDr. Petra Jíchová

Zdroj: autor

Příloha 6: Strukturovaný rozhovor

1. Od kterého roku je ve vaší nemocnici zřízená funkce nemocničního ombudsmana?
2. Z jakého důvodu byla tato funkce ve vaší nemocnici zřízena??
3. Kdo zřídil funkci nemocničního ombudsmana?
4. Co je náplní Vaší funkce nemocničního ombudsmana?
5. Je tato funkce Vaší hlavní činností?
6. Jakou máte kvalifikaci pro plnění této funkce? (SŠ, VŠ, praxe)
7. Jaké pravomoci máte jako nemocniční ombudsman ve vaší nemocnici?
8. Jaké povinnosti máte jako nemocniční ombudsman ve vaší nemocnici?
9. Jakou formou mohou pacienti/zaměstnanci podat stížnost?
10. Jaký je postup při podávání stížností?
11. Jak se dále postupuje při vyřizování stížností?
12. Evidujete podané stížnosti?
13. Kontrolujete a přezkoumáváte podané stížnosti?
14. Jakých problémů se stížnosti nejvíce týkají?
15. Jaká je frekvence podávání stížností a pochval?
16. Kolik jste evidoval/a stížností a pochval za dobu Vašeho působení?
17. Jak je veřejnost informována o existenci Vaší funkce?
18. Myslíte si, že zřízení funkce nemocničního ombudsmana má vliv na zvýšení kvality zdravotní péče?

Zdroj: autor

Příloha 7: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Bc. Petra Benešová, jsem studentkou oboru Ošetrovatelství Univerzity Pardubice a pracuji na diplomové práci, jejíž tématem je „Statut nemocničního ombudsmana v českých nemocnicích.“ Prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku dle Vašich možností. Jedná se o dotazník anonymní. Odpovědi prosím vždy zakroužkujte, případně u některých otázek doplňte požadované údaje. Děkuji Vám za spolupráci na výzkumném šetření a čas věnovaný při vyplňování dotazníku.

Na úvod prosím uveďte několik údajů o Vaší osobě.

1) Vaše pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

2) Kolik je Vám let?

- a) 18 – 29 let
- b) 30 – 39 let
- c) 40 – 49 let
- d) 50 – 59 let
- e) 60 – 69 let
- f) 70 a více let

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední bez maturity
- c) Střední s maturitou
- d) Vysokoškolské

4) Víte o tom, že v některých nemocnicích existuje funkce nemocničního/zdravotnického ombudsmana?

- a) Ano, vím
- b) Ne, nevím

- 5) Kde jste se s pojmem nemocniční/zdravotnický ombudsman setkal(a)?
- a) Média - Televize
 - Noviny, časopisy
 - Rádio
 - Web nemocnice
 - b) Ve zdravotnickém zařízení
 - c) Od jiné osoby
 - d) Přímým kontaktem s nemocničním/zdravotnickým ombudsmanem
 - e) Jiné
 - f) Nikde
- 6) Využil (a) jste někdy služeb nemocničního/zdravotnického ombudsmana a jak jste byl(a) se službou spokojen(a)?
- a) Ano, spíše spokojen (a)
 - b) Ano, spíše nespokojen (a)
 - c) Ne
 - d) Chystám se využít služby
- 7) Považujete funkci nemocničního/zdravotnického ombudsmana za potřebnou?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

Zdroj: autor

Příloha 8: Rozhovory s jednotlivými nemocničními ombudsmany

Rozhovor č. 1

SVITAVSKÁ NEMOCNICE, a.s.

Datum uskutečnění: 27. 7. 2010

Nemocniční ombudsman: Mgr. Eva Havlíková

Telefon: 461 569 412

Email: havlikova@nemsy.cz

1. Od kterého roku je ve vaší nemocnici zřízená funkce nemocničního ombudsmana?

Tato funkce je v naší nemocnici od 1. 4. 2009. Své poslání v roli ombudsmana vykonávám tedy rok a půl.

2. Z jakého důvodu byla tato funkce ve Svitavské nemocnici zřízena??

Důvodem zřízení funkce bylo zvýšení spokojenosti pacientů s činností naší nemocnice, zlepšování kvality poskytované péče na základě podnětů našich klientů a jejich příbuzných, jak v lůžkové, tak i v ambulantní části naší nemocnice.

