

**Univerzita Pardubice**

**Fakulta zdravotnických studií**

**Hodnocení kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení  
ambulantními pacienty**

**Bc. Lucie Chrudimská**

**Diplomová práce**

**2014**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lucie Chrudimská**  
Osobní číslo: **Z12190**  
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**  
Název tématu: **Hodnocení kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení ambulantními pacienty**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. GLADKIJ, Ivan, Leoš HEGER a Ladislav STRNAD. Kvalita zdravotnické péče a metody jejího soustavného zlepšování. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-272-8.
2. GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
3. PLEVOVÁ, Irena. Management v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.
4. ŠKRLA, Petr, Magda ŠKRLOVÁ. Kreativní ošetrovatelský management. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
5. ŠKRLA, Petr, Magda ŠKRLOVÁ. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

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

Datum zadání diplomové práce: 1. října 2012  
Termín odevzdání diplomové práce: 5. května 2014

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 18. března 2014

Prohlašuji:

Tuto práci jsem 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 se 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 Pardubicích dne 26. 4. 2014

.....

Bc. Lucie Chrudimská

## Poděkování

Mé velké poděkování patří Ing. Janě Holé, Ph.D. za vedení práce, za její ochotu, čas, vynikající spolupráci a užitečné rady. Dále děkuji všem, kteří mi pomohli s vypracováním této práce a v neposlední řadě také respondentům, kteří vyplnili dotazník.

Děkuji celé své rodině za podporu a trpělivost během mého studia.

## **ANOTACE**

Tato diplomová práce je zaměřena na hodnocení kvality poskytované péče z pohledu ambulantních pacientů. Práce má teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části jsou shrnuta podstatná teoretická východiska týkající se kvality poskytované péče. Cílem výzkumné části bylo zmapovat úroveň kvality poskytované péče v ambulancích pěti nemocnic akutní péče Pardubického kraje. Kvantitativní výzkum probíhal formou anonymních dotazníků týkajících se spokojenosti pacientů s poskytnutou péčí. Totožné dotazníky byly ve sběrném období rozdávány pacientům ošetřeným v některé z ambulančí zúčastněných nemocnic. Stanovené hypotézy byly statisticky ověřeny. V závěru práce jsou uvedeny výsledky výzkumu, připomínky k výsledkům a doporučení pro praxi.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Ambulance, kvalita péče, Pardubický kraj

## **TITLE**

Quality evaluation of the provided care in a medical institution by outpatients

## **ANNOTATION**

This thesis is focused on the evaluation of quality of provided care from perspective of outpatients. Thesis has theoretical and practical part. The theoretical part summarizes the essential theoretical background regarding the quality of provided care. The aim of the research was to find out the level of quality of provided care in ambulances of five acute care hospitals in Pardubice region. Quantitative research was conducted using anonymous questionnaires concerning patient satisfaction with the provided care. Identical questionnaires were handed out at the collection period to patients treated in some ambulance of participating hospitals. Defining hypothesis were statistically verified. In conclusion, the results of research, comments on the results and recommendations for practice, are listed.

## **KEYWORDS**

Ambulance, quality of care, Pardubice Region

## Obsah

ÚVOD.....	9
CÍLE PRÁCE.....	10
1. KVALITA POSKYTOVANÉ PÉČE .....	11
2. MĚŘENÍ A HODNOCENÍ KVALITY PÉČE.....	13
2.1. Akreditace, certifikace.....	14
2.2. Standardizace.....	16
2.3. Indikátory kvality zdravotních služeb .....	18
2.4. Zdravotnický audit.....	19
2.5. Hodnocení kvality poskytované péče pacienty .....	20
2.6. Benchmarking.....	22
3. KVALITA PÉČE V PRAXI.....	24
3.1. Soustavné zvyšování kvality .....	24
4. AMBULANCE .....	27
4.1. Kvalita poskytované péče v ambulancích .....	28
4.2. Ambulance v číslech.....	30
5. VÝZKUM HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI PACIENTŮ S AMBULANTNÍ PÉČÍ.....	31
5.1. Metodika výzkumu .....	31
5.2. Analýza dat.....	34
6. DISKUZE .....	51
7. ZÁVĚR .....	62
8. SOUPIS POUŽITÉ LITERATURY .....	65
9. SEZNAM PŘÍLOH.....	68

## Seznam zkratek

<b>apod.</b>	a podobně
<b>ASAC</b>	The system of Accreditations of the Specialised Ambulatory Outpatient's Care
<b>atd.</b>	a tak dále
<b>č.</b>	číslo
<b>HCI</b>	HealthCare Institute
<b>ISO</b>	International Organization for Standardization
<b>JCAHO</b>	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
<b>JCI</b>	Join Commission International
<b>KZK</b>	kontinuální zvyšování kvality
<b>MZ ČR</b>	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
<b>SAK ČR</b>	Spojená akreditační komise České republiky
<b>ÚZIS</b>	Ústav zdravotnických informací a statistiky
<b>viz</b>	shlédni
<b>vyd.</b>	vydání
<b>ZZ</b>	zdravotnické zařízení



# ÚVOD

*„kvalita je sice drahá, ale nekvalita ve svých důsledcích je daleko dražší“*

(Lubomír Vondráček)

Název diplomové práce zní „Hodnocení kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení ambulantními pacienty“. Téma zabývající se kvalitou péče jsem si vybrala, protože si myslím, že v dnešní době je toto téma velmi aktuální a je přínosné se zvyšováním kvality péče ve zdravotnictví zabývat. Hodnocení kvality z pohledu pacientů je mi navíc blízké, protože někdy jsou situace, kdy se ocitnu i já nebo moji blízcí v roli pacienta. Myslím si, že subjektivní hodnocení ze strany pacientů, tedy těch, kterých se poskytovaná péče přímo týká, je jeden z neklíčovějších nástrojů na měření a hodnocení kvality poskytované péče vůbec.

Každý pacient v současné době stojí před svobodnou volbou, v jakém nemocničním zařízení chce být ošetřen. Díky tomu vzrůstá na poli nemocniční péče zdravá konkurence mezi jednotlivými nemocnicemi, které se zákonitě snaží v boji o „zákazníka“ nabídnout co nejlepší služby a servis. Důležitým aspektem pro hodnocení kvality péče je hodnocení pacientů. Pacient se stává náročnější zejména v oblastech, které dokáže posoudit, a to nejvíce v přístupu personálu a službách doplňujících zdravotní péči. Pro nemocnici je významné získat relevantní subjektivní názory pacientů a jejich konstruktivní připomínky, které mohou přispět ke zkvalitnění péče či prostředí. V současné mediální době je pacientovo rozhořčení nad kvalitou péče (jakýkoliv nedostatek, prohřešek personálu, nedobré zacházení, ať už faktické nebo pocitové) navíc velmi často řešeno veřejně. Pacienti pak mohou ztratit pozitivní mínění a na základě zjištěných nedostatků přehodnotit další návštěvu daného zařízení. Nemocnice by měla dbát o zachování dobrého jména.

Diplomová práce je součástí víceletého projektu „Vyhodnocování spokojenosti pacientů v nemocnicích Pardubického kraje“. Je také součástí Studentské grantové soutěže vyhlášené Univerzitou Pardubice na Fakultě zdravotnických studií pro akademický rok 2013/14. Práce se dělí na dva celky: teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části jsou nastíněna základní teoretická východiska pro kvalitu poskytované péče, jako je definice pojmu, legislativní podklady, metody měření, hodnocení kvality apod. Rozebírány jsou zde také specifika kvality péče pro ambulantní zařízení. V praktické části jsou popsány výzkumné cíle, metodika, stanovené hypotézy a výsledky výzkumu. Hypotézy byly ověřeny statistickými metodami.

## **CÍLE PRÁCE**

- **Cíl č. 1:** Zhodnotit úroveň kvality poskytované péče pěti nemocnic akutní péče Pardubického kraje očima ambulantních pacientů.
- **Cíl č. 2:** Zjistit, zda jsou rozdíly v kvalitě poskytované péče mezi jednotlivými nemocnicemi v Pardubickém kraji, případně v jakých oblastech, a navrhnout jejich zlepšení.
- **Cíl č. 3:** Posoudit, zda zvolená metodika výzkumu je vhodná pro monitoring kvality péče v nemocnicích akutní péče Pardubického kraje i do budoucnosti.

# 1. KVALITA POSKYTOVANÉ PÉČE

*„Kvalita zdravotní péče znamená dělat správné věci, ve vhodný čas, správným způsobem, správným lidem a dosahovat vzhledem k daným podmínkám nejlepších výsledků.“*

(GLADKIJ a kol., 2003, s. 364)

Celosvětově patří kvalita ve zdravotnictví mezi primární hodnoty zdravotnictví. Tato hodnota je čím dál důležitější, zejména vlivem rychlého rozvoje medicíny a technologií. Hodnocení kvality zdravotních služeb je stále aktuálnější záležitost. Snaha dosáhnout optimálních výsledků je dnes zabezpečena pomocí řady procesů.

Definovat pojem „kvalita péče“ není vůbec jednoduché, a proto nacházíme v literatuře několik interpretací. Je to pojem, který lze z různých úhlů pohledu vnímat různě. Je relativní a individuální a existuje hned několik přesnějších a méně přesnějších definic. Obecně lze říci, že jde o uspokojení zákazníka (v našem případě pacienta), vyhnutí se nežádoucím událostem, chybám a snahu o efektivní přístup.

Definice dle WHO z roku 1982 hovoří o kvalitě péče jako o stupni dokonalosti poskytované zdravotní péče v souvislosti s úrovní současných znalostí a vývojem technologií (Škrála, Škrlová, 2003). Zajímavá je definice IOM (Institute of medicine). IOM mluví o kvalitě péče jako o něčem, co znázorňuje míru, do které zdravotní služby zvyšují pravděpodobnost žádoucích výsledků péče o jednotlivce a populaci v souladu se současnými odbornými znalostmi (Gladkij, Heger, Strnad, 1999). John Flueck zase vnímá kvalitu péče jako stupeň vnímané dokonalosti zainteresovaných stran – pacienta, poskytovatele a plátce zdravotní péče. Avedis Donabedian uvádí, že jde o maximální přínos pro pacientovo zdraví, kdy prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčby (Gladkij, Heger, Strnad, 1999).

Ať už si pod definicí kvality zdravotní péče představíme cokoli, je potřeba dbát na její zvyšování, neboť současná společnost má na péči čím dál tím větší požadavky a mělo by být v zájmu zdravotnických zařízení snažit se klientovi v rámci konkurenceschopnosti vyhovět. Kvalitu péče můžeme posuzovat ze tří hledisek – z pohledu pacienta, z profesionálního hlediska a z pohledu řízení. Jednotlivá hlediska jdou ruku v ruce, je třeba je brát komplexně a není možné zaměřit se pouze na jedno kritérium. Také je třeba si uvědomit, že kvalita se týká jak zdravotnických zařízení, zdravotnických pracovníků, pacientů, tak i zákonodárných orgánů, plátců zdravotní péče atp. (Gladkij, 2003).

Jednoduše řečeno, princip kvality poskytované péče spočívá ve snaze konat správné věci ve správném čase, napoprvé. Odpovědnost za kvalitu poskytované péče nemocným nese tým pracovníků, na rozdíl od kvality poskytovaných služeb, která závisí na vrcholném a středním managementu instituce (Gladkij, 2003).

Pod pojmem systému kvality ve zdravotnictví se skrývá souhrn metod, které organizace potřebuje k soustavnému zvyšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb. Patří sem tvorba struktury, odpovědnost, procedury, procesy, ale i zdroje. Cílem zvyšování kvality poskytované péče je zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva, s čímž souvisí zvyšování kvality života a spokojenost obyvatel. Kvalitně poskytovaná péče je péče, která je poskytovaná v souladu s potřebami a požadavky spotřebitelů (pacientů). Snahou v rámci zvyšování kvality poskytované péče je eliminace chyb, nežádoucích událostí, vyvarování se neefektivního využití času, finančních nákladů navíc apod. Kvalitní péče o kvalitu na úrovni jednotlivých institucí příznivě ovlivňuje i kvalitu celého zdravotnictví. Do procesu kvality péče patří tvorba postupů, sběr informací, vytyčení standardů a hodnocení poskytované péče. Základní součástí rozvoje kvality musí být i snaha o rozvoj efektivity (Gladkij, 2003).

Ministerstvo zdravotnictví vydalo dne 22. března 2012 Vyhlášku 102/2012, která se týká hodnocení kvality a bezpečí lůžkové péče. Zaměřuje se na řízení kvality a bezpečí, péči o pacienty, řízení lidských zdrojů, zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance. Dále se zabývá hodnotícími standardy a ukazateli kvality a bezpečí, způsobem tvorby těchto ukazatelů a jejich sledování. V neposlední řadě jsou zde normovány také personální požadavky na zabezpečení kvalitního chodu zařízení. Vyhláška nabyla účinnosti 1. dubna 2012. Ministrem zdravotnictví v inkriminované době byl doc. MUDr. Leoš Heger, CSc. (Vyhláška MZ ČR, 2012).

## 2. MĚŘENÍ A HODNOCENÍ KVALITY PÉČE

V dnešním moderním pojetí kvality péče je nezbytně nutné definovat cíle kvality péče, měřit míru jejich plnění a na základě toho pracovat na zlepšení zjištěných nedostatků.

Na kvalitu poskytované péče se lze dívat, jak již bylo zmíněno výše, z mnoha úhlů pohledu. Kvalitu zdravotní péče můžeme hodnotit ze tří hledisek:

- *kvalita zdravotní péče z pohledu klienta* – co od péče očekává
- *kvalita zdravotní péče z profesionálního hlediska* – postupy lege artis, vhodné techniky a procedury
- *řízení kvality zdravotní péče* – ekonomické a produktivní využití zdrojů v rámci limitů a omezení (Madar et al., 2004)

Kvalitu lze dále hodnotit kvantitativně, některým z měřitelných kritérií jako například pomocí standardů nebo indikátorů. Dalším způsobem hodnocení kvality je kvalitativní metoda měřitelná prostřednictvím zkušeností a spokojenosti pacientů (Marx, 2006).

Kvalitu zdravotnické péče hodnotíme také na základě pozorování *struktury* péče (kam patří prostředí, v kterém je péče poskytována – vybavení, finance, počty pacientů a personálu, kvalifikace apod.), *procesu* (způsob, kterým je péče poskytována - postupy) a *výsledků* (dosažení požadovaných cílů ať už krátkodobě, či dlouhodobě) (Gladkij, 2003). Toto schéma, skládající se ze třech prvků kvality, vytvořil profesor Avedis Donabedian (1919 – 2000). Byl to slavný americký univerzitní profesor veřejného zdravotnictví, který se zabýval měřením kvality a zlepšováním zdravotní péče na celém světě (Mikula, 2008).

Neměli bychom opomenout, že kvalita poskytovaných zdravotnických služeb má ještě další parametry. Jak plyne z kapitoly týkající se definice pojmu kvality péče, není možné nalézt jedinou a zároveň úplnou definici. Tento fakt přímo souvisí s tím, že kvalita zdravotní péče je abstraktní pojem mající řadu aspektů. Lze ji tedy hodnotit z různých úhlů pohledu.

