

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Kabinet veřejného zdravotnictví*



**Tomáš Uhrecký**

**Efektivita sledování spokojenosti pacientů –  
krajská studie**

*Efficiency of Patient Satisfaction Studies – Regional  
Study*

*Bakalářská práce*

Praha, prosinec 2021

Autor práce: Tomáš Uhrecký

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví (B5345)

Bakalářský studijní obor: Veřejné zdravotnictví

Vedoucí práce: **MUDr. David Marx, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Kabinet veřejného zdravotnictví 3. LF**

**UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 31. 1. 2022

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval samostatně a použil výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům. Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 10. prosince 2021

Tomáš Uhrecký

## **Poděkování**

Na tomto místě bych rád poděkoval svému vedoucímu práce MUDr. Davidu Marxovi, PhD., který mě v první řadě inspiroval, abych si vybral toto téma. Byl pro mě také odbornou oporou při vytváření práce. Dále bych rád poděkoval managementu Krajské zdravotní, a.s., který umožnil provedení praktické části a podpořil, aby se do průzkumu zapojilo co největší množství zdravotníků z řad zaměstnanců.

# Obsah

<b>OBSAH.....</b>	<b>5</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>7</b>
<b>1. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>8</b>
1.2. <i>Systém zdravotní péče v České republice .....</i>	<i>8</i>
1.3. <i>Srovnání zdravotnických systémů.....</i>	<i>9</i>
1.4. <i>Česká republika ve srovnání zdravotnických systémů.....</i>	<i>9</i>
1.5. <i>Kvalita ve zdravotnických zařízeních .....</i>	<i>13</i>
1.5.1. <i>Definice kvality ve zdravotnictví .....</i>	<i>13</i>
1.5.2. <i>Kvalita ve zdravotnictví.....</i>	<i>13</i>
1.5.3. <i>Systémové metody zvyšování kvality zdravotní péče.....</i>	<i>14</i>
1.5.3.1. <i>Modely systémů řízení kvality.....</i>	<i>15</i>
1.5.3.1.1. <i>ISO.....</i>	<i>15</i>
1.5.3.1.2. <i>JCAHO.....</i>	<i>15</i>
1.5.3.1.3. <i>JCIA.....</i>	<i>15</i>
1.5.3.1.4. <i>SAK. o.p.s.....</i>	<i>15</i>
1.5.4. <i>Management kvality ve zdravotním zařízení .....</i>	<i>16</i>
1.5.5. <i>Vyhodnocování kvality ve zdravotním zařízení.....</i>	<i>16</i>
1.5.5.1. <i>Interní audit.....</i>	<i>17</i>
1.5.5.2. <i>Indikátory kvality.....</i>	<i>17</i>
1.5.6. <i>Akreditace.....</i>	<i>18</i>
1.5.6.1. <i>Historie akreditace .....</i>	<i>18</i>
1.5.6.2. <i>Akreditační standardy dle SAK. o.p.s. ....</i>	<i>19</i>
1.5.6.3. <i>Průběh hodnocení a udělení akreditace dle SAK. o.p.s. ....</i>	<i>19</i>
1.5.7. <i>Kvalita očima pacientů (KOP) .....</i>	<i>20</i>
1.5.7.1. <i>Rating zdravotnického zařízení podle KOP.....</i>	<i>21</i>
1.5.7.3. <i>Výzkumný nástroj.....</i>	<i>23</i>
1.5.7.4. <i>Dotazník spokojenosti v Krajské zdravotní, a.s. ....</i>	<i>23</i>
1.5.7.5.1. <i>Definice respondenta .....</i>	<i>25</i>
2.2. <i>Hypotézy.....</i>	<i>26</i>
2.3.3.1. <i>Základní shrnutí Nemocnice Děčín.....</i>	<i>28</i>
2.3.3.2. <i>Základní shrnutí Nemocnice Ústí nad Labem.....</i>	<i>28</i>
2.3.3.3. <i>Základní shrnutí Nemocnice Teplice .....</i>	<i>28</i>
2.3.3.4. <i>Základní shrnutí Nemocnice Chomutov.....</i>	<i>29</i>
2.3.3.5. <i>Základní shrnutí Nemocnice Most .....</i>	<i>29</i>
2.3.4. <i>Parametry dotazníku .....</i>	<i>29</i>
2.3.5. <i>Statistika respondentů .....</i>	<i>29</i>
2.4. <i>Interpretace odpovědí.....</i>	<i>30</i>
3. <i>Diskuse.....</i>	<i>40</i>
3.1. <i>HCAHPS.....</i>	<i>40</i>
3.1.1. <i>Obsah a správa HCAHPS .....</i>	<i>41</i>
3.1.2. <i>HCAHPS a reporting výsledků .....</i>	<i>41</i>
3.1.3. <i>HCAHPS systém a jeho aplikace na výstupy z krajské studie. ....</i>	<i>42</i>
3.2. <i>Objektivita dotazníku spokojenosti pacientů .....</i>	<i>43</i>
3.2.1. <i>Objektivita dotazníku spokojenosti pacientů v KZ.a.s. ....</i>	<i>44</i>
3.3. <i>Management – změny na základě dat.....</i>	<i>44</i>
4. <i>Závěr .....</i>	<i>46</i>
5. <i>Souhrn.....</i>	<i>49</i>
6. <i>Summary .....</i>	<i>50</i>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>51</b>

<b>SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ .....</b>	<b>54</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>55</b>
<i>Příloha č. 1 - Dotazník spokojenosti hospitalizovaných pacientů – dospělí pacienti .....</i>	<i>55</i>
<i>Dotazník spokojenosti hospitalizovaných pacientů – dospělí pacienti .....</i>	<i>55</i>

## Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám efektivitou sledování spokojenosti pacientů. Toto téma jsem si vybral hned z několika důvodů. Jeden z důvodů souvisí zároveň i s mým rozhodnutím pro studium na lékařské fakultě, v oboru Veřejného zdravotnictví. Vždy jsem se zajímal o zdravotnictví především z pohledu jeho financování, řízení a efektivitu, nikoliv o jeho klinickou stránku. Dalším přínosem pro mě bylo také to, že zaměření práce v její praktické části se týká Krajské zdravotní, a.s., tedy společnosti, která spravuje a řídí nemocniční zařízení ze severu Čech, odkud pocházím. Téma efektivitu při sledování spokojenosti pacientů mě naprosto pohltilo. Dle mého názoru je mnoho studií na měření spokojenosti pacientů a také existuje velké množství společností, které v tomto ohledu pomáhají zdravotním zařízením. Cílem práce je zaměřit se na to, jakým způsobem a na jakém principu lze efektivitu měřit a jak lze manažersky naložit s výstupy měření. Dále se věnuji také tomu, jak měření spokojenosti a efektivita vyhodnocování či další manažerské postupy fungují v zahraničí. V praktické části se budu věnovat konkrétním zdravotním zařízením v Ústeckém kraji. Závěrem bude navržen řešení, jak efektivněji pracovat s daty v rámci spokojenosti pacientů.