3. Kdo zřídil funkci nemocničního ombudsmana?

S návrhem možnosti zřízení této funkce ve Svitavské nemocnici jsem přišla já sama a nakonec se podařilo tuto funkci zřídít. Za výkon funkce odpovídám řediteli nemocnice (MUDr. Pavel Havíř). Působnost funkce je pouze v rámci Svitavské nemocnice.

4. Co je náplní Vaší funkce nemocničního ombudsmana?

Mým posláním je ochrana pacientů a zaměstnanců Svitavské nemocnice před jednáním lékařů, nelékařských zdravotnických pracovníků, nadřízených a spolupracovníků, pokud je toto jednání v rozporu s právem a neodpovídá dobrým mravům. Poskytuji pomoc pacientům, jejich příbuzným a přátelům při řešení problémů vzniklých v souvislosti s léčbou a pobytem v nemocnici, pomáhám se získáním informací, které jedinci potřebují. Zprostředkovávám komunikaci mezi příslušným oddělením nemocnice a pacientem nebo rodinou. Prošetřuji stížnosti

a podněty týkající se kvality poskytované péče, provozně – organizačních problémů, neetického chování zaměstnanců.

Jednám tedy na základě:

- ✓ podnětů pacientů, příbuzných pacientů nebo pacientem pověřené osoby,
- ✓ podnětu zaměstnanců Svitavské nemocnice,
- ✓ vlastní iniciativy.

Každý pacient, zaměstnanec či jiná osoba mají právo obrátit se na mě s písemným nebo ústním podnětem, mohou podávat nejen stížnosti, ale také pochvaly. Nebo si mohou přijít jen pro nějakou radu.

5. Je tato funkce Vaší hlavní činností?

Tato funkce není mou hlavní činností. Má hlavní činnost je manažer kvality, kde se zabývám akreditacemi, naplňováním standardů, audity, spokojeností pacientů/zaměstnanců, nežádoucími událostmi atd.

6. Jakou máte kvalifikaci pro plnění této funkce?

Mam vystudovanou Univerzitu Palackého v Brně obor Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, magisterský program.

7. Jaké pravomoci máte jako nemocniční ombudsman ve Svitavské nemocnici?

Ombudsman je oprávněn s vědomím vedoucího zaměstnance daného pracoviště, ale i bez předchozího upozornění vstupovat do prostor pracoviště za dodržení podmínek BOZP a provádět šetření, spočívající zejména v nahlížení do spisu a kladení otázek jednotlivým zaměstnancům a to jak ústně, tak i písemně a požadovat zpět písemnou odpověď. Vedoucí daného pracoviště je povinen na žádost a ve lhůtě stanovené ombudsmanem poskytnout informace a vysvětlení (formou ústní i písemnou) a předložit spisy a jiné požadované písemnosti. Pokud ombudsman požádá kteréhokoliv zaměstnance nemocnice o spolupráci, nemohou tito bezdůvodně odmítnout. Toto je dáno vnitřní směrnici (SM/SN/87/04-09) Svitavské nemocnice.

8. Jaké povinnosti máte jako nemocniční ombudsman ve Svitavské nemocnici?

Jako nemocniční ombudsman mam povinnost vést o své práci písemnou agendu. Vzhledem k tomu, že funkce ombudsmana je z části totožná s funkcí manažera kvality, který je pověřen vyřizováním stížností, je v oblasti stížností vedena pouze

jedna písemná agenda. Ombudsman pravidelně (nejméně jednou za tři měsíce) seznamuje ředitele nemocnice se svou činností a s poznatky, které z jeho činnosti vyplynuly. Zjistí-li ombudsman při své práci porušování práv pacientů a zaměstnanců, informuje o této skutečnosti ředitele nemocnice.

9. Jakou formou mohou pacienti/zaměstnanci podat stížnost?

Stížnost mohou podat ústní, písemnou nebo elektronickou formou. Za stížnost se považuje písemné nebo ústní podání, jímž se fyzická nebo právnická osoba domáhá svých práv nebo právem chráněných zájmů, protože se domnívá, že došlo k jejich porušení nebo ohrožení činností nebo činností nemocnice, respektive upozorňuje na konkrétní nedostatky a závady při poskytování zdravotnických služeb a ostatních činností spojených s chodem Svitavské nemocnice. Pro podání stížnosti mají pacienti/zaměstnanci k dispozici vytvořený formulář.