Dimenze hodnocení kvality:

- Dostupnost a přijatelnost z ekonomického, geografického a časového hlediska
- Bezpečnost – minimalizace pochybení a vzniku komplikací
- Efektivnost – účinnost

- Kompetence – pravomoce, znalosti a dovednosti v souladu s nabízenou péčí a zákroky
- Efektivita – hospodárnost, využití zdrojů, šetření
- Kontinuita – návaznost postupů
- Přiměřenost – péče na úrovni vědeckého poznání, odpovídající stavu a potřebám pacienta
- Přístup - úcta a vnímavost (Škrla, Škrlová, 2003)

Měření a výzkum působivosti systémů kvality péče je možné provádět prostřednictvím několika nástrojů. Patří sem například:

- Akreditace, certifikace
- Standardizace
- Indikátory kvality zdravotních služeb
- Zdravotnický audit
- Hodnocení kvality poskytované péče pacienty
- Benchmarking

V následujících kapitolách budou jednotlivé nástroje podrobněji rozebrány.

## **2.1. Akreditace, certifikace**

Nejlepší možností, jak spotřebitele, zřizovatele nebo pojišťovny informovat o úrovni služeb poskytovaných daným zařízením, jsou certifikáty kvality. Programů pro certifikaci ve zdravotnictví je hned několik.

Většina států ve světě má své národní akreditace. V České republice tak například funguje Spojená akreditační komise ČR (SAK) a mezinárodně nejceněnější je certifikát společnosti Joint Commission International (JCI). Certifikace (akreditace) zdravotnického zařízení znamená oficiální potvrzení, že dané zařízení odpovídá stanoveným standardům kvality ve všech oblastech poskytované péče i poskytovaných služeb. Hlavním cílem akreditací je zvyšování kvality péče o pacienty a zajištění bezpečného prostředí jak pro pacienty, tak i pro zaměstnance. Smyslem tedy je vytvoření systému věnujícímu se kontinuálnímu zvyšování kvality poskytované péče ve zdravotnictví jako celku (Bártlová, Hnilicová, 2000).

Celý proces akreditace je zcela dobrovolný. Spočívá v posouzení zdravotnického zařízení podle předem stanovených kritérií externí nestátní organizací. Má 3 fáze (JCI, 2008):

- Rozhodnutí vstoupit do akreditačního řízení
- Příprava akreditačního řízení
- Realizace akreditačního šetření a získání certifikátu

Proces akreditace neovlivňuje profesní výkon lékařů a ostatního zdravotnického personálu, ale zaměřuje se hlavně na provozní systém zdravotnického zařízení (dále jen ZZ). Dále je sledována například dostupnost a kontinuita péče, komunikace, přístup k pacientům, zda nemocnice disponuje technickým vybavením na požadované úrovni, prevence a kontrola nozokomiálních nákaz, kvalita ošetrovatelské péče apod. I přesto, že jde o dobrovolný proces, není možné, aby jej ZZ nebrala v potaz. Akreditace má pro zdravotnické zařízení jednoznačně pozitivní přínos. Jde o jakýsi symbol kvality, který přitahuje jednak pacienty, ale i kvalitní personál (Škrla, Škrlová 2003). V dnešní době, kdy konkurence dennodenně roste je jen otázkou, jak si povedou zdravotnická zařízení bez akreditace v budoucnosti (Papoušková, 2008).

Akreditace se řídí speciálními normami, které se nazývají akreditační standardy. Cílem akreditace je právě propojení akreditačních standardů se standardy jednotlivých zařízení a jejich následné správné a stálé dodržování (SAK ČR, 2010).

### **Akreditace SAK ČR**

Spojená akreditační komise vznikla v roce 1998. Jejím hlavním smyslem je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotnické péče na území České republiky. Uděluje akreditaci na národní úrovni. Dále zajišťuje poradenskou a publikační činnost. Hodnocení přihlášených zdravotnických zařízení provádí pomocí národních akreditačních standardů, které jsou rozděleny do 10 oblastí. Kontroly jsou prováděny většinou 2 – 3 dny formou inspekce. V případě, že zařízení splní předem stanovené podmínky akreditace, získává certifikát na dobu až 3 let (SAK ČR, 2010).

Hlavní prostředky pro plnění cílů:

- Vydávání národních akreditačních standardů pro ZZ včetně metodiky
- Pomoc ZZ plánujícím akreditaci, specifikace metodiky dle typů ZZ, poradenství při vytváření vnitřních norem

- Organizace regionálních i celostátních vzdělávacích akcí zaměřených na problematiku kvality péče a bezpečí pacientů
- Publikace zaměřené na zvyšování kvality péče o pacienty a zajištění jejich bezpečí
- Spolupráce s ostatními organizacemi v ČR podílejícími se na zvyšování kvality
- Mezinárodní spolupráce
- Správa vlastního systému, vzdělávání konzultantů a inspektorů akreditačního procesu (SAK ČR, 2010)

### **Akreditace JCI**

Joint Commission International je Spojená mezinárodní akreditační komise, která vznikla v USA také roku 1998. Jde o pobočku Spojené komise pro akreditaci zdravotnických zařízení – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). JCI má oprávnění k vystavení mezinárodně přijímaného certifikátu. Komise JCI hodnotí zdravotnické zařízení podle asi 1500 stanovených indikátorů, které přesně vymezují požadavky na péči. Nemocnice má nárok na certifikát po dobu tří let, pokud nedojde k jeho odebrání z nějakého závažného důvodu. Po uplynutí této lhůty musí ZZ projít opět kontrolou, která osvědčení buď obnoví, nebo zruší. Hlavním cílem JCI je zvýšení a sjednocení kvality péče po celém světě (JCI, 2008).

## **2.2. Standardizace**

Dalším nástrojem pro měření a hodnocení kvality péče jsou ošetrovatelské standardy. Nástrojem, který pomáhá efektivnímu zvyšování kvality péče a je tak nedílnou součástí systému řízení kvality. V těchto standardech je shrnuta podstata kvality péče a její kritéria. Pokud má být poskytována péče kvalitní, měla by podléhat přesně normovaným standardům. Standardem se rozumí odborníky odsouhlasená minimální úroveň poskytované péče, která respektuje ekonomické zdroje. Vzniká určením podmínek pro poskytování péče a je zajištěná zpětnou vazbou pomocí indikátorů zdravotní péče. Smyslem standardů je chránit pacienty před nebezpečným zacházením a personál před neoprávněným postihem. Týkají se tedy postupů a jejich specifik při určitých diagnózách, pracovních postupů apod. Slouží jako jakési vodítko, podle kterého je možné posuzovat, zda je poskytována péče na kýžené úrovni (Jarošová, 2000).



Jak takový standard vypadá? Jde o volně tištěný text, který obsahuje parametry, které je možno hodnotit a měřit. Při tvorbě autoři vychází z doporučení mezinárodních organizací a dané země. Ministerstvo zdravotnictví nevydalo jednotné standardy, ale pravidelně vydává zákony, vyhlášky a metodické pokyny, které musí být brány při tvorbě standardů v potaz. Každý zaměstnanec je povinen pracovat v souladu se standardy a znát je (MZ ČR, 2013).

Existuje více dělení standardů, zde je uvedeno dělení, které se řídí podle doporučení prof. Donabediana:

#### Strukturální standardy – manažerské standardy - směrnice

Stanovují personální, technické, organizační, hygienické prostředky, prostředí a zdroje, které jsou optimální k dosažení požadované úrovně kvality péče. Normují také vzdělání, vzdělávání, kvalifikaci, počty a kompetence zaměstnanců.

#### Procesuální standardy – ošetrovatelské standardy

Definují a detailně popisují jednotlivé činnosti, výkony a záznamy tak, aby docházelo k jejich jednotnému plnění. Chrání pacienta i zaměstnance.

#### Standardy hodnocení výsledků – monitorovací standardy

Udávají metody a nástroje pro monitoring, analýzu a hodnocení získaných výsledků. Sem patří například sledování výskytu nežádoucích událostí, výskyt dekubitů, ale i hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí (MZ ČR, 2013).

### **Mezinárodní organizace pro standardizaci ISO**

Tato organizace byla původně vytvořena, aby stanovila technické standardy pro odvětví průmyslu. Organizace vznikla už v roce 1947 a jako první na světě standardizovala kvalitu. V roce 1987 reagovala ISO na narůstající poptávku veřejnosti po kvalitě vytvořením standardů pro kvalitu, které byly označovány ISO 9000. K modernizaci těchto standardů došlo v roce 2000 a od této doby známe tuto standardizaci pod názvem ISO 9001:2000. Je to obecné pojetí standardů použitelné jak v průmyslu, tak i ve zdravotnictví. Jde o jakýsi základ pro kvalitu. Existuje certifikace ISO 9001:2000, která zaručuje, že dané zdravotnické zařízení bylo prošetřeno a má systém kvality, který je zárukou důslednosti a spolehlivosti. Hlavní rozdíl mezi certifikací ISO a akreditací tkví v tom, že certifikace ISO nepřikazuje zařízením

konkrétní systém kvality, ale pouze hodnotí, zda ten využívaný má smysl a je efektivní (Škrla, Škrlová 2003).

### **2.3. Indikátory kvality zdravotních služeb**

Pro pozorování a hodnocení kvality, jak již bylo výše zmíněno, máme několik různých nástrojů. Jedním z těchto nástrojů jsou také indikátory kvality zdravotních služeb.

V obecném smyslu je „indikátor“ (neboli „ukazatel“) statistické zjištění založené na číslech, které charakterizují monitorování nebo vyhodnocení fenoménu, který je předmětem našeho zájmu (např. kvalitu zdravotních služeb). Je potřeba mít na paměti, že indikátor má své opodstatnění pouze tehdy, kdy jsou dostupné relevantní informace o měření a měřené oblasti (MZ ČR, 2010).

Indikátory kvality zdravotních služeb jsou měřitelná kritéria, která je možné porovnávat a tím i zjistit, zda bylo dosaženo požadovaného cíle normovaného například směrnicí nebo standardem. Jde o kvantitu, která popisuje kvalitu. Jedná se o číslo, které je zasazeno do numerického kontextu, čímž pro nás není jen statistickým údajem, ale zároveň také ukazatelem kvality. Pomocí indikátorů kvality péče lze sledovat řadu jevů. Na základě získaných údajů je možné vytvořit porovnání různých období apod. Rozeznáváme dva druhy indikátorů kvality: indikátory poměrové a indikátory strážní (Škrla, Škrlová 2003).

*Poměrové indikátory kvality péče* umožňují monitoring různých jevů, které se opakují. Vyjadřují se jako průměr či poměr. Tímto typem indikátorů lze sledovat například pády pacientů, výskyt dekubitů atp.

*Strážní indikátory kvality péče (sentinelové)* sledují jevy, které jsou nežádoucí a je potřeba je dále vyšetřit (Škrla, Škrlová, 2003).

Dále můžeme indikátory zdravotní péče dělit podle priority a závažnosti na: indikátory rizikové, klíčové, popisné a na nedůležitá data. Stejně jako standardy, můžou se i indikátory týkat struktury, procesu i výsledků. (Škrla, Škrlová 2003).

Každé zdravotnické zařízení by mělo pracovat s indikátory kvality péče. Výběr a nastavení indikátorů je nedílnou součástí zavádění systému kvality. Pro každé zdravotnické zařízení jsou důležité jiné aspekty, proto není možné vytvořit univerzální indikátory, ale každé pracoviště

by si mělo zvolit vlastní, pro ně důležité jevy, které budou sledovat. Výběr způsobu získávání dat a jejich vyhodnocování si také může každé zařízení přizpůsobit svým potřebám (Škrla, Škrlová 2003).

## 2.4. Zdravotnický audit

Ucelené a kritické hodnocení zdravotnického zařízení se nazývá zdravotnický audit. Jde o systematický proces, během kterého interní nebo externí odborníci vyhodnocují práci a výsledky činností zdravotnických zařízení. Má retrospektivní nebo souběžný charakter (Škrla, Škrlová, 2003).

AUDIT = kontrola, prozkoumání správného a úplného používání postupů a metod. Slouží jako hodnocení pracoviště a jeho činností, výsledků (Kelnarová a kol., 2009).

Kontrola výsledků práce je každodenní náplň práce všech manažerů, neboť přináší cenné informace o plnění, případně neplnění stanovených plánů. Audit je efektivní nástroj zpětné vazby. Mělo by vždy jít o hledání „slabých stránek“, nikoli o hledání chyb personálu a jejich následného trestání (Škrla, Škrlová, 2003).

*„Jde o včasné zjištění odchylek od původního záměru, jejich rozbor a přijetí závěrů k nim.“*  
(Plevová, 2012, s. 171).

- INTERNÍ AUDIT

= dohled vedení zdravotnického zařízení nad podřízenými, např. manažer kvality

Metody interního auditu:

- Pozorování
- Sběr statistických údajů (dotazníky, hlášení nežádoucích událostí, sledování stanovených indikátorů, vyhodnocování spokojenosti apod.)
- Dotazování pacientů, zaměstnanců, rodin pacientů, veřejnosti
- Měření účinnosti péče
- Externí inspekce
- Kontrola dodržování standardů, směrnic a jiných nařízení

- EXTERNÍ AUDIT

= kontrola prováděná osobami, které nepůsobí přímo v kontrolovaném zdravotnickém zařízení, např. SAK ČR (Plevová, 2012)

## **2.5. Hodnocení kvality poskytované péče pacienty**

Již byla zmíněna řada metod, které kvalita ve zdravotnictví zahrnuje. Významnou složkou tohoto komplexu je však v neposlední řadě také vnímání kvality péče přímo spotřebiteli – pacienty. Pacienti mají určité potřeby a očekávání od poskytované zdravotní péče. Monitoring spokojenosti pacientů s poskytovanou zdravotní péčí je tedy jedním z velice důležitých nástrojů zvyšování kvality a měl by být jeho nedílnou součástí. Názory pacientů přímo vystihují jejich subjektivní zkušenosti se zdravotnickými zařízeními a jejich pracovníky. Pacienti kladou na kvalitu péče větší důraz. Většina nemocnic na toto velmi rychle zareagovala právě vytvořením alespoň jednoduchých metod na hodnocení spokojenosti pacientů (Raiter, 2010).

Pacienti hodnotí kvalitu poskytované péče podle několika kritérií. Pro pacienta je důležitá například dostupnost poskytované zdravotní péče z pohledu prostoru, času a ceny zdravotních služeb. Vyjádřit se ovšem můžou i k řadě stránek struktury péče, kde právě jejich názor by měl být pro management zdravotnického zařízení klíčový. Cenné je pacientovo vyjádření také k procesu péče a výsledkům. Skvěle pacient může posoudit například prostředí čekáren a ordinací, hygienické podmínky, vybavení zařízení, časové otázky (délka objednací doby, délka čekací doby), přístup zdravotnického personálu, úroveň komunikace apod. Právě uspokojení pacientů by mělo být jedním z hlavních zájmů kvalitního vedení nemocnice a zdravotnického zařízení. Subjektivní názory klientů by měly být pravidelně sledovány a vyhodnocovány například pomocí dotazníků (Gladkij, 1999).

Pro pacienta není důležitý jen výsledek péče, ale i způsob, jakým byla poskytnuta. Zda byla péče dostupná, dobře organizovaná a jak se zdravotníci při jejím poskytování chovali. Měřítka spokojenosti pacientů tedy bez pochyb patří do hodnocení kvality poskytované péče. Klíčové je zvolit správnou metodu a metodiku sběru informací od pacienta, aby byla zpětná vazba co nejefektivnější. Jednou z možností je dotazníková metoda. Další například interview s pacienty (Seifert, 2001).