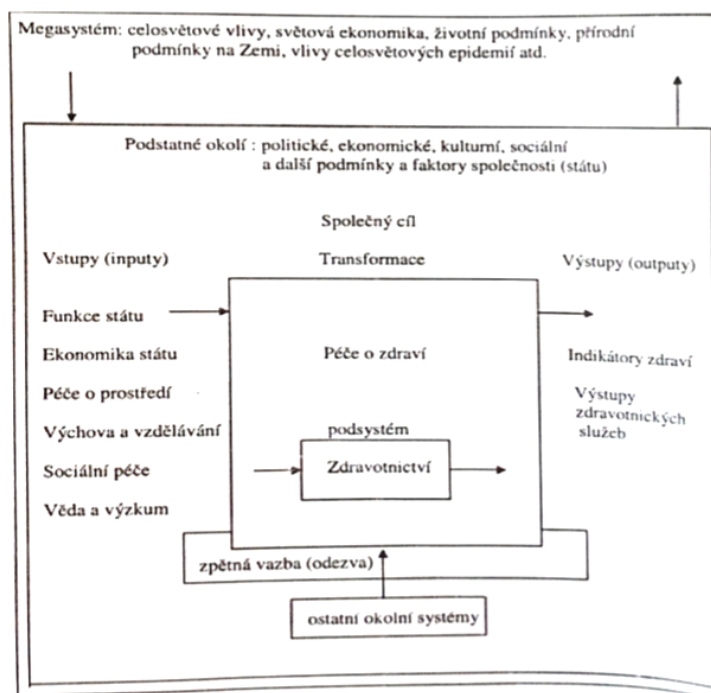
# 1. Teoretická část

## 1.2. *Systém zdravotní péče v České republice*

Zdravotnictví je součástí ekonomického systému v České republice. Ve zdravotnictví pracuje 267 420 pracovníků. Největší podíl z této části zastupují všeobecné zdravotní sestry a porodní asistentky, těch bylo 79 tisíc<sup>1</sup>. Za nimi následují z hlediska četnosti lékaři, těch bylo v českém zdravotnictví 42 tisíc. Celkové výdaje veřejných rozpočtů a výdaje systému veřejného zdravotního pojištění činily 316,8 miliardy Kč. Tyto ekonomické údaje ukazují, že zdravotnictví tvoří velkou část českého HDP. Pokud budeme na zdravotnictví aplikovat obecnou teorii systémů, můžeme zdravotnictví označit za uzavřený dynamický systém. Pro tento systém jsou charakteristické tyto znaky:

- a. Vstupy (inputy)
- b. Transformace výstupů
- c. Výstupy (outputy)
- d. Podstatné ekonomické okolí

**Obrázek 1: Systém péče o zdraví, zdroj: ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ. *Ekonomika zdravotnictví*. Vyd. 2., upr. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-551-8. strana: 16**





### ***1.3. Srovnání zdravotnických systémů***

Zdravotnictví je rozsáhlý ekonomický systém a existuje zde mnoho faktorů pro porovnání napříč zeměmi. Nejčastěji se zdravotnictví porovnává uvnitř Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj, dále OECD. OECD je organizace zaštiťující 37 ekonomicky velmi rozvinutých států světa, které přijaly principy demokracie a tržní ekonomiky. Uvnitř této organizace se jednotlivé zdravotnické systémy porovnávají a tvoří se souhrnné zprávy. Bohužel ale neexistuje jeden klíčový ukazatel, který by měl vypovídající hodnotu a vedl by k sestavení žebříčku zdravotních systémů napříč OECD, proto se většina souhrnných zpráv a žebříčků rozděluje do několika kategorií. Na zdravotnictví se tedy nahlíží jako na komplexní systém.

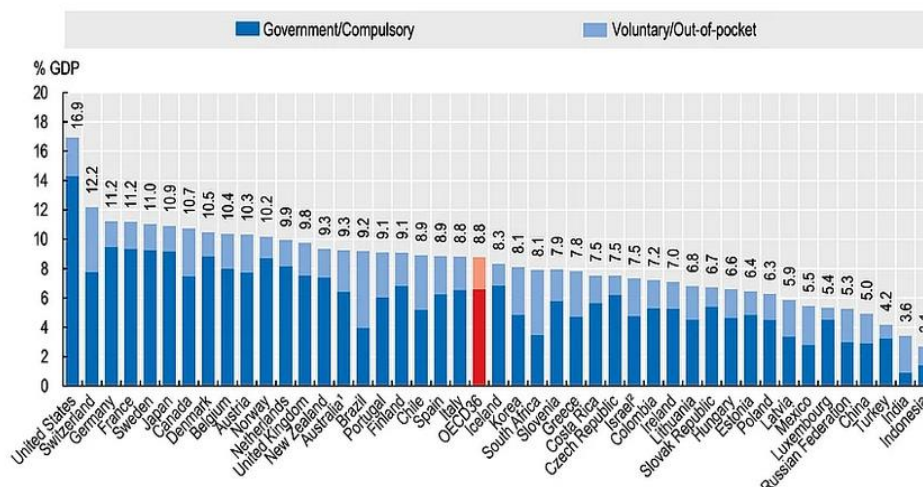
Souhrnné zprávy OECD nazývané „Health at a Glance“<sup>3</sup> rozdělují náhled na zdravotní systémy do tří kategorií. První část porovnává zdravotnictví z hlediska ekonomických ukazatelů, druhá část z hlediska kvality základní zdravotní péče a třetí část ukazuje další vybrané indikátory.

### ***1.4. Česká republika ve srovnání zdravotnických systémů***

#### ***1.4.1. Ekonomické faktory***

Základním ukazatelem pro ekonomické srovnání zdravotních systémů je podíl celkových výdajů daného státu oproti výdajům na zdravotnictví. Zpráva „Health at a Glance 2019“<sup>3</sup> stanovuje průměr zemí OECD na 8,8 %. Česká republika vydala v roce 2019 7,5 % svého hrubého domácího produktu na zdravotní péči (viz obrázek číslo 2). Tento ukazatel nicméně nedefinuje situaci přesně. Nepopisuje ceny zdravotních služeb, výši platů a objem spotřebované zdravotní péče. Může tedy obrazně popisovat, jak velké náklady jednotlivé země OECD do zdravotnictví dávají, ale o jeho ekonomické hodnotě či kvalitě nevypovídají.