10. Jaký je postup při podávání stížností?

Stížnosti se podávají k rukám nemocničního ombudsmana v ústní, písemné nebo elektronické formě. Je-li stížnost adresována do jiných rukou, je adresát povinen stížnost předat ombudsmanovi, který dále určí postup vyřizování. Pokud je ombudsman nepřítomen, ředitel nemocnice určí jeho zástupce v přijímání stížností. Pokud ani ten není přítomen, přijímá stížnosti ředitel nemocnice sám. Písemné stížnosti lze zaslat poštou nebo je lze podat v pracovně ombudsmana. Podacím místem pro podání ústní stížnosti je pracovna ombudsmana, který o tomto podání sepiše záznam, který podepíše stěžovatel. Stížnosti podávané telefonicky musí být doplněny písemným podáním s vlastnoručním podpisem, jinak se tato stížnost neeviduje a nevyřizuje, toto platí také u elektronických stížností. Stížnosti, z nichž není zřejmé, kdo je stěžovatelem, nejsou vyřizovány, pouze se evidují.

11. Jak se dále postupuje při vyřizování stížností?

Musím co nejdříve informovat ředitele nemocnice ústně o přijaté stížnosti, potvrdit také stěžovateli příjem stížnosti nejdéle do 10ti dnů od doručení a dále v co nejkratší době seznámím členy „Komise pro řešení stížností“ s daným problémem a poskytnu jim co nejvíce informací, ti se pak k dané stížnosti vyjadřují a do 20 dnů jsou povinni doručit mi písemnou zprávu o způsobech a závěrech prošetření stížnosti a o přijatých opatřeních k nápravě. Já jsem dále povinna napsat závěrečnou zprávu ze šetření

stížnosti a předložit ji k posouzení, schválení a podpisu řediteli nemocnice. Do 30ti dnů se dává zpětné písemné vyjádření stěžovateli. Ombudsman může navrhnout opatření k nápravě např. změny v organizaci zdravotní péče, změny vedoucí ke zvýšení kvality zdravotní péče, poskytnutím náhrady škody (tzv. dohoda o narovnání), může dát také podnět k zahájení stíhání pro trestný čin, přešupek, nebo jiný správní delikt. Ovšem také často vysvětlují pacientům oprávněnost jednání personálu nemocnice, např. když pacient nedodrží léčebný režim či domácí řád oddělení, lékař mu naznačí, že může být předčasně propuštěn (pokud to neohrozí jeho zdravotní stav). Pacient si pak tedy stěžuje, ale já ho upozorním, že kromě práv pacientů existují i povinnosti pacientů, se kterými by měl být každý pacient seznámen po přijetí a nedodržení těchto povinností se nemusí vyplatit. Zpráva musí být podána stěžovateli i tehdy, bylo-li rozhodnuto, že není důvodná. U složitých případů je možné lhůtu 30ti dnů prodloužit, ale stěžovatel musí být vždy písemně informován. Pokud je stížnost opakovaně podávána a nejsou v ní nové skutečnosti, není brán zřetel k řešení této stížnosti, ale tento postup musí být opět sdělen stěžovateli. Fotokopie písemné zprávy o závěrech prošetření stížnosti je spolu s ostatními písemnostmi předána mě k založení do evidence.

12. Evidujete podané stížnosti?

Ano, evidenčním místem je pracovna ombudsmana. Každá stížnost je opatřena spisovou značkou a je uložena v samostatné spisové složce. Zakládá se také nesouhlas stěžovatele s vyjádřením ke stížnosti a vkládá se do původního spisu pod stejnou spisovou značkou.

13. Kontrolujete a přezkoumáváte podané stížnosti?

Ano, řešení stížností je pravidelně za předchozí kalendářní rok přezkoumáváno, je hodnocena účinnost opatření. Hodnocení provádí ředitel nemocnice a ombudsman a slouží jako zdroj pro přezkoumávání systému kvality a pro definici rizikových míst procesu.