Zmíněná dotazníková metoda sběru informací od pacientů je pro vedení nemocnic nejlevnější a zároveň nejjednodušší zdroj názorů a zkušeností pacientů. Odpovědi mohou být následně libovolně zpracovány, ovšem je důležité ošetřit způsob, jakým pacient dotazníky odevzdává. Pokud klient odevzdá dotazníky přímo ošetřujícímu personálu, může dojít k jisté manipulaci, která může významně ovlivnit výsledky hodnocení zdravotní péče. Dalším limitem je, že prostřednictvím dotazníků se hodnotitelé dostávají pouze k obecným informacím. Jde spíše o hodnocení vnímání celého systému, než o výpovědi o skutečné kvalitě (Seifert, 2001). Ideální stav je, když zdravotnické zařízení sleduje spokojenost pacientů v pravidelných intervalech a zkoumá trend jejich výsledků (Gladkij, Heger, Strnad, 1999).

Monitorování spokojenosti pacientů s poskytnutou zdravotní péčí je upraveno legislativou. Podle ustanovení § 47 odst. 3 písm. (b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách je poskytovatel povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Ministerstvo zdravotnictví v souvislosti s tímto vydalo ve Věstníku MZ č. 5/2012 minimální požadavky. Patří sem například také standard věnující se sledování spokojenosti pacientů. Zdravotnické zařízení může sledování spokojenosti provádět samo nebo za pomoci externího subjektu (MZ ČR, 2010).

### **Kvalita očima pacientů (KOP)**

Projekt podporovaný Ministerstvem zdravotnictví ČR vznikl za účelem reagovat na projekt Světové zdravotnické organizace „Zdraví 21“. Zároveň vyhovuje požadavkům Evropské Unie o zavádění kontinuálního rozvoje kvality ve zdravotnictví. Měří kvalitu péče na základě zkušenosti – spokojenosti pacienta. Projekt shromažďuje pro pacienty objektivní a statisticky prokázané informace o kvalitě jednotlivých pracovišť. Proto mají pacienti lehčí přístup k poznatkům, které pracoviště si jak vede, a na jejich základě si pak snáze může vybrat. Cílem je podpořit zdravotnická zařízení v efektivním a systematickém zvyšování kvality poskytované péče a zvýšit informovanost veřejnosti o kvalitě. Projekt se člení na dvě základní části: kvalita lůžkové péče očima pacientů a kvalita ambulantní péče očima pacientů (Raiter, 2010).

### **Rating KOP**

Hodnocení zdravotnických zařízení podle výsledků spokojenosti pacientů rozdělené do 6 kategorií od A+ do B-. Rating může být pracovišti přidělen při splnění metodického minima (Raiter, 2010).

## Certifikace SPOKOJENÝ PACIENT

Jde o standardizované měření kvality zdravotních služeb cestou sledování spokojenosti pacientů pomocí dotazníků. Podmínkou je dodržení metodického návodu pro distribuci a sběr dotazníků podle Věstníku MZ ČR, ročník 2008, část 3. Ministerstvo zdravotnictví pravidelně oceňuje zdravotnická zařízení, která metodiku respektují, pracují v souladu s ní a dosahují tak vynikajících výsledků, udělením certifikátu „Spokojený pacient“. Hodnotící kritéria jsou přístupná na webových stránkách [www.hodnoceni-nemocnic.cz](http://www.hodnoceni-nemocnic.cz) (Raiter, 2010).

## **2.6. Benchmarking**

*„hledáme nápady v institucích nebo průmyslu, které se zdravotnictvím přímo nesouvisejí, ale jež mají podobné procesy (příjem, úklid, stravování, „hotelové“ služby apod.), v nichž dosahují mimořádných úspěchů.“* (Škrla, Škrlová, 2003, s. 88)

Českým ekvivalentem anglického výrazu „benchmarking“ je slovo porovnání. Je to způsob jak získat znalost o nejlepších postupech z praxe od jiných podniků/zařízení/institucí. Je to jakási inspirace jiným zdravotnickým zařízením, ve kterém je něco již zavedeno a funguje. Pomáhá zdravotnickým zařízením rozvíjet se jiným než tradičním způsobem. Díky tomuto dochází k efektivním změnám k lepšímu po vzoru ostatních. Základním předpokladem fungujícího benchmarkingu je objektivnost a cílevědomost. V ošetrovatelství rozlišujeme dva druhy benchmarkingu (Škrla, Škrlová, 2003):

*Procesní benchmarking* – sleduje procesy

*Výkonnostní benchmarking* – porovnávání výstupů

Další dělení benchmarkingu spočívá v tom, od koho se chceme inspirovat (Škrla, Škrlová, 2003):

*Interní benchmarking*

hledání vzoru v rámci jednoho zdravotnického zařízení

*Konkurenční benchmarking*

inspirace od konkurenčního zdravotnického zařízení

### Generický benchmarking

porovnávání i s jiným odvětvím, než jen v rámci zdravotnictví

Využití metody srovnávání – benchmarkingu - ve zdravotnictví popisují ve svých pracích např. autoři Guven-Uslu (2005) nebo Furber (2011). Oba se shodují, že tato metoda je významná k nastavení „best practices“ ve zdravotnických i sociálních službách. Metoda benchmarkingu vede nejen k poznání, sdílení a šíření dobré praxe přes znalosti a dovednosti jednotlivců, ale také k systémovému nastavení poskytované péče s eliminací rizik zavedením preventivních opatření.

Benchmarking využívá v rámci svého projektu i organizace HealthCare Institute (dále HCI), která pomáhá nemocnicím se zvyšováním kvality poskytované péče. HCI se snaží radit vedení nemocnic a zřizovatelům nemocnic o nových přístupech v oblasti zvyšování kvality péče a zaštiťuje několik projektů. Jedním z projektů je právě porovnávání nemocnic na celostátní úrovni využívající metodu benchmarking. Projekt hodnotí nemocnice ve 4 oblastech (spokojenost pacientů, spokojenost zaměstnanců, finanční situace a efektivita procesů). HCI sestavuje žebříček českých nemocnic a nejlépe vyhodnocené nemocnice pak dostávají ocenění. Dále organizace pořádá různé mezinárodní konference pro odborníky (Health Care Institute, 2013).

### **3. KVALITA PÉČE V PRAXI**

V některých zdravotnických zařízeních je implementace systémů kvality (neboli jejich zavádění do praxe) v začátcích, jinde tomu je naopak. Značné rozdíly v implementaci systémů kvality u nás ukazují i průzkumy (Gladkij, Sovová, Balej, 2001). Otázkou zůstává, proč některá zdravotnická zařízení mají implementaci kvality péče plně rozvinutou, jiná málo nebo vůbec. Nejasné také je, které faktory jsou pro implementaci systému kvality péče podstatné a které nikoli. Tímto fenoménem se zabývala řada zahraničních studií, které prokazují, že jde o několik vlivů najednou. Podle Gladkého (2003) sem patří:

- Tlak zevního prostředí na zdravotnické instituce
- Podněty řídicích pracovníků, managementu
- Motivace
- Kultura instituce
- Charakter instituce

Činnosti spojené se zvyšováním kvality zdravotní péče nikdy nebudou ukončeny. Stále se budeme setkávat s novými řešeními jejího zkvalitňování z pohledu zdravotníků i jejich pacientů. Je nezbytné, aby do budoucna byly projekty na zvyšování kvality péče neustále implementovány do legislativy České republiky (Seifert, 2001).

Zavádění systému kvality je důležité i v otázce ekonomického hospodaření zařízení. Nekvalitní péče a následné řešení problémů s tím spojených může až několikanásobně převyšovat náklady, které zdravotnické zařízení vloží do zavádění kvality (Gladkij, 2003).

#### **3.1. Soustavné zvyšování kvality**

Trvalé zvyšování kvality je celosvětově žádaný fenomén. Již v roce 1985 zařadila Světová zdravotnická organizace do svého programu „Zdraví pro všechny do roku 2000“ bod, který se kvalitou péče zabývá. Program soustavného zvyšování kvality by měl být v dnešní moderní době automatickou součástí každého managementu zdravotnického zařízení. Existuje Program kontinuálního zvyšování kvality (dále KZK). Ten byl převzat od japonských a amerických firem, které se zabývají zabezpečováním jakosti a zvyšováním kvality. Hlavním smyslem KZK je podpora uspokojování potřeb pacienta s co nejmenším úsilím a náklady.



Tento program pro svou úspěšnou implementaci vyžaduje angažovaný personál. Je potřeba totiž dodržovat jisté principy a nástroje v celém zdravotnickém zařízení (Škrsla, Škrlová 2003).

Klíčem k úspěšnosti soustavného zvyšování kvality je jasný záměr. Nedílnou součástí je dále jasná a jednotná formulace definice kvality. Bez neustálého měření a hodnocení kvality péče nelze předpokládat, že bude docházet k jejímu soustavnému zvyšování. Je potřeba pochopit závislost fungování jednotlivých částí instituce a jejich součinnost. Při zavádění systémů kvality je třeba uvědomit si nezastupitelnou úlohu řídicích pracovníků. Úkolem těchto lidí je uvést proces zlepšování kvality péče do chodu, implementovat ho a vést. Vedoucí pracovníci by měli být příkladem pro své podřízené, v opačném případě nelze od ostatních pracovníků očekávat změnu přístupu (Gladkij, 2003).

Soustavné zvyšování kvality péče je nezbytné pro udržení konkurenceschopnosti zdravotnických zařízení. V souvislosti se zdravotnictvím jde většinou o tzv. necenovou konkurenci. Ve většině vyspělých států jsou ceny základních zdravotnických služeb regulovány státem, aby se nemohlo stát, že si někdo nebude moci základní ošetření dovolit. Poskytovatelé zdravotní péče mohou být ve státním vlastnictví (veřejné), nebo v osobním vlastnictví (soukromé) (Gladkij, 2003).

*„Mezi provozovateli zdravotnických zařízení probíhá soutěž zpravidla orientovaná k získání klientů, kteří jsou schopni za služby platit hotově nebo jsou zajištěni pojištěním u spolehlivých pojišťoven. Provozovatelé při získávání klientů usilují o zavádění moderních medicínských technologií, vytváření příjemného prostředí, zkracování čekacích dob atp.“* (Gladkij, 2003, s.82)

Další nezastupitelnou věcí v otázce soustavného zvyšování kvality je i vzdělávání. Vzdělání je důležitou hodnotou ve všech oblastech lidského života, zdravotnictví nevyjímaje. Prvotní vzdělání, díky kterému osoba získá způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, musí být akreditováno ministerstvem zdravotnictví. Během praxe by se měli dále zdravotníci neustále vzdělávat v rámci celoživotního vzdělávání z důvodu doplňování poznatků a získávání nových dovedností. Vztah mezi úrovní poskytované péče a vzděláním, kvalifikací a kompetencemi je prokázáný. Samozřejmostí je také povinné vzdělávání zdravotníků v oblasti požární ochrany a bezpečnosti práce. Systém celoživotního vzdělávání, rozvoje a prohlubování kvalifikace neodmyslitelně patří k prvkům zvyšování kvality péče. Vzdělávací aktivity jsou přizpůsobeny tomu, zda se vzdělávají lékaři nebo nelékařští zdravotní pracovníci (Gladkij, 2003).

*PREGRADUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ* – prostřednictvím tohoto vzdělávání získávají zdravotníci způsobilost k výkonu povolání.

*POSTGRADUÁLNÍ (KVALIFIKAČNÍ, SPECIALIZAČNÍ) VZDĚLÁVÁNÍ* – diferenciacce v oboru; speciální, úzce zaměřené dovednosti a znalosti (Gladkij, 2003)

## 4. AMBULANCE

Zdravotní péče je poskytována ve dvou základních formách: péče ambulantní a péče ústavní. To, co je obsahem těchto jednotlivých forem, je upřesněno v zákonech. Proces poskytování zdravotní péče podléhá členění pracovišť. Nemocnice se člení na odborná oddělení, která se dále dělí na lůžkovou část, případně se zázemím pro provádění operací, a ambulantní část. Ambulantní část nemocnice tvoří jakousi vstupní bránu do zdravotnického zařízení. Její úlohou je poskytování léčebné a preventivní péče. Mimo to jsou zde vykonávány také činnosti spojené s chodem oddělení, jako je například administrativa (MZ ČR, 2010)

Dále je ambulantní péče poskytována přímo v ordinacích jednotlivých lékařů primární péče nebo specialistů. Jak již bylo výše zmíněno, ambulance mohou být součástí nemocnice nebo polikliniky, ale mohou být i v soukromém vlastnictví lékaře (Košta, 2013).

Podmínky, pod kterými je zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních poskytována, jsou stanoveny v zákonech. Postup „lege artis“ podle ustanovení § 11 odst. 1, věta první, se týká všech zdravotnických zařízení bez ohledu na to, kdo je vlastní (Vondráček, 2005).

*„Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení na základě spolupráce a účelné dělby práce, při zachování jednoty odborné péče o zdraví člověka a osobní odpovědnosti za poskytovanou péči. V těchto zařízeních mohou vyšetřovací a léčebné výkony provádět jen oprávnění zdravotničtí pracovníci.“* (Vondráček, 2005, str. 64)

Ambulantní péče přichází v úvahu tehdy, není-li nutná hospitalizace. Pacient po konzultaci s lékařem nebo po absolvování lehčího zákroku odchází domů. Ambulance poskytují jednodenní péči prostřednictvím lékařů primární péče nebo specialisty. Primární péče je zpravidla první místo styku pacienta se zdravotnickým prostředím (MZ ČR, 2010).

### **Zařízení primární zdravotní péče**

Podle WHO (1998) jde o místo, kde se lidé poprvé setkají s opatřeními ke zlepšení zdraví v komunitě (Gladkij, 2003).

Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče, kterou poskytují hlavně zdravotníci na úrovni prvního kontaktu (gatekeepers) člověka se zdravotnickým systémem. Úkolem primární péče není pouze zajišťovat první kontakt, ale dlouhodobě zajišťuje

kontinuální přístup k pacientovi a dispenzarizaci. Snaží se udržovat člověka co nejlíže jeho přirozeného prostředí a respektuje jeho bio-psycho-sociální potřeby. Základními požadavky jsou všeobecnost, dostupnost, koordinovanost, komplexnost, kontinuita, spolupráce, orientace na rodinu a komunitu (Seifert, 2004). Primární zdravotní péči poskytují registrovaní lékaři – praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař a praktický gynekolog (Gladkij, 2003). Ambulance primární péče poskytují preventivní, diagnostické a léčebné služby. Dále umožňují konzultace a starají se o návaznost poskytovaných služeb. Zajišťují také návštěvy u pacientů v domácím prostředí (MZ ČR, 2010).

Téměř všichni primární lékaři jsou u nás v České republice soukromí, ale jejich služby jsou hrazeny převážně z veřejných finančních zdrojů.

### **Specializovaná ambulantní zdravotní péče**

Specializovaná ambulantní péče je poskytována v rámci různých oborů zdravotní péče. Pacienti se sem dostanou převážně na základě doporučení lékaře primární zdravotní péče. Odborného specialistu však může pacient navštívit i bez doporučení (MZ ČR, 2010).

### **Zvláštní ambulantní péče**

Do složky zvláštní ambulantní péče patří služby pro pacienty, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytování ambulantní péče denně. Patří sem například domácí péče, zdravotní péče poskytovaná ve stacionářích, ústavní péče atd. Tato ambulantní péče je pacientům poskytována v jejich přirozeném sociálním prostředí. Péče je poskytována na doporučení lékaře primární péče (MZ ČR, 2010).