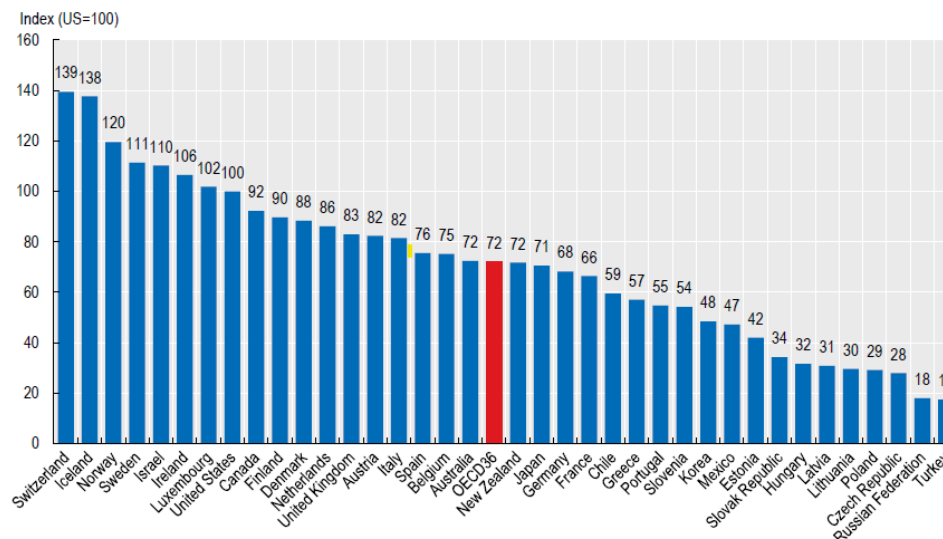
**Obrázek 2: Srovnání dle HDP zdroj:** Health at a Glance 2019: Health expenditure - • Health expenditure in relation to GDP. page 153.



Pro obraznější ekonomický přehled musíme zohlednit cenovou hladinu českého zdravotnictví, na výdaje oproti HDP musíme koukat skrze paritu kupní síly. Do specifického spotřebního koše musíme shrnout například cenu léků, výši platu personálu zdravotnického či civilního, cenové regulace a další faktory.

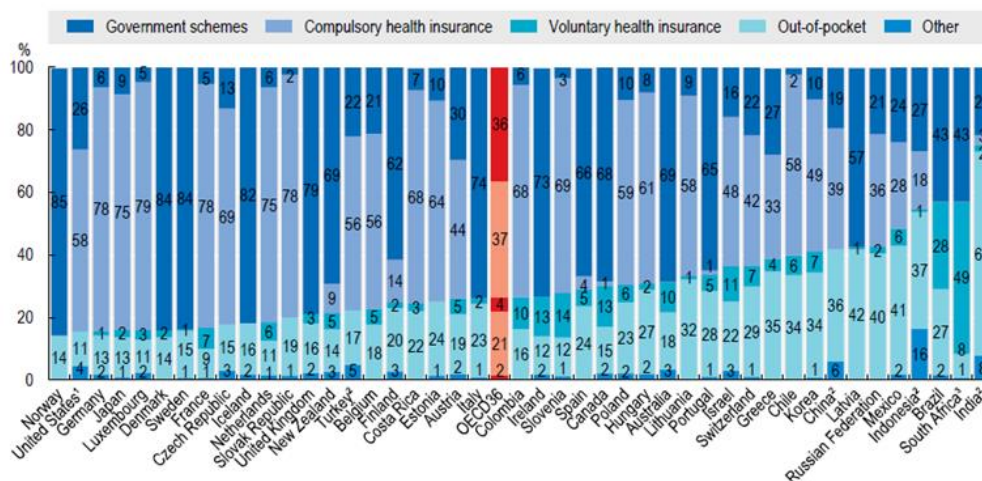
Podle zprávy OECD z roku 2019 je průměr cenové hladiny 72. Nejvyšší cenu za poskytování zdravotních služeb má Švýcarsko, kde je cenová hladina na úrovni 139, oproti tomu Česká republika je na úrovni 28. České zdravotnictví je tedy z hlediska parity kupní síly velmi nízko (viz obrázek 3).

**Obrázek 3: Srovnání z hlediska parity kupní síly, zdroj:** Health at a Glance 2019: Health expenditure – Prices in the health sector, page 155.



Dalším ekonomickým ukazatelem popisujícím české zdravotnictví ve srovnání se zeměmi OECD jsou výdaje na zdravotnictví podle typu financování. Tento ekonomický ukazatel popisuje zdroje financování zdravotních systémů. Jako hlavní zdroj definuje „Compulsory health insurance“, tedy povinné zdravotní pojištění, dále „Voluntary health insurance“ – dobrovolné zdravotní pojištění, „Government schemes“ – státem přímo placené úhrady do zdravotnictví, „Out-of-pocket“ – přímá úhrada klienta za poskytnou péči, a nakonec ostatní zdroje. OECD definuje průměr povinného zdravotní pojištění na 37 %, nicméně v České republice dosahuje výše 69 %.

**Obrázek 4: Srovnání dle zdrojů financování, zdroj:** Health at a Glance 2019: Health expenditure – Health care expenditure by financing scheme , page 157



#### 1.4.2. Faktory kvality zdravotnictví

Další oblast, kterou můžeme použít pro srovnání zdravotních systémů, je kvalita zdravotnictví. Oblast kvality má ale široký rozsah a kvalitu zdravotní péče přímo ovlivňují faktory vnějšího prostředí, například čistota vzduchu, čistota vody, kvalita potravin, pohybová zdatnost v populaci či vyváženost stravy. Mezi základní ukazatele kvality zdraví a zdravotní péče patří například: naděje na dožití (*life expectancy*), preventabilní úmrtnost (*avoidable mortality*), chronická nemocnost (*chronic disease morbidity*) a vlastní hodnocení zdravotního stavu (*self-rated health*). Česká republika se nachází zhruba v polovině hodnocených zemí OECD.

Obrázek 5: Srovnání z hlediska základních zdravotních indikátorů – zdroj: Health at a Glance 2019: Indicator overview: OECD snapshots and country dashboards, page 25.