14. Jakých problémů se stížnosti nejvíce týkají?

Nejčastějšími podněty podávání stížností jsou problémy v komunikaci a chování zdravotnického personálu k pacientům, zejména lékařů. Dále se pak potýkám se stížnostmi na dlouhé čekací doby v ambulancích, na nedokonalou administrativu, tj.

dlouhá čekání na propouštěcí zprávy. Většina stížností vzniká také z nesprávného porozumění, nedostatku či neznalosti informací klientů, jejich rodin, přátel. V tomto případě pak za mnou chodí s ústními stížnostmi. Vše v klidu, beze spěchu s pacientem/jeho rodinou rozebereme, prodiskutujeme a společně hledáme řešení a hodnotíme, zda je nutné podat formální stížnost. Situace se tak v mnoha případech vyřeší a není nutné podávat stížnost. Eviduji také stížnosti od personálu týkající se mobingu, dále se zaměstnanci na mě obrací s problémy ohledně pracovního zařazení, většinou jen stačí poskytnout radu, kam se mají obrátit nebo jak situaci řešit.

15. Jaká je frekvence podávání stížností a pochval?

Oficiálně podané stížnosti jsou přibližně tři za měsíc, jak již bylo zmíněno, že po rozhovoru s pacientem/jeho rodinou v mnoha případech není nutné stížnosti podávat. Co se týče pochval, tak taky tři za měsíc, převažují pochvaly ústní nad pochvalami písemnými.

16. Kolik jste evidovala stížností a pochval za dobu Vašeho působení?

Neuvedena odpověď.

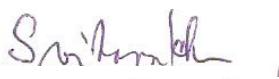

17. Jak je veřejnost informována o existenci Vaší funkce?

U nás pravidelně vychází „Nemocniční listy“, kde byla tisková zpráva o zřízení této funkce a informacemi, co pro ně nemocniční ombudsman znamená. Dále se mohou o funkci nemocničního ombudsmana dovědět z místních médií a kabelové televize.

18. Myslíte si, že zřízení funkce nemocničního ombudsmana má vliv na zvýšení kvality zdravotní péče?

Podle mého názoru je funkce nemocničního ombudsmana velkým přínosem ke zkvalitnění služeb a zdravotní péče. Díky této funkci ubývá stížností z nepochopení informací, či neznalosti situace. Také podle zaměstnanců a známých, kteří se mezi řeči zmíní, že jsou s touto funkcí spokojeni, mohu usoudit, že zřízení funkce bylo přínosné.

Souhlasím se zveřejněním rozhovoru v diplomové práci.

Autorizováno dne 24.4. 2010 v 
Podpis 

Rozhovor č. 2

BOHUMÍNSKÁ MĚSTSKÁ NEMOCNICE a.s.

Datum uskutečnění: 25. 10. 2010

Nemocniční ombudsman: Mgr. Zina Nováčková

Telefon: + 420 596 096 316, **mobil:** + 420 603 426 299

Email: novackova@nembo.cz

1. Od kterého roku je ve vaší nemocnici zřízená funkce nemocničního ombudsmana?

Funkce byla zřízena v červenci roku 2007.

2. Z jakého důvodu byla tato funkce v Bohumínské městské nemocnici zřízena?

Vedení nemocnice se rozhodlo, že by v nemocnici měl být člověk, který by se měl věnovat lidem, kteří si buď stěžují, nebo mají různé podněty, takže z tohoto důvodu vznikla funkce nemocničního ombudsmana. Poskytují rady a pomoc pacientům a jejich příbuzným v souvislosti s léčbou v Bohumínské nemocnici. Založení funkce ombudsmana by měla přispívat k zvyšování kvality péče a ke spokojenosti pacientů se službami nemocnice.

3. Kdo zřídil funkci nemocničního ombudsmana?

Tuto funkci zřídilo vedení nemocnice, tedy ředitel.

4. Co je náplní Vaší funkce nemocničního ombudsmana?

Přijímám stížnosti a podněty všech oblastí, co se týká poskytování lékařské a ošetrovatelské péče a také přijímám stížnosti nebo podněty od našich zaměstnanců. Přijímám také pochvaly, ale těch je mnohem méně.

5. Je tato funkce Vaší hlavní činností?

Tato funkce není mojí hlavní činností. Moje hlavní funkce je náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a funkci ombudsmana mi přidali k této funkci.