## **4.1. Kvalita poskytované péče v ambulancích**

Ambulance podléhají požadavkům na kvalitu poskytované péče stejně jako všechna jiná zdravotnická zařízení. Ukazatelé pojednávající o kvalitě se mohou rovněž týkat struktury, procesů i výsledků. Ukazatelé kvality musí být validní, přesně vymezovat problémy a musí být pro personál motivující. Do procesu zvyšování kvality služeb lze bez problému zapojit i pacienty pomocí dotazníkových šetření nebo stížností. Prioritou by mělo být pro všechny

zřizovatele ambulancí dbát na zabezpečení kvality ve svých ordinacích. Důraz na kvalitu péče vede k minimalizaci pochybení. Zlepšuje se kredit ordinace. V dnešní „době internetu“, kdy všímavému pacientovi nic neunikne a konkurence stále roste, je zájem o kvalitu poskytované péče přímo existenční otázkou (Vondráček, 2005).

Otázka řízení kvality poskytované péče v ordinacích praktických lékařů je důležitá nejen pro praktického lékaře samotného, ale i pro lékaře ostatních odborností, samozřejmě politiky a zdravotní pojišťovny a zejména pro pacienty, kteří nejčastěji prostřednictvím primární péče vstupují do systému. Pacient musí mít dostupnou péči v čase i prostoru a zároveň jistotu, že ve zdravotnickém zařízení odpovídajícím daným normám, potká lékaře kvalifikovaného a řádně vybaveného (Seifert, 2001)

Je potřeba, aby si lékaři osvojili vlastní kritický pohled na svoji každodenní práci, organizační činnosti, odborné postupy, jejich efektivitu a vnímali jako měřítko kvality i spokojenost pacientů. To jim může pomoci zhodnotit svou vlastní práci a také to, jakou péči poskytují. Pomáhá jim to i v tom, aby se dokázali srovnávat s kolegy, ať už na úrovni regionu, státu, či na mezinárodní úrovni (Březovský, 2002).

Nahlédneme-li na kvalitu péče poskytované v ambulancích skrze osobnost lékaře a nelékařského personálu, je nutné podotknout, že ta zde hraje také velkou roli. Záleží na lidských a odborných kvalitách personálu, na empatii, schopnosti komunikace apod. V neposlední řadě nesmíme zapomenout zmínit i systém celoživotního vzdělávání, které také přispívá k lepším kvalitám personálu.

Vzhledem k trendům současného zdravotnictví, kdy se péče přesunuje z nemocnic do ambulancí, jsou i otázky kvality poskytované péče pro ordinace významné. Kvalita neznamená jen výbornou klinickou praxi, ale týká se také vedení dokumentace, dostupnosti lékaře, profesionálního přístupu apod. Aby mohl lékař obstát, musí mít řadu profesních a osobnostních předpokladů. V otázce řízení kvality i v ambulantní péči hraje roli kombinace systematických nástrojů vytvářejících rámec pro zajištění kvality a motivačních prvků, které tvoří prostor pro soustavný profesní i personální rozvoj osobnosti lékaře (Seifert, 2001).

Systematické nástroje pro zajištění kvality:

- Kvalifikovaný personál poskytující péči odpovídající normám
- Péče odpovídající současným poznatkům vědy, odpovídající stavu pacienta, řádná dokumentace a šetrné využití zdrojů

- Uspokojení potřeb a požadavků pacienta (Seifert, 2001)

Řízení a kvalita v primární péči = kombinace následujícího:

- Použití systematických nástrojů
  - o Kvalifikace, akreditace, certifikace, standardizace, regulace, sankce
- Dobrovolné aktivity
  - o seberealizace, srovnávání, apod. (Seifert, 2004).

## **4.2. Ambulance v číslech**

Na konci roku 2012 bylo v České republice zaevidováno celkem 28 753 zdravotnických zařízení, z toho bylo 20 224 ambulančí (oproti roku 2011 počet vzrostl o 103 zařízení). V ambulantní péči pracovalo 71,1 % všech lékařů a 51,0 % nelékařských zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí. Ze všech ambulantních zařízení bylo 81,7 % soukromých. Primární péče tvořila 46,4 % ambulantních lékařů. Zbytek, čili 53,6 %, byli ambulantní specialisté. Na 1 ambulantního lékaře připadalo v roce 2012 v průměru 315 obyvatel. Dostupnost všech složek primární péče je v různých krajích rozdílná. Dlouhodobě jsou tedy patrný mezikrajové rozdíly v dostupnosti primární péče (ÚZIS, 2013).

## **5. VÝZKUM HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI PACIENTŮ S AMBULANTNÍ PÉČÍ**

V této části diplomové práce jsou popsány a zpracovány jednotlivé fáze výzkumu. Nejprve jsou uvedeny cíle práce, dále následuje metodika výzkumu a charakteristika výzkumného souboru. Výsledky z dotazníkového šetření jsou uvedeny v kapitole „analýza dat“. Výzkumnou část uzavírá diskuze a závěr.

Data byla sbírána pomocí dotazníku, který vyplnili pacienti ošetření v pěti nemocnicích akutní péče v Pardubickém kraji. Hodnocení dat bylo provedeno popisnou a konfirmatorní statistickou analýzou.

Hlavní cíle práce jsou:

- **Cíl č. 1:** Zhodnotit úroveň kvality poskytované péče pěti nemocnic akutní péče Pardubického kraje očima ambulantních pacientů.
- **Cíl č. 2:** Zjistit, zda jsou rozdíly v kvalitě poskytované péče mezi jednotlivými nemocnicemi v Pardubickém kraji, případně v jakých oblastech, a navrhnout jejich zlepšení.
- **Cíl č. 3:** Posoudit, zda zvolená metodika výzkumu je vhodná pro monitoring kvality péče v nemocnicích akutní péče Pardubického kraje i do budoucnosti.

### **5.1. Metodika výzkumu**

Práce je součástí víceletého projektu Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice a Pardubického kraje. Jeho název zní „Vyhodnocování spokojenosti pacientů v nemocnicích Pardubického kraje“. Tento projekt je zaměřen na subjektivní hodnocení kvality poskytované péče z pohledu hospitalizovaných pacientů, ambulantních pacientů a klientek porodnických oddělení. Tato práce se konkrétně zaměřuje na hodnocení kvality poskytované péče ambulantními pacienty.

Do kvantitativního výzkumu byly zapojeny ambulance pěti nemocnic akutní péče v Pardubickém kraji. Výzkumný soubor byl tvořen respondenty – pacienty, kteří byli ošetřeni ve sběrném období (únor 2013 a březen 2013) v některé z ambulancí pěti nemocnic Pardubického kraje. Zapojit se mohl dobrovolně a anonymně každý pacient, který zde byl

ošetřen, přičemž nebyla vymezena žádná věková kritéria či nebyl brán zřetel na důvody návštěvy ambulance či pohlaví respondenta.

Pro sběr dat byla použita explorativní, tj. dotazovací metoda, přičemž totožné dotazníky (viz příloha A) byly každému k dispozici v čekárnách. Personál měl za úkol pacienty vybízet k jejich vyplnění. Vyplněné dotazníky měli pacienti vhodit do označené uzamčené schránky, od které měli mít klíče pouze manažeři kvality pověřeni jejich vybíráním. Kromě tištěných dotazníků byla k dispozici ještě alternativní verze, a to dotazníky elektronické na webových stránkách jednotlivých nemocnic. Vzhledem k tomu, že validita dat získaných z dotazníků vyplněných přes internet je nízká, rozhodli jsme se tato data do výzkumu pro tentokrát nezahrnovat. Nestandardizovaný dotazník byl tvořen čtrnácti otázkami. U některých otázek byl pacientovi dán prostor pro slovní vyjádření či vysvětlení výběru odpovědi. Na tvorbě dotazníku se podílely hlavní sestry všech pěti nemocnic a byl pilotně ověřen. Dvě otázky v dotazníku jsou demografické – nemocnice a druh ambulance. Jedna otázka je známkovací. Zbytek otázek je zaměřen na spokojenost pacientů, která byla hodnocena pomocí tří základních oblastí: služby ambulance (možnosti objednání, čekání na ošetření/vyšetření, prostředí čekárny a ambulance), přístup zdravotnického personálu a hodnocení lékařské i ošetřovatelské péče.

Data byla sbírána v únoru a březnu 2013 v ambulancích všech zúčastněných nemocnic. V tomto sběrném období bylo ve všech nemocnicích sesbíráno celkem 1651 úplně vyplněných dotazníků, které byly do výzkumu použity. Tento počet je 1,25 % z celkové populace pacientů ošetřených v ambulancích zúčastněných nemocnic v únoru a březnu 2013 (viz Tabulka 1).

Získané dotazníky od každé nemocnice byly vkládány do anketního systému Lime Survey umístěného na serveru Univerzity Pardubice. Data byla poté dále zpracována ve statistickém software STATISTICA<sup>®</sup>. Pro porovnání situace v jednotlivých nemocnicích byly vytvořeny kontingenční tabulky. Dále byly stanoveny hypotézy, které byly testovány metodou Pearsonova  $\chi^2$  na hladině významnosti  $\alpha=0,05$  (5%). Pearsonův  $\chi^2$  testuje kontingenci (vztah) mezi dvěma nominálními proměnnými, proto je vhodné jej použít pro testování mezi typem odpovědi a typem nemocnice. Test ověřuje rozdíly mezi četnostmi odpovědí v jednotlivých nemocnicích a ukazuje, zda tyto rozdíly jsou statisticky významné. Vždy je  $H_0$ : mezi proměnnými není statisticky významný vztah (mezi četnostmi odpovědí u jednotlivých nemocnic není rozdíl) (Zvárová, 2001).



Z důvodu zachování anonymity nejsou v práci uvedeny konkrétní výsledky jednotlivých nemocnic. Nemocnice jsou pojmenovány A, B, C, D, E.

**Tabulka 1 Počet ambulantně ošetřených pacientů a počet dotazníků**

<b>R. 2013</b>	<b>počet ambulantně ošetřených pacientů ve sběrném období 02/13 a 03/13</b>	<b>počet dotazníků ve sběrném období 02/13 a 03/13</b>	<b>%</b>
<b>Nemocnice A</b>	20 421	968	4,74
<b>Nemocnice B</b>	14 991	485	3,24
<b>Nemocnice C</b>	68 776	107	0,16
<b>Nemocnice D</b>	20 280	58	0,29
<b>Nemocnice E</b>	7409	33	0,45
<b>celkem</b>	131 877	1651	1,25

## 5.2. Analýza dat

### OTÁZKA č. 1

Ve které ambulanci jste byl(a) ošetřen(a)?

**Tabulka 2** Tabulka četností jednotlivých odpovědí

ambulance	A	B	C	D	E	celkem
Ortopedická ambulance	1	29	7	0	0	37
Hematologická ambulance	59	53	2	9	0	123
Chirurgická ambulance	43	101	5	7	3	159
Traumatologická ambulance	28	8	1	0	0	37
Dětská ambulance	58	1	2	0	1	62
Interní ambulance	67	18	1	2	4	92
Neurologická ambulance	29	6	3	0	0	38
Kožní a venerologická amb.	0	51	4	0	0	55
Kardiologická ambulance	5	1	3	2	21	32
Gastroenterologická ambulance	21	95	3	6	1	126
Diabetologická ambulance	9	17	0	1	0	27
Plicní ambulance	0	0	2	3	1	6
Dětská příjmová ambulance	2	0	0	0	1	3
Gynekologická ambulance	261	27	3	5	1	297
Ambulance infekčního oddělení	0	0	1	0	0	1
Oční ambulance	0	15	2	0	0	17
Urologická ambulance	39	1	10	1	0	51
ORL ambulance	60	0	4	4	0	68
Rehabilitace	95	2	17	18	0	132
Psychiatrická ambulance	0	0	16	0	0	16
Úrazová ambulance	0	0	1	0	0	1
Ambulance bolesti	18	0	2	0	0	20
Geriatrická ambulance	4	1	4	0	0	9
Stomatologická ambulance	17	0	2	0	0	19
Příjmová a úraz.amb. chirurgie	2	0	1	0	0	3
Ambulance dětské chirurgie	0	0	1	0	0	1
EEG ambulance	11	0	0	0	0	11
Endokrinologická ambulance	12	0	0	0	0	12
Nefrologická ambulance	17	0	2	0	0	19
Neurochirurgická ambulance	3	20	0	0	0	23
Cévní ambulance	28	10	0	0	0	38
EMG ambulance	53	0	2	0	0	55
Nutriční a dietol. ambulance	17	0	0	0	0	17
Poradna pro pacienty se stomií	7	0	0	0	0	7

Endoskopie	2	0	0	0	0	2
Centrum pracovního lékařství	0	0	6	0	0	6
Alergologie	0	29	0	0	0	29
celkem	968	485	107	58	33	1651

V tabulce č. 2 vidíme zastoupení jednotlivých ambulancí dle odbornosti. Dále je z tabulky patrné rozložení počtu dotazníků, které se sešly z jednotlivých nemocnic. Nemocnice A je ve výzkumu zastoupena 968 kusy. Nemocnice B 485 kusy, nemocnice C 107 kusy, nemocnice D 58 kusy a z nemocnice E je 33 kusů. Celkem bylo do výzkumu zařazeno 1651 dotazníků. Tabulka č. 1 znázorňuje celkové počty ošetřených pacientů v ambulancích sledovaných nemocnic během února a března 2013 a počet úplně vyplněných dotazníku z nemocnic ve stejném období.

## OTÁZKA č. 2

Byl(a) jste objednan(a) nebo jste přišla/přišel k ošetření bez objednání?

- a) Byl(a) jsem objednan(a)
- b) Nebyl(a) jsem objednan(a)

**Tabulka 3** Tabulka četností jednotlivých odpovědí

plánovanost návštěvy	A	B	C	D	E	celkem
Nebyl(a) jsem objednan(a)	131	128	31	14	11	315
	13,62 %	26,12 %	28,97 %	24,14 %	33,33 %	
Byl(a) jsem objednan(a)	831	362	76	44	22	1335
	86,38 %	73,88 %	71,03 %	75,86 %	66,67 %	
celkem	962	490	107	58	33	1650

V tabulce č. 3 vidíme, kolik pacientů bylo v jednotlivých nemocnicích ošetřeno bez předchozího objednání a kolik s objednáním.

### OTÁZKA č. 3

Byl(a) jste spokojen(a) s časem, který uběhl od Vašeho objednání do doby skutečného ošetření (s objednací dobou)?

Na tuto otázku odpovězte pouze tehdy, jsou-li splněny následující podmínky: Odpověď „Byla jsem objednán(a)“ k předchozí otázce.

- a) Ano, čas byl přiměřený
- b) Čas objednání byl příliš dlouhý, ale nevadí mi to
- c) Ne, čas byl zcela nepřiměřený a jsem nespokojen(a)

**Tabulka 4 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích**

čekací doba	A	B	C	D	E	celkem
Ano, čas byl přiměřený	890	428	71	41	23	1453
	95,80 %	93,04 %	79,78 %	93,18 %	85,19 %	
Ne, čas byl zcela nepřiměřený a jsem nespokojen(a)	5	6	11	1	3	26
	0,54 %	1,30 %	12,36 %	2,27 %	11,11 %	
Čas objednání byl příliš dlouhý, ale nevadí mi to	34	26	7	2	1	70
	3,66 %	5,65 %	7,87 %	4,55 %	3,70 %	
celkem	929	460	89	44	27	1549

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H<sub>0</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti  $\alpha = 0,05$  (5 %), testování hypotézy testem  $\chi^2$ , dosažené  $p < 0,001$  (viz příloha B), H<sub>0</sub> se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi ambulancemi z jednotlivých nemocnic a spokojeností klientů s časem, který uběhl od objednání až do doby skutečného ošetření, je statisticky významný vztah. V každé nemocnici je délka objednacích dob různá.