	Life expectancy		Avoidable mortality		Chronic disease morbidity		Self-rated health	
	Years of life at birth		Deaths per 100 000 people (age-standardised)		Diabetes prevalence (% adults, age-standardised)		Population in poor health (% population aged 15+)	
<b>OECD</b>	80.7	⊕	208	⊕	6.4	⊕	8.7	⊕
Australia	82.6	⊕	145	⊗	5.1	⊕	3.7	⊗
Austria	81.7	⊕	175	⊕	6.4	⊕	8.1	⊕
Belgium	81.6	⊕	172	⊕	4.3	⊗	8.6	⊕
Canada	82.0	⊕	176	⊕	7.4	⊕	3.2	⊗
Chile	80.2	⊕	206	⊕	8.5	⊗	6.6	⊕
Czech Republic	79.1	⊕	245	⊕	6.8	⊕	10.7	⊕
Denmark	81.2	⊕	184	⊕	6.4	⊕	7.5	⊕
Estonia	78.2	⊗	297	⊗	4.0	⊗	14.6	⊗
Finland	81.7	⊕	184	⊕	5.8	⊕	5.7	⊕
France	82.6	⊕	154	⊗	4.8	⊕	8.3	⊕
Germany	81.1	⊕	186	⊕	8.3	⊗	8.4	⊕
Greece	81.4	⊕	187	⊕	4.6	⊗	10.4	⊕
Hungary	75.9	⊗	388	⊗	7.6	⊕	11.9	⊕
Iceland	82.7	⊕	140	⊗	5.3	⊕	6.4	⊕
Ireland	82.2	⊕	172	⊕	3.3	⊗	3.4	⊗
Israel	82.6	⊕	134	⊗	6.7	⊕	10.9	⊕
Italy	83.0	⊕	143	⊗	4.8	⊕	5.8	⊕
Japan	84.2	⊗	138	⊗	5.7	⊕	14.1	⊗
Korea	82.7	⊕	159	⊕	6.8	⊕	17.0	⊗
Latvia	74.8	⊗	426	⊗	4.9	⊕	15.5	⊗
Lithuania	75.6	⊗	385	⊗	3.7	⊗	16.4	⊗
Luxembourg	82.2	⊕	152	⊗	4.4	⊗	9.3	⊕
Mexico	75.4	⊗	367	⊗	13.1	⊗	–	
Netherlands	81.8	⊕	153	⊗	5.3	⊕	4.6	⊗
New Zealand	81.9	⊕	178	⊕	8.1	⊕	2.3	⊗
Norway	82.7	⊕	145	⊗	5.3	⊕	7.2	⊕
Poland	77.9	⊗	268	⊗	5.9	⊕	13.6	⊗
Portugal	81.5	⊕	180	⊕	9.9	⊗	15.3	⊗
Slovak Republic	77.3	⊗	323	⊗	7.3	⊕	11.3	⊕
Slovenia	81.1	⊕	210	⊕	7.3	⊕	9.7	⊕
Spain	83.4	⊗	146	⊗	7.2	⊕	6.6	⊕
Sweden	82.5	⊕	144	⊗	4.8	⊕	5.7	⊕
Switzerland	83.6	⊗	125	⊗	5.6	⊕	4.1	⊗
Turkey	78.1	⊗	257	⊕	12.1	⊗	9.4	⊕
United Kingdom	81.3	⊕	189	⊕	4.3	⊗	7.1	⊕
United States	78.6	⊕	262	⊗	10.8	⊗	2.6	⊗

## ***1.5. Kvalita ve zdravotnických zařízeních***

### ***1.5.1. Definice kvality ve zdravotnictví***

V první řadě bych se rád podíval na kvalitu subjektivním pohledem, jelikož je to běžný způsob jejího hodnocení. Definice kvality ve zdravotnickém zařízení je velké obrovské množství, ale prakticky se dá říct, že každý definuje kvalitu po svém, a to z pohledu zákazníka, dále pak z hlediska organizace či zdravotního zařízení. Každý si také pod pojmem kvalita nebo jakost představuje něco jiného.

Joseph Juran definuje ve svých knihách kvalitu jako „způsobilost k užití“.<sup>4</sup>

Akademický slovník cizích slov definuje kvalitu jako „souhrn užitných vlastností výrobku nebo služby, souhrn typických, zpravidla kladných vlastností“. V poslední řadě Norma ISO 9001 definuje kvalitu jako „stupeň splnění požadavků souborem obsažených znaků“,<sup>5</sup> přičemž požadavky jsou dle normy očekávané (např. zákazníky) nebo závazné (např. dle normy).

Ačkoli existuje mnoho podobných definic, tak mají společnou charakteristiku, a to, že středobodem pro vnímání kvality je zákazník a jeho pohled na služby či výrobek, protože právě tento pohled je základním hodnotitelem kvality.

Problém je ovšem v objektivitě, jelikož pohled zákazníka zkreslují okolní faktory demografické, sociologické, biologické a ekonomické. Vnímání kvality dále ovlivňuje pohled společnosti přes zákony, vyhlášky, různé normy či zvyklosti. Ve zdravotním zařízení je také faktorem ovlivňujícím vnímání kvality zdravotní stav zákazníka a emoce jeho či rodiny.

Pokud tedy chceme kvalitní službu či zdravotní zařízení, musíme mít přesně definované standardy a řídit je na všech úrovních.

### ***1.5.2. Kvalita ve zdravotnictví***

Pacient nevnímá kvalitu zdravotnického zařízení jen podle léčebného úkonu, kvůli kterému zdravotní zařízení navštívil, do jeho vnímání kvality ve zdravotnictví vstupují i další vlivy, například jeho vnímání komunikace při

příjmu, vzhled nemocničního prostředí, srozumitelnost komunikace, ubytování a strava.

Pro sledování kvality jsou použita různá kritéria podle hodnotitele.

- Kritéria kvality pro stát – základní demografické ukazatele
- Kritéria kvality pro zdravotní pojišťovny – náklady na zdravotní péči
- Svaz pacientů – neúspěchy v poskytování péče
- Akreditace – standardy poskytované péče<sup>6</sup>

V neposlední řadě ještě vstupuje kritérium hodnocení pacienta, které je sice subjektivní, ale dle mého názoru klíčové. Každá návštěva ve zdravotním zařízení a celkový dojem je pro pacienta samozřejmě subjektivní prožitek a jeho zpětná vazba vystihuje jeho pocit či dojem. Tento souhrn potom předává zdravotnímu zařízení pomocí dotazníku spokojenosti.