6. Jakou máte kvalifikaci pro plnění této funkce? (SŠ, VŠ, praxe)

Vystudovala jsem Management a ošetrovatelství - bakalářský program a dále jsem

vystudovala Sociální práci s poradenským zaměřením - magisterský program. Co se týče praxe, tak od roku 1979 pracuji ve zdravotnictví. Pracovala jsem jako zdravotní sestra, původem jsem porodní asistentka, takže jsem pracovala na porodním sále, poté jsem stanicovala na gynekologii od roku 2001 jsem v managementu.

7. Jaké pravomoci máte jako nemocniční ombudsman v Bohumínské městské nemocnici?

Pravomoce neboli kompetence je, že přijímám stížnosti/podněty, musím provést zápis, provedu šetření všech zúčastněných stran, poté se napíše závěrečná zpráva, kterou předkládám vedení – řediteli nemocnice a pokud stížnost je oprávněná nebo byla oprávněná, tak předkládám návrh řešení. Mohu nahlížet do zdravotnické dokumentace za souhlasu pacientů/klientů a dělat rozhovory s pracovníky nemocnice.

8. Jaké povinnosti máte jako nemocniční ombudsman v Bohumínské městské nemocnici?

Mam povinnost vést písemnou evidenci o veškerých stížnostech/podnětech a o těchto skutečnostech informovat ředitele. Při vyřizování stížností/podnětů musím postupovat dle Směrnice o pravidlech pro přijímání a vyřizování stížností, jež byla vydána Bohumínskou městskou nemocnicí a.s.

9. Jakou formou mohou pacienti/zaměstnanci podat stížnost?

Stížnost mohou pacienti nebo zaměstnanci podat ústně, písemně, ale i elektronicky. Telefonické podání stížnosti není možné. Podacím místem pro písemné stížnosti doručené poštou je podatelna nemocnice, pro podávání stížností elektronickou poštou je elektronická podatelna nemocnice a pro písemné stížnosti doručené osobně je sekretariát ředitele nemocnice.

Mívala jsem úřední hodiny dvakrát týdně dvě až tři hodinky po obědě, ale lidé stejně těch úředních hodin nevyužívali, přišli vždy, když jim vznikl problém, takže i mimo tyto hodiny bez předchozí domluvy. Vzhledem k tomu, že stížností není zase až tak hodně, tak jsem ty úřední hodiny zrušila.

10. Jaký je postup při podávání stížností?

Je-li stížnost podána ústně, sepíše se o podání stížnosti záznam se stěžovatelem. Záznam sepisují já jako ombudsmanka a v mé nepřítomnosti asistentka ředitele

nemocnice. Musím podat stěžovateli informace o lhůtě k vyřízení stížnosti. Každá stížnost (písemná, elektronická) se zaeviduje v knize stížností, opatří se pořadovým číslem evidence stížností. Pokud je stížnost podána písemně, tak ve lhůtě do 5ti pracovních dnů, musím potvrdit stěžovateli doručení stížnosti.

11. Jak se dále postupuje při vyřizování stížností?

Sepíše se záznam o předmětu stížnosti, dále danou skutečnost prošetřím se zúčastněnými stranami (stěžovatel, druhá strana – žalovaná). Pokud je stížnost oprávněná, napíše se návrh řešení a ten pak já předkládám řediteli, který rozhodne co dál. Stížnost musí být vyřízena bez zbytečných průtahů, nejpozději do 30 dnů ode dne, kdy byla doručena. Tuto lhůtu lze ve výjimečných případech prodloužit na základě návrhu ředitele. Rozhodnutí o prodloužení lhůty musí být písemné a zakládá se do spisu a o důvodech prodloužení lhůty k vyřízení stížnosti musí být stěžovatel vyrozuměn. Pokud se jedná o závažnější problém ohledně poskytnutí lékařské péče (zanedbání), tak to já neřeším, mam na starosti jen interní záležitosti, v tomto případě se pacienti a jejich rodiny mohou obrátit na příslušný krajský úřad odbor zdravotnictví, pokud je stížnost oprávněná.

12. Evidujete podané stížnosti?

Ano, eviduji. Jak již bylo zmíněno, každá stížnost má své pořadové číslo evidence. Evidence stížností dále obsahuje datum podání, jméno, příjmení a adresu stěžovatele. Dalšími náležitostmi jsou: předmět stížnosti, výsledek šetření, opatření ke zjednání nápravy. Do evidence se také zaznamenávají výsledky kontroly a také to, jak byla splněna opatření k nápravě.