Z hodnocení spokojenosti klientů s objednací dobou vyšla nejlépe nemocnice A, kde 95,8 % dotázaných uvádí, že byli spokojeni s objednací dobou a čas byl přiměřený. Nejhůře dopadla nemocnice C. Celkem 12,36 % dotázaných zde uvedlo, že nejsou spokojeni s objednací dobou a čas byl nepřiměřený (viz Tabulka 4).

#### OTÁZKA č. 4

Jaká byla délka Vašeho čekání na vstup do ordinace v ambulanci?

- a) Do 15 minut
- b) Do 1 hodiny
- c) Do 2 hodin
- d) Déle

**Tabulka 5 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích**

čekací doba	A	B	C	D	E	celkem
Do 15 minut	776	312	52	37	25	1202
	81,26 %	64,46 %	49,52 %	63,79 %	75,76 %	
Do 1 hodiny	168	148	33	14	6	369
	17,59 %	30,58 %	31,43 %	24,14 %	18,18 %	
Déle	1	3	12	3	1	20
	0,10 %	0,62 %	11,43 %	5,17 %	3,03 %	
Do 2 hodin	10	21	8	4	1	44
	1,05 %	4,34 %	7,62 %	6,90 %	3,03 %	
celkem	955	484	105	58	33	1635

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H<sub>0</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti  $\alpha = 0,05$  (5 %), testování hypotézy testem  $\chi^2$ , dosažené  $p < 0,001$  (viz příloha B),  $H_0$  se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi ambulancemi jednotlivých nemocnic a čekací dobou uváděnou dotázanými klienty je statisticky významný vztah. Místo ošetření má tedy vliv na čekací dobu. Čekací doba je v ambulancích různých nemocnic různá.

Z hodnocení čekací doby vyšla nejlépe nemocnice A, kde 81,26 % dotázaných uvádí čekací dobu do 15 minut. Naopak nejhůře vyšla nemocnice C, kde čekací dobu do 15 minut uvedlo pouze 49,52 % dotázaných a 11,43 % dokonce uvedlo, že čekali déle než 2 hodiny. V ostatních nemocnicích uvádí čekací dobu kratší než 15 minut vždy více než 60 %

dotázaných, čekací dobu delší než 2 hodiny potom méně než 6% respondentů (viz Tabulka 5).

## OTÁZKA č. 5

Pokud jste čekal(a) déle než 1 hodinu, bylo Vám čekání zdůvodněno?

Na tuto otázku odpovězte pouze tehdy, jsou-li splněny následující podmínky: Odpověď „Do 2 hodin“ nebo „déle“ k předchozí otázce.

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nepamatuji se

**Tabulka 6 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích**

čekací doba	A	B	C	D	E	celkem
Ne	28	47	17	5	3	100
	14,14 %	26,55 %	41,46 %	71,43 %	33,33 %	
Nepamatuji se	27	39	4	2	1	73
	13,64 %	22,03 %	9,76 %	28,57 %	11,11 %	
Ano	143	91	20	0	5	259
	72,22 %	51,41 %	48,78 %	0,00 %	55,56 %	
Celkem	198	177	41	7	9	432

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H<sub>0</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti  $\alpha = 0,05$  (5 %), testování hypotézy testem  $\chi^2$ , dosažené  $p < 0,001$  (viz příloha B), H<sub>0</sub> se zamítá.

Testování potvrdilo, že mezi ambulancemi jednotlivých nemocnic a tím, zda personál odůvodní klientům dlouhé čekání, je statisticky významný vztah. Místo ošetření má tedy vliv na to, zda klientům personál zdůvodňuje dlouhé čekání.

Nejlépe z hodnocení vyšla nemocnice A, necelých 73 % dotázaných uvedlo, že jim bylo dlouhé čekání zdůvodněno. Naopak v nemocnici C necelých 42 % dotázaných uvedlo, že jim dlouhé čekání zdůvodněno nebylo (viz Tabulka 6).

## OTÁZKA č. 6

Jak na Vás působilo prostředí čekárny?

- a) Příjemné a čisté
- b) V čekárně bylo nedostatečné vybavení
- c) Nebylo tam čisto a vnímal(a) jsem nepříjemné prostředí

**Tabulka 7 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích**

prostředí čekárny	A	B	C	D	E	celkem
Příjemně a čisté	907	464	74	51	26	1522
	95,47 %	96,27 %	74,75 %	87,93 %	83,87 %	
Nebylo tam čisto a vnímal(a) jsem nepříjemné prostředí	6	2	6	0	2	16
	0,63 %	0,41 %	6,06 %	0,00 %	6,45 %	
V čekárně bylo nedostatečné vybavení	37	16	19	7	3	82
	3,89 %	3,32 %	19,19 %	12,07 %	9,68 %	
celkem	950	482	99	58	31	1620

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H<sub>0</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti  $\alpha = 0,05$  (5 %), testování hypotézy testem  $\chi^2$ , dosažené  $p < 0,001$  (viz příloha B), H<sub>0</sub> se zamítá.

Testování potvrdilo, že mezi ambulancemi jednotlivých nemocnic a vnímáním prostředí čekárny dotázanými klienty je statisticky významný vztah. Místo ošetření má tedy vliv na to, jak klienti hodnotí prostředí v čekárně.

Prostředí čekárny nejlépe hodnotí klienti z nemocnice A a nemocnice B, kde uvedlo více než 96% dotázaných, že vnímali prostředí jako příjemné a čisté. Odpověď, že v čekárně nebylo čisto a klient vnímal prostředí nepříjemně, uvedlo nejvíce klientů (6,06 %) v nemocnici C. Stejně tak tomu je i s odpovědí, že v čekárně bylo nedostatečné vybavení, což v nemocnici C uvedlo 19,19 % všech dotázaných (viz Tabulka 7).

Součástí této otázky byl ještě prostor pro klienta, aby uvedl komentář ke své volbě, případně své doporučení na vybavení čekárny. Nejčastější komentáře se týkaly chybějícího vybavení (časopisy, noviny, hudba, televize, nabídka automatů na nápoje, nedostatek míst k sezení, výzdoba, čerstvý vzduch, dětský koutek, věšáky, odhlučnění ordinace).



## OTÁZKA č. 7

Byl(a) jste lékařem dostatečně a srozumitelně poučen(a) o Vašem zdravotním stavu a seznámen(a) se způsobem léčby?

- a) Ano, informace byly zcela vyčerpávající
- b) Informacím jsem většinou rozuměl(a)
- c) Informacím jsem spíše rozuměl(a)
- d) Informacím jsem vůbec nerozuměla

**Tabulka 8 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích**

informace od lékaře	A	B	C	D	E	celkem
Ano, informace byly zcela vyčerpávající	817 85,19 %	342 70,08 %	71 67,62 %	40 68,97 %	26 81,25 %	1296
Informacím jsem většinou rozuměl(a)	141 14,70 %	140 28,69 %	30 28,57 %	17 29,31 %	5 15,63 %	333
Informacím jsem vůbec nerozuměl(a)	0 0,00 %	2 0,41 %	2 1,90 %	0 0,00 %	1 3,13 %	5
Informacím jsem spíše nerozuměl(a)	1 0,10 %	4 0,82 %	2 1,90 %	1 1,72 %	0 0,00 %	8
celkem	959	488	105	58	32	1642

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H<sub>0</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti  $\alpha = 0,05$  (5 %), testování hypotézy testem  $\chi^2$ , dosažené  $p < 0,001$  (viz příloha B), H<sub>0</sub> se zamítá.

Z testování vyplývá, že mezi ambulancemi z jednotlivých nemocnic a kvalitou informací poskytnutých lékařem je statisticky významný vztah. Kvalita poskytovaných informací je klienty různých nemocnic hodnocena různě.

Z kontingenčních tabulek je patrné, že nejvíce klientů hodnotí informace jako vyčerpávající v nemocnici A (85,19 %) a nemocnici E (81,25 %). Nejméně klientů, kteří uvedli, že informace byly vyčerpávající, bylo v nemocnici C (67,62 %) (viz Tabulka 8).

## OTÁZKA č. 8

Měl(a) jste možnost klást lékaři doplňující otázky?

- a) Ano, mohl(a) jsem se ptát
- b) Ne, lékař neměl čas
- c) Nepotřeboval(a) jsem klást další otázky

**Tabulka 9 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích**

možnost klást otázky	A	B	C	D	E	celkem
Ano, mohl(a) jsem se ptát	916	453	89	56	30	1544
	95,32 %	92,45 %	84,76 %	96,55 %	93,75 %	
Ne, lékař neměl čas	6	8	8	1	1	24
	0,62 %	1,63 %	7,62 %	1,72 %	3,13 %	
Nepotřeboval(a) jsem klást další otázky	39	29	8	1	1	78
	4,06 %	5,92 %	7,62 %	1,72 %	3,13 %	
celkem	961	490	105	58	32	1646

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H<sub>0</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H<sub>a</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti  $\alpha = 0,05$  (5 %), testování hypotézy testem  $\chi^2$ , dosažené  $p < 0,001$  (viz příloha B),  $H_0$  se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi ambulancemi z jednotlivých nemocnic a možností klást lékaři doplňující otázky je statisticky významný vztah. Klienti hodnotí možnost klást doplňující otázky lékaři v různých nemocnicích různě.

Ve všech nemocnicích kromě nemocnice C, uvedli pacienti vždy ve více než 90 %, že měli možnost klást lékaři otázky. V nemocnici C tuto možnost uvedlo pouze 84,76 % všech dotázaných (viz Tabulka 9).

## OTÁZKA č. 9

Znáte jméno lékaře, který Vás vyšetřoval/ošetřoval?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nepamatuji se

**Tabulka 10 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích**

znáte jméno lékaře	A	B	C	D	E	celkem
Ano	888	407	89	53	28	1465
	93,67 %	83,06 %	85,58 %	91,38 %	84,85 %	
Nepamatuji se	22	41	7	3	4	77
	2,32 %	8,37 %	6,73 %	5,17 %	12,12 %	
Ne	38	42	8	2	1	91
	4,01 %	8,57 %	7,69 %	3,45 %	3,03 %	
celkem	948	490	104	58	33	1633

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H<sub>0</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti  $\alpha = 0,05$  (5 %), testování hypotézy testem  $\chi^2$ , dosažené  $p < 0,001$  (viz příloha B), H<sub>0</sub> se zamítá.

Testování ukázalo, že v ambulancích různých nemocnic se lékaři nepředstavují stejně. Zda pacient zná nebo nezná jméno lékaře, který ho ošetřoval, závisí na místě ošetření. V nemocnici A uvádí 93,67 % dotázaných, že znali jméno lékaře. Nejméně klientů, kteří uvedli, že znali jméno ošetřujícího lékaře, bylo v nemocnici B s 83,06 %. Určité procento dotázaných uvedlo, že si jméno lékaře nepamatuji. Odpověď, že klient neznal jméno lékaře, se nevyskytla v žádné z nemocnic u více než 8% všech dotázaných (viz Tabulka 10).

## OTÁZKA č. 10

Důvěřujete zdravotnickému personálu navštívené ambulance?

- a) Ano, zcela
- b) Částečně
- c) Ne, vůbec

**Tabulka 11 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích**

prostředí čekárny	A	B	C	D	E	celkem
Ano, zcela	942	446	84	51	29	1552
	97,41 %	91,02 %	79,25 %	87,93 %	90,63 %	
Ne, vůbec	1	2	7	0	1	11
	0,10 %	0,41 %	6,60 %	0,00 %	3,13 %	
Částečně	24	42	15	7	2	90
	2,48 %	8,57 %	14,15 %	12,07 %	6,25 %	
celkem	967	490	106	58	32	1653

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H<sub>0</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti  $\alpha = 0,05$  (5 %), testování hypotézy testem  $\chi^2$ , dosažené  $p < 0,001$  (viz příloha B),  $H_0$  se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi ambulancemi z jednotlivých nemocnic a tím, zda klienti cítí důvěru ke zdravotnickému personálu navštívené ambulance je statisticky významný vztah. Místo ošetření má tedy vliv na vnímání důvěry ke zdravotnickému personálu. Z hodnocení důvěryhodnosti zdravotnického personálu vyšla nejlépe nemocnice A, kde 97,41 % dotázaných uvádí naprostou důvěru zdravotnickému personálu. Naopak nejhůře z výzkumu vyšla nemocnice C, kde úplnou důvěru uvedli klienti pouze v 79,25 % a necelých 7 % dokonce uvedlo, že personálu nedůvěřují vůbec (viz Tabulka 11).

## OTÁZKA č. 11

Vnímáte, že s Vámi bylo zacházeno s úctou a respektem?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

**Tabulka 12 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích**

úcta a důvěra	A	B	C	D	E	celkem
Určitě ano	889	424	75	50	26	1464
	91,93 %	86,00 %	70,09 %	86,21 %	78,79 %	
Spíše ano	76	65	19	8	4	172
	7,86 %	13,18 %	17,76 %	13,79 %	12,12 %	
Určitě ne	1	0	7	0	1	9
	0,10 %	0,00 %	6,54 %	0,00 %	3,03 %	
Spíše ne	1	4	6	0	2	13
	0,10 %	0,81 %	5,61 %	0,00 %	6,06 %	
celkem	967	493	107	58	33	1658

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H<sub>0</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti  $\alpha = 0,05$  (5 %), testování hypotézy testem  $\chi^2$ , dosažené  $p < 0,001$  (viz příloha B),  $H_0$  se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi ambulancemi z jednotlivých nemocnic a tím jak dotázaní klienti vnímali zacházení s nimi, je statisticky významný vztah. Místo ošetření má tedy vliv na vnímání zacházení s pacientem.

Z hodnocení čekací doby vyšla opět nejlépe nemocnice A, kde 91,93 % dotázaných uvádí, že s nimi bylo zacházeno s úctou a respektem. Naopak nejhůře z výzkumu vyšla nemocnice C, kde zacházení s úctou a respektem uvedlo pouze 70,09 % dotázaných, 5,61 % že s nimi spíše nebylo zacházeno s úctou a respektem a dokonce 6,54 % uvedlo, že s nimi vůbec takto zacházeno nebylo (viz Tabulka 12).

## OTÁZKA č. 12

Byl(a) jste spokojen(a) s přístupem lékaře, který Vás ošetřoval v ambulanci?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

**Tabulka 13 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích**

spokojenost s lékařem	A	B	C	D	E	celkem
Určitě ano	892	426	80	48	28	1474
	93,31 %	86,41 %	75,47 %	82,76 %	84,85 %	
Spíše ano	59	62	16	9	4	150
	6,17 %	12,58 %	15,09 %	15,52 %	12,12 %	
Určitě ne	2	1	8	0	0	11
	0,21 %	0,20 %	7,55 %	0,00 %	0,00 %	
Spíše ne	3	4	2	1	1	11
	0,31 %	0,81 %	1,89 %	1,72 %	3,03 %	
celkem	956	493	106	58	33	1646

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H<sub>0</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti  $\alpha = 0,05$  (5 %), testování hypotézy testem  $\chi^2$ , dosažené  $p < 0,001$  (viz příloha B),  $H_0$  se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi ambulancemi z jednotlivých nemocnic a přístupem ošetřujícího lékaře je statisticky významný vztah. Místo ošetření má tedy vliv na přístup lékaře.