Pacient laik neposoudí zdravotnické zařízení a jeho kvalitu obecně z hlediska bezpečnosti, efektivity a organizace péče. Jeho hodnocení je založeno na vlastním prožitku z komunikace s personálem a na vstřícnosti personálu. Zjednodušeně řečeno lze říct, že pacient přichází s požadavkem na vrácení zdraví, a tudíž nám je schopný podat komplexní zpětnou vazbu na to, jakou službu poskytujeme a zda byla naplněna jeho potřeba. Důležitá je nejen otázka, jak se dostat k co největšímu počtu zpětných vazeb, ale hlavně, jak efektivně dále implementovat poznatky pacientů do procesů, aby byly stále lépe plánovány potřeby pacientů.

### ***1.5.3. Systémové metody zvyšování kvality zdravotní péče***

Ačkoli je jasné, co je obecně za kvalitu považováno, postupně byly vytvářeny jednotlivé modely zvyšování kvality zdravotní péče. Tyto modely se liší demograficky i možnostmi použití. Zde uvádím pouze ty, které nějakým způsobem souvisí s danou problematikou.

### **1.5.3.1. Modely systémů řízení kvality**

#### **1.5.3.1.1. ISO**

(Mezinárodní organizace pro normalizaci) Organizace byla založena v roce 1947 v Ženevě s prvotním cílem vytvářet standardy v průmyslu. Série ISO 9000 zabývající se kvalitou vznikla v roce 1987. V roce 2000 byla tato série přebudována a dnes je známá pod pojmem ISO 9001:2000. Jejím jádrem je zaměření na procesy, zákazníka, dokumentaci, zaměstnance a na Total Quality Management (TQM)<sup>7</sup>. ISO se zaměřuje na systémové řízení kvality a na odstranění odchylek ve výkonu. Pokud organizace získá tuto certifikaci, znamená to, že bylo po prošetření zjištěno, že její systém vedení zajišťuje důslednost a spolehlivost ve všech bodech certifikace. Certifikace nepřikazuje, jaký systém kvality organizace musí mít, zjišťuje pouze existenci smysluplného a funkčního systému zajišťování kvality v organizaci.

#### **1.5.3.1.2. JCAHO**

Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) vznikla v roce 1951 z iniciativy Amerického svazu chirurgů (The American College of Surgeons)<sup>8</sup>. Tento svaz se vždy zabýval kvalitou léčebné péče a již v roce 1926 vydal první manuál nemocničních standardů. První akreditační manuál JCAHO vznikl v roce 1976.

#### **1.5.3.1.3. JCIA**

Vzhledem ke stále většímu zájmu zdravotnické veřejnosti o akreditační standardy, se JCAHO v roce 1999 rozhodla vytvořit mezinárodní program Spojená mezinárodní komise (Joint Commision International). Požadavky obsahují 370 standardů a 3 cíle<sup>9</sup> (efektivitu a kvalitu péče, řízení rizik a chyb, vytváření optimálního léčebného prostředí).

#### **1.5.3.1.4. SAK. o.p.s**

Součástí transformačního procesu v českém zdravotnictví po roce 1989 byla snaha o vytvoření mechanismu, který by pomohl snížit variabilitu mezi

jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Osvědčenou metodou takové standardizace jsou akreditace. Ty jsou v ČR stále dobrovolné. Spojená akreditační komise České republiky se sídlem v Praze vydala v roce 1998 padesát akreditačních standardů, později rozšířených na 74, které jsou rozděleny do deseti tematických oblastí.<sup>10</sup>

#### ***1.5.4. Management kvality ve zdravotním zařízení***

Abychom mohli efektivně řídit kvalitu, musíme se nejdříve podívat na zdravotní zařízení ze všech úhlů pohledu. Existují tři základní pohledy:

- Pohled pacienta – jedná se o subjektivní pohled bez erudice o problematice.
- Pohled managementu organizace – zde se jedná o co nejefektivnější využití zdrojů pro co nejlepší výsledek. Bohužel zdroje jsou vždy omezené.
- Pohled profesionálů – například akreditační komise či jiné autority umožňují pohled na kvalitu z hlediska vydefinovaných standardů a následné vyhodnocení.<sup>11</sup>

Lze říct, že na kvalitu nahlížíme ze tří stran a každá strana má jinou vnitřní motivaci, při řízení zdravotního zařízení často dochází ke kompromisnímu řešení na základě všech tří pohledů.

#### ***1.5.5. Vyhodnocování kvality ve zdravotním zařízení***

Kontinuálním zvyšováním kvality se rozumí přístup managementu poskytovatele zdravotních služeb zahrnující průběžnou snahu o zlepšování procesů v oblasti poskytování zdravotních služeb ve shodě s potřebami pacientů.<sup>12</sup>

Existují čtyři zdroje pro měření a vyhodnocování kvality

- Pacienti
- Externí odborníci
- Interní audit
- Indikátor kvality



### **1.5.5.1. Interní audit**

Jedná se o jednorázovou kontrolní metodu pro porovnání standardu s realitou. Interní audit má bohatou historii a je aktivně používán v různých odvětvích. Role auditu a auditorů by neměla být restriktivní ani násilná ale primárně preventivní. Role auditu má pro organizaci čím dál větší přidanou hodnotu, neboť umožňuje přinést poznatky o efektivitě procesů uvnitř organizace. „Aby byla role auditu naplněna, musí být dobře komunikována, a to jak auditory vůči zaměstnancům při provádění kontroly, tak stejně dobře musí být výstupy z auditu komunikována managementu<sup>13</sup>„

### **1.5.5.2. Indikátory kvality**

Jedná se o měřitelná kritéria definovaná normou, předpisem, standardem či požadavkem. Indikátor ukazuje, jak byly daná norma či předpis naplněny. Indikátory mají různý rozsah a záběr, mohou se zaměřovat na systém, strukturu či proces, umožňují porovnání kvality ve zdravotním zařízení.

Aby byl přínos indikátoru naplněn, nestačí jej pouze definovat, musíme měřit a vyhodnocovat. Nastavení parametrů indikátoru musí mít logiku a musí být zakotveny v systému řízení organizace.<sup>10</sup> Pokud bude splněno vše vyjmenované, mohou nám parametry ukázat, zda postupy a principy v organizaci fungují nebo nikoliv. Je nutné zmínit, že se nejedná o neomylný systém, například pokud indikátor nebude dobře definován, vstup nebude průkazný. Dále je také potřeba zmínit, že stejně jako u auditu se nejedná o hledání viníka, ale o způsob vyhodnocení a nastavení prevence, která povede ke zvyšování kvality.