13. Kontrolujete a přezkoumáváte podané stížnosti?

Ano, já v rámci své funkce náměstkyně ošetřovatelské péče si procházím oddělení a při pochůzkách si kontroluji, zda je vše v pořádku nebo zda se něco děje opět. Takže kontrola je taková průběžná, nemam to dáno přímo termínově.

14. Jakých problémů se stížnosti nejvíce týkají?

Stížnosti od pacientů se nejvíce týkají chování a přístupu personálu, dále si rodinní příslušníci stěžují, že jejich blízcí nedostane takovou péči, jakou by měli dostat

(nejsou vtaženi přímo do problému a řeší situaci emočně a mají ten pocit, že není dostatek té péče o jejich blízké).

Stížnosti od zaměstnanců se nejvíce týkají výše platů nebo si stěžují na vztahy se svými nadřízenými.

15. Jaká je frekvence podávání stížností a pochval?

Pochvaly moc neviduji, ty spíše dostávají na oddělení. Frekvence stížností moc není, protože lidé na instituci ombudsmana nejsou zvyklí.

16. Kolik jste evidovala stížností a pochval za dobu Vašeho působení?

Za rok 2010 jsem zatím evidovala 7 stížností, za rok 2009 jen 5 stížností. Ale za minulé roky to bylo více, za rok 2008 jich bylo 13 a za rok 2007 od července bylo stížností 8.

17. Jak je veřejnost informována o existenci Vaší funkce?

Máme informace na webových stránkách, a pokud si dotyčný na oddělení stěžuje, tak zaměstnanci odkazují dotyčné již na mě. V Bohumíně máme městský časopis nazvaný Oko, při zakládání funkce ombudsmana vyšel článek v tomto časopisu, ale jen jednorázově. Vzpomínám si, že i místní televize dělala se mnou rozhovor o mé stávající funkci. Většinou, co se dozvídám, tak nejvíce informací mají lidé z webových stránek.

18. Myslíte si, že zřízení funkce nemocničního ombudsmana má vliv na zvýšení kvality zdravotní péče?

Určitě ano, protože je to dobrá zpětná vazba. I když já chodím po oddělení, tak spousta věcí mi unikne, takže když si někdo na něco přijde stěžovat, tak vždy ta „špetka“ pravdy na tom je, že se něco děje, co by se dít na oddělení nemělo, takže proto si myslím, že zřízení má určitě vliv na zvyšování kvality v naší nemocnici.

Souhlasím se zveřejněním rozhovoru v diplomové práci.

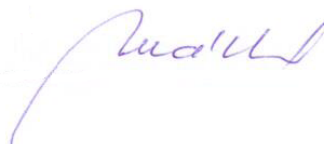
Autorizováno dne

18. 11. 10

v

Bohumíně

Podpis



Rozhovor č. 3

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA

Datum uskutečnění: 25. 10. 2010

Nemocniční ombudsman: JUDr. Antonín Blahuta

Telefon: +420 597 373 486

Email: ombudsman@fno.cz

1. Od kterého roku je ve vaší nemocnici zřízená funkce nemocničního ombudsmana?

Funkci nemocničního ombudsmana vykonávám od března roku 2006. Před mým nástupem vykonávala funkci má kolegyně 2 roky.

2. Z jakého důvodu byla tato funkce v Ostravské fakultní nemocnici zřízena??

Posláním ombudsmana je řešit oprávněné požadavky pacientů v rámci legislativy ve zdravotnictví a etického kodexu. Proto by měl být ombudsman nezávislý a nestranný. Funkce nemocničního ombudsmana by měla podle mého názoru do budoucna být zřizována například ministerstvem zdravotnictví, krajským úřadem či lékařskou komorou, tím by měla být nezávislá se vším všudy. Jinak by pacienti měli pocit, že ombudsman straní zdravotnickému zařízení.

3. Kdo zřídil funkci nemocničního ombudsmana?

Funkci nemocničního ombudsmana zřídil ředitel nemocnice. Výkon činnosti ombudsmana mou osobou ovlivnila patrně skutečnost, že jsem zajišťoval výuku práva na Lékařské fakultě Ostravské Univerzity, kde mimo jiné studuje také personál Fakultní nemocnice Ostrava. Spojení těchto dvou činností výuka + ombudsman je výhodná pro studenty i pro pedagoga a to z toho důvodu, že jsou využívány zkušenosti a poznatky z praxe.