Nejvyšší spokojenost klientů s přístupem ošetřujícího lékaře je patrna u klientů nemocnice A, kteří v 93,31 % uvádějí úplnou spokojenost. Nejméně jsou klienti spokojeni s přístupem lékařů v nemocnici C (viz Tabulka 13).

Součástí této otázky byl ještě prostor pro klienta, aby uvedl komentář ke své volbě. Zde jsou nejčastější komentáře:

±

milý, ochotný, důvěryhodný, příjemný, zúčastněný, chytrý, lidský přístup, pochopení, profesionalita, pečlivost, starostlivost, vstřícnost

=

povýšenost, arogance, žádné informace, necitlivost, nedostatečné vyšetření, spěch, tykání, bezohlednost, neochota, nezájem

### OTÁZKA č. 13

Byl(a) jste spokojen(a) s přístupem sestry, která Vás ošetřovala v ambulanci?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

**Tabulka 14 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích**

spokojenost se sestrou	A	B	C	D	E	celkem
Určitě ano	922	461	84	54	29	1550
	95,74 %	92,94 %	78,50 %	94,74 %	87,88 %	
Spíše ano	37	32	12	3	1	85
	3,84 %	6,45 %	11,21 %	5,26 %	3,03 %	
Určitě ne	2	0	10	0	1	13
	0,21 %	0,00 %	9,35 %	0,00 %	3,03 %	
Spíše ne	2	3	1	0	2	8
	0,21 %	0,60 %	0,93 %	0,00 %	6,06 %	
Celkem	963	496	107	57	33	1656

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H<sub>0</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti  $\alpha = 0,05$  (5 %), testování hypotézy testem  $\chi^2$ , dosažené  $p < 0,001$  (viz příloha B), H<sub>0</sub> se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi ambulancemi z jednotlivých nemocnic a přístupem zdravotních sester je statisticky významný vztah. Místo ošetření má tedy vliv na přístup sester.

Nejvyšší spokojenost klientů s přístupem zdravotní sestry v ambulanci je patrna u klientů nemocnice A, kteří v 95,74 % uvádějí úplnou spokojenost. Nejméně jsou klienti spokojeni s přístupem sester v nemocnici C (viz Tabulka 14).

Součástí této otázky byl ještě prostor pro klienta, aby uvedl komentář ke své volbě. Zde jsou nejčastější komentáře:



±

hodná, příjemná, povzbuzující, perfektní, vstřícnost, chápavost, profesionalita, komunikativní, lidský přístup, milá, hezká, ochotná, empatická, usměvavá, vlídná, šikovná

=

arogance, nepříjemná, opovržlivá

## OTÁZKA č. 14

Jakou celkovou známkou byste ohodnotil(a) péči, která Vám byla v ambulanci poskytnuta?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

1=nejlepší...5=nejhorší, jako ve škole

**Tabulka 15** Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

celková známka	A	B	C	D	E	celkem
1	861	404	69	45	23	1402
	88,85 %	81,12 %	64,49 %	77,59 %	69,70 %	
2	100	78	18	12	6	214
	10,32 %	15,66 %	16,82 %	20,69 %	18,18 %	
3	4	14	11	1	1	31
	0,41 %	2,81 %	10,28 %	1,72 %	3,03 %	
4	1	1	5	0	3	10
	0,10 %	0,20 %	4,67 %	0,00 %	9,09 %	
5	3	1	4	0	0	8
	0,31 %	0,20 %	3,74 %	0,00 %	0,00 %	
celkem	969	498	107	58	33	1665

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H<sub>0</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti  $\alpha = 0,05$  (5 %), testování hypotézy testem  $\chi^2$ , dosažené  $p < 0,001$  (viz příloha B), H<sub>0</sub> se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi ambulancemi z jednotlivých nemocnic a celkovou známkou udělenou klientem je statisticky významný vztah. Místo ošetření má tedy vliv na celkovou známku. Nejvíce nejlepších známek (1) získala nemocnice A. Nejvíce nejhorších známek (5) získala nemocnice C (viz Tabulka 15).

## 6. DISKUZE

Práce je zaměřena na hodnocení kvality poskytované péče. Konkrétně jde o hodnocení kvality péče očima ambulantních pacientů. Diplomová práce je součástí společného projektu pěti nemocnic v Pardubickém kraji a Studentské grantové soutěže vyhlášené Univerzitou Pardubice pro akademický rok 2013/14.

Téma měření a hodnocení kvality poskytované péče je v dnešní době velmi aktuální. Moderní společnost si žádá kvalitní péči a služby. Ve zdravotnictví stále stoupá konkurence a mělo by být v zájmu zdravotnických zařízení dělat maximum pro to, aby bylo jejich zařízení hodnoceno kladně. Management kvality se v nemocnicích opírá o různá kritéria a měření kvality, jako jsou monitorovací indikátory nežádoucích událostí, vnitřní a vnější audity apod. Hodnocení očima pacientů patří k významné metodě měření kvality péče, která v kombinaci s ostatními přináší nemocnicím synergické efekty v podobě kontinuálního zvyšování kvality. Pokud se bude nemocnice snažit vycházet výtkám pacientů vstříc a bude se snažit uzpůsobovat prostředí k jejich spokojenosti, může získat u veřejnosti dobrý kredit.

Subjektivní názory pacientů jsou pro zdravotnické zařízení přínosné, neboť názory pacientů a jejich připomínky mohou být pro management inspirující. Dále je spokojenost pacientů ukazatelem kvality poskytované péče, mající velkou vypovídající hodnotu. Pacient je náročný zejména v oblastech, které dokáže sám posoudit. Výzkum byl rozdělen do třech základních hodnocených oblastí: služby ambulance, přístup personálu, lékařská a ošetrovatelská péče, ke kterým se pacienti, kteří se do výzkumu zapojili, vyjádřili.

V rámci výzkumné části práce bylo provedeno hodnocení spokojenosti pacientů v jednotlivých nemocnicích, které se do projektu zapojily, a všechna zařízení byla také vzájemně porovnána pomocí kontingenčních tabulek. Touto metodou byly získány cenné informace o tom, jak si vedou zařízení v porovnání s jinými. Této metodě se říká benchmarking. Využití benchmarkingu pro inspiraci a hledání nejlepších příkladů z praxe je základem dobrého fungování jakéhokoli zařízení, zdravotnická zařízení nevyjímaje (Plevová, 2012).

V diskuzi jsou shrnuty výsledky, které byly získány zpracováním dat z dotazníkového šetření.

## **Cíl č. 1: Zhodnotit úroveň kvality poskytované péče pěti nemocnic akutní péče Pardubického kraje očima ambulantních pacientů.**

### **NEMOCNICE A**

Nemocnice A dosáhla ve výzkumu vůbec nejlepších výsledků. V tomto průzkumu zvítězila. Ve všech sledovaných oblastech dosáhla vynikajících výsledků. Z výzkumu vyplývá, že spokojenost pacientů v této nemocnici je uspokojující a nejvyšší v kraji. Celková průměrná známka, kterou v našem průzkumu nemocnice od pacientů získala, je 1,13 (viz Tabulka 16), což je suverénně nejlepší výsledek.

Nemocnice získala v letech 2010, 2011 a 2012 ocenění Nejlepší nemocnice v kraji společnosti HealthCare Institute. Náš výzkum potvrdil, že toto ocenění bylo na místě.

### **NEMOCNICE B**

Nemocnice B si ve výzkumu také nevedla špatně. Jediná oblast, ve které si nemocnice nevedla zrovna nejlépe, byl přístup personálu. Konkrétně zde šlo o představování personálu. Otázka č. 9 zkoumala, zda klienti znali jméno lékaře, který je ošetřoval/vyšetřoval. V nemocnici B uvedlo pouze 83,06 % dotázaných, že jméno lékaře znali, což bylo nejméně ze všech zkoumaných nemocnic. Celkem 8,57 % dotázaných respondentů dokonce uvedlo, že jméno lékaře neznali. To bylo zase nejvíce ze všech zkoumaných. Celkovou známku z výzkumu si nemocnice odnáší 1,23 (viz Tabulka 16).

### **NEMOCNICE C**

Nemocnice C nevyšla z hodnocení příliš dobře. Rezervy má tato nemocnice ve všech zkoumaných oblastech. Pacienti zde uváděli velmi často (v 11,43 %) čekací dobu delší než 2 hodiny. Dále zde bylo často uváděno, že personál nezdůvodnil pacientovi jeho dlouhé čekání. Prostředí čekárny hodnotili pacienti v nemocnici C jako nedostatečně vybavené v 19,19 % případů a v 6,06 % uvedli, že v čekárně nebylo čisto a vnímali tak prostředí jako nepříjemné. Z tabulky č. 8 je patrné, že ani poučení pacienta o zdravotním stavu a způsobu léčby nebylo vnímáno nejlépe. Zvýšení důvěry pacienta ke zdravotnickému personálu, zacházení s klientem s úctou a respektem, přístup lékaře i sestry, jsou oblasti, ve kterých by se měla

nemocnice zlepšit. Průměrnou známkou udělovanou pacienty nemocnici C je známka 1,66 (viz Tabulka 16). Nemocnice by měla na zvýšení patientské spokojenosti do budoucna zapracovat všemi možnými způsoby.

### **NEMOCNICE D**

Co se týče nemocnice D, nebyly během výzkumu shledány ve sledovaných oblastech větší nedostatky, ale ani větší úspěchy. Hodnocení pacientů bylo celkem uspokojivé. Jediné, co je na místě nemocnici D vytknout, je, že pokud pacienti čekali déle než 1 hodinu, nebylo jim čekání nikdy zdůvodněno. Celkem 71,43 % pacientů uvádí, že jim čekání nebylo zdůvodněno a 28,57 % uvedlo, že si nepamatují, zda jim někdo čekání zdůvodnil nebo ne. Dále navrhuji nemocnici, aby zhodnotila, co může zlepšit ve výbavě čekáren. Respondenti zde v 12,07 % případů uvedli, že v čekárně bylo nedostatečné vybavení. Abychom nezmiňovali jen slabé stránky nemocnice, pochvala je na místě v otázce možnosti kladení otázek. V této otázce 96,55 % respondentů uvádí, že měli možnost klást lékaři doplňující otázky. Znalost jména lékaře uvedlo 91,38 % dotázaných. Spokojeno s přístupem sestry bylo 94,74 % respondentů. Průměrná známka pro nemocnici D činí 1,24 (viz Tabulka 16).

### **NEMOCNICE E**

Nemocnice E měla ve výzkumu ve všech zkoumaných oblastech zcela průměrné výsledky. Pacienti jsou v této nemocnici spokojeni s podáváním informací lékařem. Celkem 81,25 % respondentů uvedlo, že informace byly zcela vyčerpávající, 15,63 % dotázaných uvedlo, že informacím většinou rozuměli. Jako uspokojující shledávám i fakt, že 93,75 % dotázaných uvedlo, že měli možnost klást lékaři doplňující otázky a 90,63 % uvedlo, že důvěřují personálu ambulance. V ostatních oblastech bylo hodnocení spíše průměrné. Průměrná známka, kterou nemocnice obdržela je 1,51 (viz Tabulka 16).

**Cíl č. 2: Zjistit, zda jsou rozdíly v kvalitě poskytované péče mezi jednotlivými nemocnicemi v Pardubickém kraji, případně v jakých oblastech a navrhnout jejich zlepšení.**

K zjištění, zda jsou mezi jednotlivými nemocnicemi, které se zapojily do výzkumu, rozdíly v kvalitě poskytované péče, byly určeny hypotézy. Ty byly testovány Pearsonovým  $\chi^2$  na hladině významnosti  $\alpha$  jak je podrobněji popsáno v metodice výzkumu.

Základní pracovní hypotéza byla pro všechny otázky totožná a zněla: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření. Tedy, že v každé nemocnici jsou služby poskytovány v jiné kvalitě. Pro statistické testování byla zvolena nulová hypotéza  $H_0$ , která udává, že mezi nemocnicí a odpovědí pacienta není statisticky významný vztah, na rozdíl od alternativní hypotézy  $H_A$ , kde jsme stanovili, že mezi nemocnicí a odpovědí pacienta je statisticky významný vztah. O přijetí či nepřijetí nulové hypotézy bylo rozhodnuto na základě jejího testování (Chrátka, 2007).

Hypotézy byly testovány Pearsonovým  $\chi^2$  na hladině významnosti  $\alpha$  5%. Hladina významnosti udává pravděpodobnost, že nesprávně zamítneme nulovou hypotézu. Pomocí Pearsonova  $\chi^2$  byla v programu STATISTICA© vypočítána hodnota  $p$ . Tato hodnota byla následně porovnána s hodnotou  $\alpha$ . Dosažené  $p$  bylo u všech otázek menší než 0,001, čili menší než  $\alpha$ . Z tohoto důvodu byla nulová hypotéza vždy zamítnuta (Chrátka, 2007).

Ve všech zkoumaných oblastech bylo zjištěno, že nemocnice, ve které byl pacient ošetřen, má vliv na jeho odpověď. To v praxi znamená, že v každé z nemocnic jsou služby v ambulancích vnímány pacienty různě. Pacienti nejsou všude stejně spokojeni. Lze předpokládat, že služby jsou v každé nemocnici poskytovány v jiné kvalitě.

Jelikož mají vybrané nemocnice v Pardubickém kraji stejného zřizovatele, mohli bychom s jistou dávkou optimismu očekávat souhrnně obdobné výsledky v hodnocení kvality péče, ovšem není tomu tak. Výzkum vypovídá opačně. Dá se tedy vytušit, že v kladně hodnocených nemocnicích jsou lépe nastavená pravidla pro zajištění kvality péče. Lze se také domnívat, že lépe hodnocená péče souvisí s lepším managementem kvality i managementem obecně. Významný může být také zájem vedoucích pracovníků o kvalitu péče, který podporuje akreditaci celé nemocnice, i management kvality nastavený na jednotlivých odděleních.

Na základě hodnocení lze v jednotlivých nemocnicích přijmout opatření pro zkvalitnění péče a v časových řadách pak sledovat jejich účinnost. Výzkum je tedy třeba provádět periodicky.

Nemocnice by měly využívat poznatků „nejlepších příkladů z praxe“, učit se od sebe navzájem a inspirovat se. Benchmarking může pomoci hůře hodnoceným nemocnicím dostat se na úroveň lépe hodnocených (Škrála, Škrlová, 2003). To by vedlo k efektivnímu zvyšování kvality péče a do budoucna by to v kraji významně ovlivnilo úroveň péče, což by mělo pozitivní vliv na zdraví obyvatelstva (Gladkij, 2003).

Tento výzkum provádí benchmarking nemocnic akutní péče v Pardubickém kraji. Na základě zjištěných poznatků se mohou zařízení v rámci další spolupráce inspirovat, učit se od sebe a sdílet zkušenosti.

Interpretace výsledků jsou předloženy prostřednictvím hodnocení jednotlivých oblastí a průměrných známek, které nemocnice obdržely.