#### **Indikátory kvality se týkají:**

- Struktury (počet zaměstnanců, technické vybavení)
- Procesů (procento nozokomiálních nákaz, nesrovnalosti ve zdravotní dokumentaci)
- Výstupů (počet stížností, nákladů na lůžko, efektivita ambulantní péče)

### **1.5.6. Akreditace**

Akreditace (z franc. accréditer, z mettre à crédit, ověřit důvěryhodnost) je externí nástroj hodnocení určitého stupně kvality a bezpečnosti ve zdravotním zařízení. K hodnocení se používají vydefinované standardy externího hodnotitele.

Akreditace je celosvětově rozšířený nástroj na externí hodnocení nemocnice, je ve většině zemí dobrovolná, stejně jako v České republice, nicméně existují vnější motivace nemocnic.

Jako hlavní přínosy můžeme definovat zvýšení důvěry pacientů ve zdravotní zařízení, podkladové argumenty o kvalitě mohou sloužit pro lepší vyjednávací pozici s plátcem za péči, tedy se zdravotními pojišťovnami, či pro komunikaci se zřizovateli například státem či krajem. Dalším velkým přínosem je vytváření kultury zdravotní organizace, která má zájem na zvyšování kvality poskytovaných služeb<sup>14</sup>

#### **1.5.6.1. Historie akreditace**

Informace ohledně akreditace v České republice před rokem 1989 se mi bohužel nepodařilo dohledat. Konkrétně jakékoliv informace o tom, zda probíhala v České republice nějaká forma akreditace zdravotních zařízení a zda to byl ucelený systém a existovaly z toho nějaké výstupy.

Historické kořeny akreditace v České republice začínají skupinou při ministerstvu zdravotnictví s názvem „akreditace nemocnic“, tento projekt byl ukončen v roce 1998, na základě výstupů z tohoto projektu byla vytvořena první akreditační komise v České republice. V roce 1999 byla akreditována první nemocnice.

Ohledně historie akreditace ve světě máme již informací více. První komise pro akreditaci vznikla v roce 1976, jednalo se o první ucelený soubor standardů pro lékařské a ošetrovatelské obory. Audit probíhal jednou ročně. Důvod vzniku této a dalších organizací byla velká variabilita mezi kvalitou poskytované péče napříč zdravotními zařízeními v USA.<sup>15</sup>

### **1.5.6.2. Akreditační standardy dle SAK. o.p.s.**

Spojená akreditační komise, o.p.s., dále ještě rozděluje standardy na Akreditační standardy pro nemocnice, pro následnou péči, pro zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb a pro zdravotnické záchranné služby.<sup>10</sup>

Každý definovaný standard má 3 části, vlastní znění standardu, to je pro příklad V nemocnici se manipuluje s laboratorními vzorky dle stanovených postupů.<sup>10</sup> Následuje účel standardu, který popisuje způsob naplnění standardu, uvádí příklady naplnění, případně odkazy na legislativu či jiné zdroje. V některých případech může být v účelu

uveden výčet náležitostí nutných k naplnění některého z indikátorů, který na znění účelu pak odkazuje<sup>17</sup>

Poslední částí jsou indikátory jako měřitelné položky, u nichž případná komise hodnotí, zda byly nebo nebyly naplněné.

Jak bylo definováno v kapitole výše, indikátory jsou měřitelné položky. Pro příklad indikátory pro standard: „V nemocnici se manipuluje s laboratorními vzorky dle stanovených postupů.“

- Nemocnice zavede do praxe standardizovaný postup pro objednávání laboratorních vyšetření.
- Nemocnice zavede do praxe standardizovaný postup pro identifikaci laboratorních vzorků a jejich odběr.
- Nemocnice zavede do praxe standardizovaný postup pro transport, skladování a uchovávání laboratorních vzorků<sup>10</sup>

### **1.5.6.3. Průběh hodnocení a udělení akreditace dle SAK. o.p.s.**

V materiálech (SAK) se uvádí, že akreditace provádí hodnotící tým, který je obvykle složen z lékaře, nelékařského zdravotnického pracovníka a administrativně-technického specialisty. Hodnotitelský tým prochází všechny vydefinované standardy a pomocí dat je porovnává s indikátory. Do šetření samozřejmě nevstupují indikátory, které nelze hodnotit například z důvodu absence daného oddělení či sekce. Hodnotitelský tým tvoří průměrné bodové

hodnocení. Obecně lze říct, že lze získat 10 bodů v případě naplnění indikátoru, 5 bodů v případě částečného naplnění a 0 bodů v případě nenaplnění.

Aby zdravotní zařízení získalo akreditaci, musí být splněna následující kritéria (každý standard je alespoň částečně splněn):

- hodnota 5 a více, respektive 50 % maxima a více;
- každá kapitola je splněna alespoň na 70 % maxima;
- všechny standardy jsou splněny alespoň na 80 % maxima<sup>10</sup>

### ***1.5.7. Kvalita očima pacientů (KOP)***

Projekt vznikl jako reakce na vizi WHO „Zdraví 21“. Na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v květnu roku 1998 se členské státy Světové zdravotnické organizace usnesly na deklaraci, která bude formulovat principy péče o zdraví v co nejširších souvislostech.<sup>16</sup>

Význam dlouhodobého projektu na zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky *Zdraví pro všechny do 21. století*, dále definované pouze jako *Zdraví 21*, představuje regionální strukturovaný model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj.

Program si stanovil 21 cílů. Pro názornost uvádím příklad číslo 2: Spravedlnost ve zdraví do roku 2020 – cílem je snížit zdravotní rozdíly mezi socioekonomickými skupinami nejméně o jednu čtvrtinu a zlepšit úroveň deprivovaných populačních skupin.

Jak bylo definováno, kvalita ve zdravotnictví je velmi široký pojem a zahrnuje celou řadu postupů, zdravotní zařízení můžeme akreditovat, standardizovat, provádět různé metody měření a řízení kvality péče.

Projekt *Kvalita očima pacientů* se zaměřuje na významnou část komplexu kvality, a to je vnímání kvality péče každodenními spotřebiteli, tedy pacienty a veřejností. Počátky projektu *Kvalita očima pacientů* vychází z roku 2001, kdy si sdružení fakultních nemocnic vytklo za cíl sjednotit monitoring spokojenosti pacientů a vytvořit společnou platformu pro všechny tehdejší fakultní nemocnice.

Zakladatelem této myšlenky byl PhDr. Miroslav Bílek z Centra pro řízení kvality z FN Plzeň.<sup>17</sup>

Projekt hodnotí kvalitu lůžkové a ambulantní péče. Pacienti na lůžkové péči hodnotí celkem 50 indikátorů kvality, které tvoří 8 základních dimenzí.