4. Co je náplní Vaší funkce nemocničního ombudsmana?

Náplň činnosti nemocničního ombudsmana je zakotvena v organizačním řádu nemocnice, v náplni práce této funkce a ve směrnici týkající se řešení stížností, podáním informací, včetně řešení námětů a poradenské služby. Hlavním posláním této funkce je poskytnout pomoc pacientům či jejich příbuzným a přátelům při řešení

problémů vzniklých v souvislosti s léčbou v této nemocnici a hájit jejich práva. Podávám tedy informace pacientům, jejich rodinám, řeším podané stížnosti, odpovídám na specifické dotazy a radím pacientům, na koho se mají obrátit se svými problémy.

5. Je tato funkce Vaší hlavní činností?

Není, vedením nemocnice jsem byl požádán o rozvíjení této funkce. Nepracuji v nemocnici jako zaměstnanec v pracovním poměru, ale na základě dohody o pracovní činnosti. Jsem právník a současně přednáším na Lékařské fakultě Ostravské Univerzity, kde jsem současně také proděkanem.

6. Jakou máte kvalifikaci pro plnění této funkce? (SŠ, VŠ, praxe)

Vystudoval jsem gymnázium, střední průmyslovou školu a právnickou fakultu UJEP Brno.

7. Jaké pravomoci máte jako nemocniční ombudsman v Ostravské fakultní nemocnici?

Jsem oprávněn vstupovat do pracoviště za dodržení podmínek BOZP a provádět různá šetření, rozhovory s pacienty a zdravotnickými pracovníky. Na základě zmocnění pacientů mohu také nahlížet do jejich zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace a konzultovat průběh léčby s ošetřujícími lékaři. V případě zjištění nedostatků navrhuji jejich odstranění.

8. Jaké povinnosti máte jako nemocniční ombudsman v Ostravské fakultní nemocnici?

Povinností ombudsmana je ve spolupráci s vedením nemocnice, jednotlivých klinik a oddělení prošetřit podanou stížnost či podnět, navrhnout opatření k odstranění zjištěných nedostatků a s výsledkem šetření v zákonné lhůtě písemnou formou seznámit stěžovatele. Pokud ale stěžovatel s výsledkem nesouhlasí, jsou mu doporučena další příslušná místa (např. zřizovatel nemocnice, soud). Při řešení stížností se také ombudsman obrací s žádostí o obecné posouzení i na odborníky z jiných nemocnic v rámci zajištění objektivnosti. Další mou povinností je kontrola odstranění oprávněných kritizovaných nedostatků. Z vlastní iniciativy také provádím návštěvy, hlavně ambulantní složky, abych zjistil, jak se zdravotničtí pracovníci

k pacientům chovají. Při návštěvách oddělení zjišťuji aktuální problémy. Jsem odpovědný za vedení ústřední evidence podaných stížností od pacientů.

9. Jakou formou mohou pacienti/zaměstnanci podat stížnost?

Klienti se na mě mohou obracet při podávání stížnosti písemně na adresu nemocnice nebo osobně v uvedených úředních dnech (Pondělí: 8.00–11.30 hod., Středa: 8.00–11.30 hod). Osobní setkání je možné domluvat telefonicky nebo e-mailem. Poděkování nebo podnět lze podat i formou elektronické pošty na e-mailovou adresu ombudsmana nebo on-line formulářem.

10. Jaký je postup při podávání stížností?

Jak již bylo zmíněno, tak pacient podá stížnost písemně na adresu nemocnice, osobně (v úředních hodinách či po předchozí telefonické domluvě) nebo elektronicky. Anonymními stížnostmi se nezabývám, jen výjimečně u velmi závažných případů. U elektronicky podaných stížností se vyjadřuji jen stručně, bez podrobností, ty je nutné probrat osobně. Pacient si stížnost musí napsat sám, mohu jen radit, jak ji napsat a jak dál postupovat. Měl bych být totiž nejen zastáncem pacientových práv, ale také jeho rádčem.