### **PRŮMĚRNÉ ZNÁMKY**

Na základě otázky č. 14 z dotazníku, kde pacienti, kteří se zúčastnili výzkumu, známkovali péči, která jim byla poskytnuta, bylo vytvořeno pořadí nemocnic. Pacienti známkovali známkami od 1 do 5 jako ve škole. Na základě toho byl vytvořen přehled průměrných známek jednotlivých nemocnic (viz Tabulka 16) a sestrojen žebříček od nejlepšího hodnocení po nejhorší:

- 1. místo      nemocnice A
- 2. místo      nemocnice B
- 3. místo      nemocnice D
- 4. místo      nemocnice E
- 5. místo      nemocnice C

**Tabulka 16 Průměrné známky dosažené ve výzkumu**

nemocnice	A	B	C	D	E
průměrná známka	1,13	1,23	1,66	1,24	1,51

Absolutně nejlepší nemocnicí v hodnocení je nemocnice A s průměrnou známkou 1,13. Nejhůře dopadla nemocnice C, která dostala průměrnou známku 1,66. Nutno podotknout, že rozdíl ve známkách mezi nejlepším a nejhorším není velký (ani ne jeden celý stupeň).

## ZKOUMANÁ OBLAST: SLUŽBY AMBULANCE

Na spokojenost pacientů v oblasti „Služby ambulance“ byly zaměřeny otázky č. 3 – 6. Do služeb ambulance bylo zahrnuto několik dimenzí. Pacienti se mohli vyjádřit k možnosti objednání, čekací době, ale i k prostředí čekárny/ambulance. Z tabulky 4 je patrné, že nejvíce spokojených pacientů s čekací dobou je v nemocnici A, nejméně v nemocnici C. V nemocnici C také nejvíce pacientů uvádí, že jim nepřiměřený čas čekání vadí. V tabulce 5 můžeme vidět obdobné výsledky. Zatímco nemocnice A vykazuje velké množství čekacích dob do 15 minut a minimální déle jak 2 hodiny, nemocnice C má výsledky zcela opačné. Tabulka 7 pojednávající o tom, jak na dotázané působilo prostředí čekárny, ukazuje opět největší spokojenost klientů v nemocnici A, nejmenší v nemocnici C.

### *Čekací doba*

Do čekací doby můžeme zahrnout jak objednávací dobu, kterou je myšlen čas, který pacient musí čekat od objednání do doby, kdy je skutečně ošetřen, tak i délku čekání na vstup do ordinace.

Je otázka, do jaké míry lze vůbec tuto oblast ovlivnit. Je pravda, že lepší organizace práce a plánování může čekací dobu zkrátit, ovšem prostředí nemocnice je nevypočitatelné. Čekací dobu zde ovlivňuje řada různých faktorů jako je třeba kapacita zařízení, počet a náročnost urgentních případů, technický stav přístrojů apod. Velkou roli v objednávací době hrají také úhradové mechanismy pojišťoven. Věřím, že všechna zařízení dělají maximum pro to, aby vyšla pacientům vstříc, někdy to však úplně nejde. V potaz by měla být brána i vytíženost jednotlivých zařízení. Nemocnice C například ošetřila za sběrné období (2/2013 a 3/2013) v ambulancích celkem 68 776 pacientů a nemocnice E za stejnou dobu jen 7 409 pacientů (viz Tabulka 1). Kapacita zařízení, počty lékařů a nelékařského personálu je tomuto jistě přizpůsobena, ale některé nemocnice, jak je patrné, musí zvládnout několikanásobně větší počet pacientů než jiné. Je tudíž otázkou, zda se vůbec dá v této oblasti zařízení srovnávat.

Ve všech nemocnicích shledávám jako nedostatek, že personál nezdůvodňuje pacientům čekání na vyšetření/ošetření. Bylo by vhodné, aby v této oblasti podniklo vedení kroky k nápravě.

V rámci zvyšování kvality péče by mohly nemocnice umístit na svůj web informace o průměrných čekacích dobách na některá neakutní ošetření/vyšetření. Tím by si pacienti dopředu udělali obrázek o objednávacích dobách a předem by s tímto počítali.



### *Prostředí čekárny*

Čekárna je pro pacienty důležité místo, neboť je to pro pacienta místo prvního kontaktu s ambulancí (nemocnicí). To, jak toto místo na pacienta působí, ovlivňuje jeho psychické rozpoložení. Častokrát pacient tráví v čekárně velké množství času. Čeká zde na ošetření nebo i na vyslovení diagnózy.

Nepříjemné pocity, které může samotná návštěva zdravotnického zařízení vyvolat, stupňuje výše zmíněné dlouhé čekání, ale také nepříjemné prostředí čekárny. Čekárna by měla splňovat alespoň základní požadavky, jako je to, že by mělo jít o světlý prostor s příjemnou teplotou a čerstvým vzduchem. Vnímání pacienta pozitivně ovlivňuje i přítomnost dostatku pohodlných míst k sezení, konferenčního stolku a věšáků (Kyasová, 2003).

Vhodným doplněním prostoru čekárny by mohly být například květiny nebo různé obrázky. Myslím si, že není nikterak ekonomicky náročné zaměřit se na výzdobu prostorů. V řadě čekáren se setkáváme pouze s plakáty se zdravotnickou tematikou, které na pacienta nemusí působit vždy příjemně. Pokud by nemocnice oslovily například mateřské a základní školy, jistě by mohly mít obrázků s jinou než zdravotnickou tematikou velké množství.

S květinami se nesetkáváme v prostorách čekáren našich nemocnic téměř vůbec také z hygienických důvodů, ovšem i umělá květina změní sterilní prostředí nevyzdobené čekárny k nepoznání. O něco finančně náročnější řešení zlepšení prostředí čekárny je vymalování stěn barvami. Proč se ovšem nezamyslet nad tím, o kolik by byla dražší například meruňková barva než bílá, až budeme příště malovat? Další věc, která nic nestojí, je například nevtíravá hudba z radia. Televize v čekárně nebo noviny a časopisy k dispozici změní pacientovo vnímání prostředí k nepoznání.

Myslím si, že otázka prostředí čekárny je oblast, ve které se dá hodně změnit i bez velkého úsilí a nákladů. Stačí jen zapojit kreativního ducha. Navrhuji, aby management nemocnic bral v potaz důležitost prostředí čekáren a motivoval střední management k zamyšlení se, co by pro zlepšení situace mohl udělat.

### **ZKOUMANÁ OBLAST: PŘÍSTUP PERSONÁLU**

Otázky č. 7 až 11 byly v dotazníku zaměřené na přístup personálu k pacientovi. Pacienti hodnotili, zda byli dostatečně a srozumitelně poučeni o zdravotním stavu a seznámeni se

způsobem léčby. Dále měli prostor vyjádřit se k tomu, zda měli možnost klást doplňující otázky, zda znali jméno lékaře, zda důvěřovali zdravotnickému personálu a zda s nimi bylo zacházeno s úctou a respektem. V této oblasti byly mezi nemocnicemi také velké rozdíly. Obecně zde také platí, že nemocnice A vykazuje nejlepší výsledky na rozdíl od nemocnice C, která ve všech otázkách za nemocnicí A pokulhává. Podrobnější informace viz Tabulka 8, 9, 10, 11 a 12.

Nemocniční prostředí, nemoc, úraz, čekání na diagnózu, výkon, to jsou všechno emočně náročné chvíle v životě každého člověka. Většina lidí, kteří projdou nemocničním prostředím, čelí velkému náporu na psychiku. Nezbytné je brát toto v úvahu a přistupovat k pacientům co nejcitlivěji. Pro nás zdravotníky je nemocniční prostředí denním chlebem, místem, kam se pravidelně vracíme, a proto někdy zapomínáme na to, proč jsou tady ti, kteří za námi přišli – pacienti. Zapomínáme na to, že mají strach z toho, co je čeká, že je něco bolí, že jsou mnohdy nešťastní. Empatické chování je základem naší profese a je žádoucí, abychom ke každému pacientovi přistupovali citlivě tak, jak bychom chtěli, aby někdo jiný zacházel ve složité životní situaci s námi. Je žádoucí přistupovat k pacientům tak, abychom jim co nejvíce zpříjemnili návštěvu nemocnice, abychom je nevystavovali nepříjemným situacím a abychom si získali jejich důvěru.

V oblasti přístupu k pacientům hrají bezpochyby svou roli i osobnostní rysy jednotlivých zdravotníků. Ne každý člověk má přirozeně vyvinutý smysl pro komunikaci, trpělivost, pozitivní přístup atp., to vše se dá však natrénovat například absolvováním kurzů. Slušné chování však patří k elementárním požadavkům na zdravotnického pracovníka.

Ruku v ruce s přístupem personálu k pacientům jde i hrozba syndromu vyhoření. Vedení nemocnice by nemělo zapomínat na jeho prevenci a pořádat různé aktivity pro zaměstnance, aby tomuto nebezpečnému fenoménu nepodlehli.

Jako reakci na situaci ve vnímání přístupu zdravotníků pacienty jsem si dovolila vytvořit návrh materiálu (viz příloha C), jenž vtípnou formou připomíná základní věci, kterými personál a ambulance udělají na klienta lepší dojem. Tento materiál by mohl být distribuován ve formě nástěnného obrazu do denních místností personálu nebo jako leták, který by mohl obdržet každý zaměstnanec nemocnice jako inspiraci pro zlepšení přístupu. Jsme tu právě kvůli pacientům a za předpokladu, že učiníme někoho spokojenějším, budeme zákonitě v práci spokojenější i my sami.

## **ZKOUMANÁ OBLAST: HODNOCENÍ LÉKAŘSKÉ A OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Poslední zkoumanou oblastí, na kterou se zaměřila otázka 12 a 13 v dotazníku, bylo hodnocení lékařské a ošetrovatelské péče. Pacienti zde hodnotili lékaře i sestry. Měli také prostor ke slovnímu komentáři. Objevovaly se zde kladné komentáře, které byly velmi potěšující, ty negativní však byly místy až znepokojivé. Obecně si ale nemocnice v této oblasti nevedly špatně. Většinou pacienti uváděli, že byli spokojeni. Pouze v nemocnici C uvedlo 7,55 % dotázaných, že určitě nebyli spokojeni s lékařem a 9,35 % se sestrou.

Tato zkoumaná oblast dle mého názoru úzce souvisí s předchozí zkoumanou oblastí „přístup personálu“ a platí zde stejná pravidla a doporučení.

### **Cíl č. 3: Posoudit, zda zvolená metodika výzkumu je vhodná pro monitoring kvality péče v nemocnicích akutní péče Pardubického kraje i do budoucnosti.**

Domnívám se, že uvedený výzkum má své limity. Jsou to limity plynoucí zejména z validity zpracovávaných dat, neboť personál mohl s dotazníky teoreticky manipulovat. Mohl negativní výsledky záměrně zamlčovat nebo mohl dávat dotazníky vyplnit pouze těm pacientům, u nichž se předpokládalo spíše kladné hodnocení, zatímco „problémovým“ pacientům dotazníky nebyly distribuovány. Zajdeme-li do samého extrému, mohli lékaři a další pracovníci ambulancí ze strachu z negativního hodnocení pacienty některé dotazníky vyplňovat sami a používat v nich jen samé superlativy.

V budoucích zkoumáních je třeba se nad tímto faktorem zamyslet. Do budoucna by se pochybnosti o správnosti dat daly zmenšit tím, že by ambulance obcházeli například studenti Univerzity Pardubice nebo jiné objektivní osoby, které by neměly vlastní zájmy spojené s daným zdravotnickým zařízením. Studenti by nabízeli dotazníky všem lidem bez rozdílu a přímo by zadávali vyplněné dotazníky do systému za pomoci například tabletů nebo notebooků. Důležité by bylo tyto osoby dostatečně proškolit.

Lépe proškolit by měly v metodice výzkumu hlavní sestry i své zaměstnance, a to zejména o distribuci a vybírání dotazníků. Některé nemocnice totiž prostřednictvím svých zaměstnanců nechaly pacienty vyplnit zastaralý typ dotazníku. Tím jsme přišli o několik desítek dat, které musely být vyřazeny.

Jako další limitující fakt vidím to, že ne všechny nemocnice spolehlivě spolupracují. Množství odevzdaných dotazníků k výzkumu ze strany jednotlivých nemocnic zdaleka není uspokojivé (viz Tabulka 1). Je otázka, zda můžeme výsledky z tohoto důvodu považovat za objektivní. Vhodné by bylo mít alespoň tolik dotazníků, abychom dosáhli 5 % z celkového množství ošetřených pacientů v ambulancích zúčastněných nemocnic.

Dle metodiky k výzkumu je sběrné období 2krát ročně. V tomto období by měl management nemocnice apelovat na své zaměstnance, aby skutečně aktivně vyzývali pacienty k vyplňování dotazníku.

Ve Věstník MZ ČR 1/2011 se uvádí, že výsledky dotazníkových šetření týkajících se spokojenosti pacientů, jsou tím přesnější, čím více je odevzdáno dotazníků. Dále je tam blíže definována vhodná velikost vzorku podle toho, kolik ambulancí ve zdravotnickém zařízení je (MZ ČR, 2010).

Budoucí výzkumy by měly brát tyto připomínky na vědomí a v přípravné fázi navazujícího výzkumu by se měly snažit tyto zkreslující faktory eliminovat.

## 7. ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zhodnotit úroveň kvality poskytované péče v ambulancích nemocnic akutní péče v Pardubickém kraji očima pacientů, zjistit rozdíly v kvalitě poskytované péče mezi jednotlivými nemocnicemi, navrhnout jejich zlepšení a ověřit metodiku výzkumu. Všechny stanovené cíle byly splněny.

Ve výzkumu bylo počítáno s 1651 dotazníky, které vyplnili pacienti ošetření v průběhu sběrného období (únor a březen 2013) v některé ze zúčastněných nemocnic. Na základě jejich odpovědí byla provedena analýza spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí.

Ve výzkumu je zhodnocena individuálně každá z nemocnic, která se do výzkumu zapojila. Dále je k dispozici benchmarking nemocnic. Srovnání nemocnic je provedeno pomocí porovnání průměrných známek a rozdílů v hodnocení pacienty podle jednotlivých zkoumaných oblastí. Na závěr je v diskuzi uvedena polemika nad vhodností metodiky výzkumu pro budoucí šetření.

Z výzkumu plyne, že mezi jednotlivými nemocnicemi a úrovní kvality poskytované péče je ve všech zkoumaných oblastech (služby ambulance, přístup personálu, lékařská a ošetrovatelská péče) statisticky významný rozdíl. Kvalita péče tedy není pacienty vnímaná všude stejně. Ve všech oblastech byla nejlépe pacienty hodnocena nemocnice A, nejhůře nemocnice C. Vzhledem k úspěchu nemocnice A by bylo vhodné, aby se zde ostatní nemocnice nechaly inspirovat. Je vysoce pravděpodobné, že v nemocnici A je efektivnější management, což se odráží nejen v tomto výzkumu, ale například i v šetření společnosti HCI z minulých let. Benchmarking jako nástroj, který umožňuje porovnání situace v jednotlivých institucích, by měl sloužit k vzájemnému sdílení nejlepších poznatků z praxe. Umožnit tak hůře hodnoceným nemocnicím učit se od těch lepších a do budoucna se jim vyrovnat. V diskuzi jsou uvedena některá konkrétní doporučení pro praxi, která se týkají jednotlivých oblastí. Dále je výstupem práce návrh materiálu, který by mohl sloužit jako motivace personálu k lepšímu přístupu k pacientům. K dispozici jsou v diskuzi také návrhy na ošetření validity dat v budoucích navazujících šetřeních. Jde zejména o vylepšení metodiky výzkumu v oblasti sběru dat.

Je na místě znovu zdůraznit, že dotazování pacientů, jakožto přímých konzumentů péče, je pro systém kvality velmi cenné. Využití informací o kvalitě slouží pacientům k lepší orientaci ve zdravotní péči, vedení nemocnic zase k utváření strategie kontinuálního zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotní péče, lepší řízení, rozvoj zdravotních služeb

a porovnání poskytovatelů (benchmarking). Informace jsou důležité nejen pro pacienty a zdravotnická zařízení, ale i pro plátce, státní správu, samosprávu a další strany.