- Přijetí pacienta do zařízení
- Respekt – ohled – úcta k pacientovi
- Koordinace a integrace péče o pacienta
- Informace a komunikace s pacientem
- Tělesné pohodlí pacienta
- Citová opora pacienta
- Zapojení rodiny a blízkých do léčby pacienta
- Propuštění pacienta ze zařízení

Analogicky hodnotí pacienti podobné indikátory a dimenze ambulantní péče:

- Dostupnost péče
- Čekárna a prostředí
- Návštěva lékaře/zdravotního odborníka
- Přístup personálu k pacientovi
- Informace o vyšetření a léčbě
- Informace o lécích
- Následná péče
- Celkový dojem z návštěvy ambulance<sup>18</sup>

#### ***1.5.7.1. Rating zdravotnického zařízení podle KOP***

Projekt KOP zahrnuje všechna hodnocená zdravotní zařízení, která jsou rozdělena podle dosažených výsledků, podmínkou pro udělení ratingu zdravotního zařízení je pouze splnění metodického minima. Metodické minimum definuje věstník ministerstva zdravotnictví České republiky 2008/3.<sup>18</sup>

**Tabulka 1: Přehled ratingu dle KOP**

RATING ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ PODLE PROJEKTU KVALITA OČIMA PACIENTŮ				
RATING	Přímo řízené organizace Ministerstva zdravotnictví (v závorce uveden rok sběru hodnocených dat)			Ostatní zdravotnická zařízení (v závorce uveden rok sběru hodnocených dat)
	Fakultní nemocnice a ústavy	Psychiatrické léčebny	Rehabilitační ústavy	
<b>A+</b> <i>významně nadstandardní</i>	FN Pízeň (2013) FN Ostrava (2013) Masarykův onkol. ústav v Brně (2013) Nemocnice Na Homolce (2013) FN Olomouc (2012) FN Hradec Králové (2011) FN Thomayerova (2011) Všeobecná FN v Praze (2010) IKEM (2010) FN v Motole (2010)	PL Jihlava (2013) PL Červený Dvůr (2011) PL Bílá Voda (2011) PL Kosmonosy (2010)	RÚ Kladruby (2013) Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé (2010)	Ústřední vojenská nemocnice Praha (2013) Institut onkol. a rehabilitace Na Pleši (2014) Krajská nemocnice Liberec (2013) Nemocnice Znojmo (2013) Masarykova městská nem. v Jilemnici (2011) Nemoc. Jablonec n.N.(2011) ON Příbram (2012) Nemocnice Frýdlant (2008) Nemocnice Turnov (2008) ON Benešov (2007) ON Kolín (2007) ON Mladá Boleslav (2007)
<b>A</b> <i>nadstandardní</i>	FN Na Bulovce (2010)	PL Bohnice (2013)		Nemoc. Na Františku (2008) Nemocnice Tanvald (2008) Nemocnice Litomyšl (2007)
<b>A-</b> <i>standardní</i>	FN Královské Vinohrady (2011)	PL Horní Beřkovice (2011) PL Kroměříž (2011) PL Brno (2009)	RÚ Hrabyně (2011)	Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa (2011)
<b>B+</b> <i>mírně pod standardem</i>	FN u sv. Anny v Brně (2011)			Krajská nemocnice T. Bati (2012)
<b>B</b> <i>pod standardem</i>	FN Brno (2010)	PL Havlíčkův Brod (2010)		
<b>B-</b> <i>významně pod standardem</i>	Ústav pro péči o matku a dítě (2010)	PL Dobřany (2010)		Nemocnice Mělník (2012)

### **1.5.7.2. Metodický návod pro distribuci a sběr dotazníku pro měření kvality zdravotních služeb prostřednictvím spokojenosti pacientů**

Ministerstvo zdravotnictví se dlouhodobě zasazuje o zvyšování kvality zdravotních služeb a aby bylo zhmotnění této snahy také dostatečně dosažitelné, vydalo v roce 2008 metodický pokyn, který má sjednotit hodnocení kvality zdravotních služeb očima pacienta.

V České republice je možnost svobodné volby lékaře, zároveň jsou veřejně dostupné informace o kvalitě jednotlivých zdravotních zařízení, na základě, kterých mají pacienti dostatek dat pro volbu, které zdravotní zařízení navštíví, nejedná-li se o akutní zdravotní problém.

Cílem zmiňovaného metodického návodu<sup>18</sup> je pomoci všem zdravotním zařízením v definování standardu, a to jak pro sběr a distribuci dotazníku, tak pro hodnocení spokojenosti. To vše by mělo vést k vytvoření datové opory pro objektivní rozhodování pacientů a plátců zdravotní péče.

### **1.5.7.3. Výzkumný nástroj**

Aby bylo dotazníkové šetření objektivní a spolehlivé, je nutné mít stejnou formu dotazníku. Pro vytvoření standardizovaného dotazníku je zapotřebí dodržení následujících pravidel:

- Dotazník má předepsaný obsah i formát. Formulář dotazníku vydává Ministerstvo zdravotnictví.
- Dotazník je shodný s dotazníkem na portálu kvality MZ, pokud se otázky v dotazníku shodují zněním, pořadím, variantami odpovědí a pokud se shoduje formát dotazníku.
- Další otázky mohou být doplněny v omezeném rozsahu (maximálně 10 otázek) na konci jádrového dotazníku, před socio-demografickými otázkami.
- Dotazník má formát brožury A4, číslované otázky jsou tištěny ve dvou sloupcích na každé straně.
- Dotazník musí na titulní straně obsahovat standardizované označení samostatně měřeného pracoviště (oddělení/stanice), které musí být vyplněno před předáním dotazníku pacientovi.

Na úvodní straně dotazníku musí být rovněž uvedeny základní informace o cílech šetření a informace o anonymitě a dobrovolnosti zapojení pacienta do šetření<sup>18</sup>

### **1.5.7.4. Dotazník spokojenosti v Krajské zdravotní, a.s.**

Jak je v úvodu definováno, bakalářská práce se zaměřuje ve své praktické části na nemocnice v severních Čechách, a to konkrétně na organizaci Krajská zdravotní a.s., proto zde přikládám srovnání dotazníku spokojenosti pro lůžkovou část.

Objektivně řečeno je potřeba říct, že dotazník splňuje doporučené požadavky na formu. Z právního hlediska ale metodický pokyn nemá žádný dopad na Krajskou

zdravotní, a.s., jelikož je mířen na nemocnice zřizované ministerstvem zdravotnictví. Zřizovatelem Krajské zdravotní, a.s. je Ústecký kraj.<sup>19</sup>

Dotazník pro sledování spokojenosti je přiložen jako příloha.