11. Jak se dále postupuje při vyřizování stížností?

Posuzuji objektivnost při šetření podaných stížností. Pokud ale stížnost mohu posoudit a pacient s výsledkem nesouhlasí, doporučím mu, ať se obrátí na zřizovatele nemocnice nebo na soud. Dále se stížnosti řídí předpisy o správním řízení, takže musí být stížnost vyřízena do třiceti dnů. Pokud se ale jedná o náročnější šetření, které vyžaduje více času je doba prodloužena na šedesát dnů. Také vysvětluji pacientům, že kromě práv mají i své povinnosti, a při jejich neplnění (nedodržování léčebného režimu či řádu nemocnice, nevhodné chování) si sice mohou stěžovat, ale jejich stížnost může být považována za neopodstatněnou. Neřeším podněty zabývající se náhradami škod.

12. Evidujete podané stížnosti?

Ano, eviduji. Výsledky šetření a souhrnná zpráva je zpracována jedenkrát ročně pro Ministerstvo zdravotnictví, půlročně pak k internímu statistickému zhodnocení, které předkládám řediteli nemocnice a vedení příslušných klinik.

13. Kontrolujete a přezkoumáváte podané stížnosti?

Ano, jednou z mých povinností je kontrola odstranění oprávněných kritizovaných nedostatků.

14. Jakých problémů se stížnosti nejvíce týkají?

Převážná část stížností je z důvodů komunikačních nevhodností a to nejen na straně zdravotnického personálu, ale i na straně pacientů. Dalším častým důvodem nespokojenosti pacientů jsou dlouhé čekací doby na specifická vyšetření, zdravotnické výkony, nebo dlouhé čekání v ambulancích bez objednání. Pacientovi se může zdát, že sedí v čekárně dlouho, ale netuší, že v ordinaci mohou mít akutní případy a lékař je ten, kdo posuzuje, kdo má přednost. Já sám občas navštěvuji ve večerních hodinách anonymně ambulance, abych viděl, jak se zdravotníci k pacientům chovají. Poměrně častým důvodem nespokojenosti pacientů je malá pozornost ze strany lékařů k dotazům týkajících se problémů pacientů, popřípadě vysvětlení dalšího léčebného postupu. Častým důvodem připomínek pacientů je nedostatek informací týkající se léčebného postupu, délky hospitalizace atd.

15. Jaká je frekvence podávání stížností a pochval?

Frekvence podávání stížností je různá. Mimo písemné (evidované) podání se na mě pacienti obracují osobně nebo telefonicky. Převážná část těchto nepísemných podání je operativně vyřešena, anebo jim vysvětlím další postup či neoprávněnost, bez další administrativy.

16. Kolik jste evidoval stížností a pochval za dobu Vašeho působení?

Za kalendářní období roku 2006 bylo evidováno a projednáno celkem 305 podání z toho 38 stížností, 15 žádostí, 12 podnětů a 240 poděkování. Za rok 2007 evidováno 410 podání, z toho 32 písemných stížností, 11 žádostí, 5 podnětů a 362 poděkování. Za rok 2008 bylo evidováno 465 podání, z toho 34 písemných stížností, 15 žádostí, 25 podnětů a 391 poděkování. Za rok 2009 evidováno 606 podání, z toho 50 písemných stížností, 15 žádostí, 6 podnětů a 535 poděkování. Za I. pololetí roku 2010 evidováno 326 podání, z toho 18 písemných stížností, 12 žádostí, 6 podnětů a 290 poděkování.

17. Jak je veřejnost informována o existenci Vaší funkce?

Veřejnost je informována prostřednictvím webových stránek nemocnice. Všechna oddělení a také ambulance jsou vybaveny letáčky s informacemi a kontaktem na zdravotnického ombudsmana. Nemocnice také vydává zpravodaj, ve kterém pacienti naleznou informace o zdravotnickém ombudsmanovi. Rovněž zdravotničtí pracovníci mohou pacienty na ombudsmana odkázat. Často se stane, že si u mě stěžují klienti, kteří mají problémy v jiném zdravotnickém zařízení.

18. Myslíte si, že zřízení funkce nemocničního ombudsmana má vliv na zvýšení kvality zdravotní péče?

Ano, jsem o tom přesvědčen. Díky zavedení této funkce ubývá stížností z nepochopení informací, či neznalosti různých situací.

Souhlasím se zveřejněním rozhovoru v diplomové práci.

Autorizováno dne 24. 11. 2010 v Ostravě

Podpis


JUDr. Antonín Blahuta