Význam hodnocení spokojenosti pacientů podporuje i fakt, že ve světě ve vyspělých zemích probíhají podobné studie téměř všude. Příkladem může být americká studie „Patient Satisfaction with Outpatient Medical Care in United States“ (Health Outcomes Research in Medicine, 2011).

Výsledky výzkumu vypovídají o úrovni kvality péče v jednotlivých zařízeních a odhalují některé nedostatky, na které by měl management zareagovat podniknutím nápravných opatření. V navazujícím výzkumu, který se uskuteční v příštím sběrném období, se může zpětnou vazbou zjistit, co se po nastavení nápravných opatření změnilo.

Výsledky byly prezentovány jednotlivým nemocnicím a předány byly také představenstvu nemocnic.

#### **Pro zvýšení spokojenosti pacientů v nemocnicích Pardubického kraje navrhuji:**

- Efektivní využití benchmarkingu
- Klást důraz na zájem managementu jednotlivých nemocnic o spokojenost pacientů, zaměření strategie nemocnic na snahu uspokojovat klienty ve všech oblastech
- Motivace zaměstnanců ze strany managementu
- Změny v přístupu managementu nemocnic a zaměstnanců k pacientům dle jednotlivých oblastí (viz doporučení v diskuzi)
  - Zdůvodňovat pacientům čekání na ošetření
  - Zveřejnit na webových stránkách nemocnic informace o průměrných čekacích dobách na vybraná neakutní ošetření/vyšetření
  - Kreativní přístup k výbavě čekáren
  - Empatický přístup personálu (pravidlo 5P viz příloha C) apod.
- Péče o personál v otázce prevence syndromu vyhoření
- Periodické provádění obdobných výzkumů
  - Reagovat na požadavky pacientů, snažit se jim za každou cenu vyhovět
  - Více pracovat se zpětnou vazbou od pacientů
  - Maximálně ošetřit validitu výzkumu v budoucích šetřeních, změnit metodiku sběru dat

- Sesbírat během sběrných období data alespoň od 5 % pacientů z celkového počtu ošetřených v daném období v dané nemocnici



## 8. SOUPIS POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, Helena HNILICOVÁ. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000, 118 s. ISBN 978-807-0133-118.
2. BŘEZOVSKÝ, Pavel. *Kvalita zdravotní péče – informace MZd ČR. Programy kvality a standardy léčebných postupů. Praktická příručka pro nemocnice, polikliniky a ambulantní péči*. Praha: Verlag Dashofer, 2002.
3. ČESKO. Vyhláška č. 102 ze dne 22. března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39. Dostupné z:  
<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&fulltext=&nr=102~2F2012&part=&name=&rpp=15#seznam>.
4. DONALDSON, Molla. *Measuring the Quality of Health Care*. Washington: National Academies Press, 1999. ISBN 0-309-06387-6.
5. EXNER, Lubomír, Tomáš RAITER a Dita STEJSKALOVÁ. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. Praha: Professional Publishing, 2005, 188 s. ISBN 80-86419-73-8.
6. FURBER, Gareth. Benchmarking the cost efficiency of community care in Australian child and adolescent mental health services: Implications for future benchmarking. *Australian Psychiatry*, 2011, vol. 19, no. 3, pp. 226-232, ISSN 1440-1665.
7. GLADKIJ, Ivan, Leoš HEGER a Ladislav STRNAD. *Kvalita zdravotnické péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-272-8.
8. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
9. GUVEN – USLU, Pinar. Benchmarking in healthservices. *Benchmarking*, 2005, vol. 12, no. 4, pp. 293 – 309. ISSN 1463-5771.
10. HEALTHCARE INSTITUTE. O nás. *HealthCare Institute: Zvyšování kvality a efektivity ve zdravotnictví* [online]. 2013 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://www.hc-institute.org/cz/o-nas.html>.
11. HOLÁ, Jana. Vyhodnocování spokojenosti pacientů v nemocnicích Pardubického kraje. In: [online]. [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: <http://www.upce.cz/fzs/spoluprace/projekt.html>.

12. CHRÁSTKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007, 265 s. ISBN 978-802-4713-694.
13. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV nakladatelství, 2000, 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
14. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 309 s. ISBN 978-802-4724-362.
15. KELNAROVÁ, Jarmila, a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 1.ročník*. Praha: Grada Publishing, 2009, 236 s. ISBN 978-802-4728-308.
16. KOŠTA, Oto. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada, 2013, 112 s. ISBN 978-802-4744-223.
17. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-802-4727-134.
18. KYASOVÁ, Miroslava. *Prostředí čekárny a ordinace praktického lékaře. Osobní rádce sestry*. Praha: Verlag Dashofer, 2003, č. 8. ISSN 1214-0074.
19. MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevázně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 248 s. ISBN 80247-0585-0.
20. MARX, David. *Česká společnost pro kvalitu ve zdravotnictví: Kvalita ve zdravotnictví- slovo úvodem* [online]. 2006 [cit. 2014-04-04]. Dostupné z: [http://www.cskz.cz/seznamy/01\\_marx\\_kvalita.ppt](http://www.cskz.cz/seznamy/01_marx_kvalita.ppt).
21. MIKULA, Jan, Nina Müllerová. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada Publishing, 2008, 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
22. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Manažerská psychologie*. Praha:Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1349-6.
23. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Standardy ošetrovatelské péče* [online]. 2013 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/standardy-osevrotelske-pece\\_7399\\_2849\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/standardy-osevrotelske-pece_7399_2849_29.html).
24. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Ukazatele kvality zdravotních služeb* [online]. 2013 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/ukazatele-kvality-zdravotnichsluzeb\\_2150\\_1066\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/ukazatele-kvality-zdravotnichsluzeb_2150_1066_3.html).
25. PAPOUŠKOVÁ, Petra. *Zmapování indikátorů kvality ošetrovatelské péče v českobudějovické nemocnici*. České Budějovice, 2008. 163 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Ing. Iva Brabcová.

26. PITROVÁ, Martina, Eva HLAVÁČKOVÁ a Lucie KROUTILOVÁ. Kvalita péče jako indikátor spokojenosti pacientů. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 6, s. 30. ISSN 1210-0404.
27. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
28. RAITER, Tomáš. O projektu. *Kvalita očima pacientů: Hodnocení nemocnic* [online]. 2010 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html>.
29. RYCHTECKÝ, Jakub a Eva HAVLÍKOVÁ. *Vyhodnocení spokojenosti pacientů v nemocnicích Pardubického kraje*. In: [online]. [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: <http://www.upce.cz/fzs/spoluprace/projekt/dotazniky.pdf>
30. SEIFERT, Bohumil. Měření spokojenosti pacientů. *Programy kvality a standardy léčebných postupů. Praktická příručka pro nemocnice, polikliniky a ambulantní péči*. Praha: Verlag Dashofer, 2001.
31. SEIFERT, Bohumil. Metody řízení kvality v ambulantní péči. *Programy kvality a standardy léčebných postupů. Praktická příručka pro nemocnice, polikliniky a ambulantní péči*. Praha: Verlag Dashofer, 2001.
32. SEIFERT, Bohumil. *Primární péče – Praktické lékařství: výukový text pro studenty magisterského studia lékařství*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 978-802-4608-839.
33. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE ČR. *Akreditace zdravotnických zařízení ČR* [online]. 2010 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-top/sluzby/akreditace/>.
34. ŠKRLA, Petr, Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
35. ŠKRLA, Petr, Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
36. ÚZIS ČR. *Síť zdravotnických zařízení 2012*. Praha: Translation ÚZIS ČR, 2013. ISBN 978-80-7472-061-1.
37. VONDRÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy – nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada Publishing, 2005, 100 s. ISBN 978-802-4711-980.
38. ZVÁROVÁ, Jana. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-786-0.



## **9. SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A: Dotazník

Příloha B: Výsledky testu Pearsonova  $\chi^2$  jednotlivých položek v dotazníku

Příloha C: Leták

## Příloha A – Dotazník



# KVALITA jak ji vnímá pacient?

ANONYMNÍ DOTAZNÍK  
PRO AMBULANTNÍ PACIENTY

Vážená paní, vážený pane,

naším přáním je poskytovat Vám co nejkvalitnější služby, abyste byli s péčí v naší nemocnici spokojeni. Ve spolupráci se zřizovatelem, Pardubickým krajem, jsme pro Vás připravili anonymní dotazník, abychom zjistili, jak se nám to daří a jak můžeme zkvalitnit poskytovanou péči. Prosíme Vás o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Vyberte, prosím, pouze jednu odpověď, která se nejvíce blíží Vašemu názoru a zakřížkujte do příslušného okénka.

Děkujeme za Váš čas, který jste věnoval/a vyplnění dotazníku.

- 1) **Ve které ambulanci jste byl/a ošetřen/a?** .....
- 2) **Byl/a jste objednan/a nebo jste přišel/a k ošetření bez objednání?**  
 byl/a jsem objednan/a  nebyl/a jsem objednan/a
- 3) **Byl/a jste spokojen/a s časem, který uběhl od Vašeho objednání do doby skutečného ošetření (s objednací dobou)?**  
 ano, čas byl přiměřený  
 čas objednání byl příliš dlouhý, ale nevadí mi to  
 ne, čas byl zcela nepřiměřený a jsem nespokojen/a
- 4) **Jaká byla délka Vašeho čekání na vstup do ordinace v této ambulanci?**  
 do 15 minut  do 1 hodiny  do 2 hodin  déle
- 5) **Pokud jste čekal/a déle než 1 hodinu, bylo Vám čekání zdůvodněno?**  
 ano  ne  nepamatuji se
- 6) **Jak na Vás působilo prostředí čekárny?**  
 příjemné a čisté  
 v čekárně bylo nedostatečné vybavení  
 nebylo tam čisto a vnímal/a jsem nepříjemné prostředí  
 Doporučil/a bych čekárnu vybavit takto: .....
- 7) **Byl/a jste lékařem dostatečně a srozumitelně poučen/a o Vašem zdravotním stavu a seznámen/a se způsobem léčby?**  
 ano, informace byly zcela vyčerpávající  
 informacím jsem většinou rozuměl/a  
 informacím jsem spíše nerozuměl/a  
 informacím jsem vůbec nerozuměl/a
- 8) **Měl/a jste možnost klást lékaři doplňující otázky?**  
 ano, mohl/a jsem se ptát  
 ne, lékař neměl čas  
 nepotřeboval/a jsem klást další otázky
- 9) **Znáte jméno lékaře, který Vás vyšetřoval/ošetřoval?**  
 ano  ne  nepamatuji se
- 10) **Důvěřujete zdravotnickému personálu navštívené ambulance?**  
 ano, zcela  částečně  ne, vůbec
- 11) **Vnímáte, že s Vámi bylo zacházeno s úctou a respektem?**  
 určitě ano  spíše ano  spíše ne  určitě ne

**12) Byl/a jste spokojen/a s přístupem lékaře, který Vás ošetřoval v ambulanci?**

určité ano     spíše ano     spíše ne     určité ne  
Proč: .....

**13) Byl/a jste spokojen/a s přístupem sestry, která Vás ošetřovala v ambulanci?**

určité ano     spíše ano     spíše ne     určité ne  
Proč: .....

**14) Jakou celkovou známkou byste ohodnotil/a péči, která Vám byla v ambulanci poskytnuta?**

(1 = nejlepší... 5 = nejhorší, jako ve škole)

1     2     3     4     5

**Napište nám, co bychom mohli zlepšit v naší ambulanci:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Datum vyplnění dotazníku:** .....

Vyplněný dotazník vhodte, prosím, do schránky na ambulanci (nebo jiné sběrné místo).  
Dotazníky budou zpracovány nezávislými pracovníky, ne zdravotníky oddělení.

## Příloha B: Výsledky testu Pearsonova $\chi^2$ jednotlivých položek v dotazníku

**Tabulka 17** Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 3

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	90,05270	df=8	p<0,001
M-V chí-kvadr.	48,75920	df=8	p<0,001

**Tabulka 18** Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 4

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	187,0639	df=12	P<0,001
M-V chí-kvadr.	131,2933	df=12	P<0,001

**Tabulka 19** Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 5

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	39,41339	df=8	p<0,001
M-V chí-kvadr.	40,82745	df=8	p<0,001

**Tabulka 20** Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 6

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	94,94251	df=8	p<0,001
M-V chí-kvadr.	59,51225	df=8	p<0,001

**Tabulka 21** Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 7

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	80,78145	df=12	p<0,001
M-V chí-kvadr.	71,39614	df=12	p<0,001

**Tabulka 22** Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 8

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	39,45261	df=8	p<0,001
M-V chí-kvadr.	26,81415	df=8	p<0,001



**Tabulka 23 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 9**

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	48,28492	df=8	p<0,001
M-V chí-kvadr.	46,49509	df=8	p<0,001

**Tabulka 24 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 10**

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	112,7887	df=8	p<0,001
M-V chí-kvadr.	74,82108	df=8	p<0,001

**Tabulka 25 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 11**

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	152,9223	df=12	p<0,001
M-V chí-kvadr.	84,61288	df=12	p<0,001

**Tabulka 26 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 12**

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	115,7409	df=12	p<0,001
M-V chí-kvadr.	64,70671	df=12	p<0,001

**Tabulka 27 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 13**

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	150,1085	df=12	p<0,001
M-V chí-kvadr.	70,76266	df=12	p<0,001

**Tabulka 28 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 14**

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	176,4309	df=16	p<0,001
M-V chí-kvadr.	102,8331	df=16	p<0,001

# PROVOZ PERFEKTNÍHO PRACOVNÍŠTĚ?

## POHODA ... POMNI 5P !!!

### PÉČE

PROFESIONÁLNÍ a POCTIVÁ

### PERSONÁL

PEČUJÍCÍ a PRACUJÍCÍ

### PŘÍSTUP

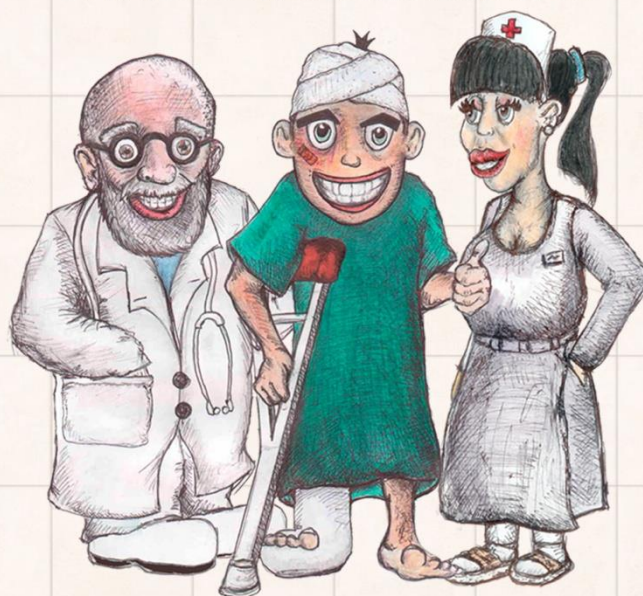
PŘÁTELSKÝ a PŘÍVĚTIVÝ

### PROSTŘEDÍ

PŘÍJEMNÉ a v POŘÁDKU

### PLÁNOVÁNÍ

PŘIZPŮSOBIT SE a PŘIPRAVIT SE



autor : Bc. Lucie Chrudimská grafika: Filip Chrudimský