(Příloha 1 Dotazník spokojenosti hospitalizovaných pacientů – dospělí pacienti)

#### **1.5.7.5. Distribuce a sběr dat**

Metodický pokyn doporučuje šetření provádět v kalendářním roce jednorázově, například během dvou řízených etap. V předem stanoveném časovém úseku hlasují všichni pacienti, kteří v daném období byli propuštěni ze sledovaných lůžkových oddělení zdravotního zařízení.

Absolutní počet získaných dotazníků by měl činit minimálně 5 % ročního úhrnu pacientů hospitalizovaných v daném zdravotním zařízení a minimálně by se mělo jednat o 500 respondentů během jedné etapy.

V Krajské zdravotní se ročně hospitalizuje přes 90 000 pacientů, v roce 2020 se dle výroční zprávy jednalo o 92 905 pacientů, aby byl dodržen pokyn MZ, mělo by být zmapováno přes 4640 responzí.<sup>19</sup>

Číslo není úplně přesné, protože metodický pokyn také hovoří o výjimkách ze sběru dat.

Primárně se jedná o oddělení, kde by byla další zátěž pacientů dotazníkem neetická:

- JIP
- ARO
- metabolické a koronární jednotky
- dětská oddělení
- oddělení dlouhodobě nemocných (LDN)



Ministerstvo definuje i následující postup při vyplňování dotazníků. Hlavní roli má zdravotní sestra, která by měla den před propuštěním z hospitalizace pacientovi předložit příslušný dotazník spokojenosti a poučit ho o procesu.

Pacient by měl být tedy informován o tom, že se jedná o dotazník spokojenosti z důvodu zvyšování kvality služeb v určitém zdravotním zařízení, že vyplnění dotazníku není povinné a v neposlední řadě by měla pacienta informovat, kdo je organizátorem dotazníkového šetření.

Společně s dotazníkem předá pacientovi ještě bílou čistou obálku a instrukce, jak vyplněný dotazník vrátit. Ve většině případů definuje dobře označenou a na viditelné místě umístěnou schránku, kam pacient dotazník vhodí. Pokud pacient není schopný pohybu nebo má jiné indispozice, může dotazník v obálce převzít sestra.

Sestra má také roli v erudici pacienta v případě otázek k obsahu dotazníku či k obecným dotazům.

#### ***1.5.7.5.1. Definice respondenta***

Aby byla data relevantní, musíme provést selekci na základě dat od respondenta. Jako příklad můžeme uvést psychiatrické oddělení, které se také podílí na sběru dat, nicméně responze nejsou zahrnuty do celkový výsledků.

Obecně tedy rozdělujeme:

**Objektivní kritérium:** pacient strávil v zařízení na lůžku aspoň jednu noc, tzn. že datum jeho přijetí a datum jeho propuštění se liší minimálně o jeden den a při propuštění ze stanice není překládán na jiné oddělení téhož ani jiného zařízení.

**Subjektivní kritérium:** pacient je schopen bez asistence personálu nemocnice vyplnit dotazník, tzn. že není natolik indisponován svým zdravotním stavem nebo jinou bariérou (např. jazykovou), že by nebyl schopen dotazník vyplnit buď sám, nebo event. s pomocí

rodinných příslušníků příp. jiné osoby s výjimkou personálu zařízení.<sup>17</sup>

**Výjimky:** Dotazník se nepředává pacientkám hospitalizovaným z důvodu přerušení

těhotenství a pacientům, kteří jsou překládáni na jiné oddělení nebo do jiného zdravotnického zařízení.<sup>17</sup>

#### **1.5.7.5.2. Požadovaná návratnost dotazníku**

Podle metodického pokynu je definováno, že návratnost musí být alespoň 60 % rozdaných dotazníků. Jako metodické minimum je stanovená procentuální výše 50 %. Pokud zdravotní zařízení nedosáhne aspoň 50% návratnosti, považuje se výsledek za nespolehlivý.

## **2. Praktická část – krajská studie**

V praktické části své práce jsem se zaměřil na nemocnice v severních Čechách, tedy na Krajskou zdravotní, a.s.

Společnost Krajská zdravotní, a. s., vznikla 1. září 2007 transformací pěti nemocnic do jednoho celku. Konkrétně se jedná o Nemocnici Děčín, Masarykovu nemocnici v Ústí nad Labem, Nemocnici Teplice, Nemocnici Most, Nemocnici Chomutov a od 1. 4. 2021 také Nemocnici Litoměřice. Jelikož Nemocnice Litoměřice do Krajské zdravotní, a.s., vstoupila teprve v roce 2021, tak do dotazníkového šetření nebyla zahrnuta.<sup>19</sup>

Ve společnosti Krajská zdravotní, a. s., pracuje dle výroční zprávy z roku 2020 1000 lékařů a 2632 všeobecných zdravotních sester a porodních asistentek, jedná se o fyzické stavy personálu, roční obrat je ve výši 7,5 miliardy korun. Tedy seskupení Krajské zdravotní, a.s., je srovnatelné s největší nemocnicí v České republice FN Motol.<sup>20</sup>

### **2.2. Hypotézy**

Obecně lze říct, že ve většině soukromých společností zaměřených na služby se měří spokojenost zákazníků primárně z důvodu zvyšování návratnosti klientů. Návrat klienta zvyšuje konverze prodeje a umožní firmě lepší budování

osobní značky, které vede k návratu zákazníků, a k doporučení zákazníků dalším potenciálním zákazníkům, což může vést reálně k vyšším obchodním výsledkům a k získání lepšího a stabilnějšího postavení na trhu.<sup>21</sup>

Aby všechny tyto procesy v soukromých organizacích fungovaly, musí mít zpracované dva základní postupy.

První postup je, jak distribuovat dotazník spokojenosti či jak zjistit spokojenost od zákazníka a druhý, neméně důležitý, postup se zaměřuje na to, jak s daty z průzkumu efektivně pracovat.

Jednoduše řečeno odměnit dobré výsledky při spokojenosti jednotlivých klientů a vytvořit adekvátní systém pro napravování či odstranění nedostatků.

Má hypotéza je následující: Pokud budeme předpokládat, že KZ, a.s., má systém na hodnocení dat z dotazníku spokojenosti, promítnou se zpětné vazby od pacientů do zlepšování kvality poskytované péče. Protože předpokládám, že nastavený metodický proces pracuje s daty z dotazníku, výstupy mají vliv na personál a organizaci jako takovou.

## ***2.3. Metodologie***

### ***2.3.1. Technika sběru dat***

Data se sbírala od 04. 09. 2017 do 26. 05. 2021. Pro vytvoření dotazníků a sběr dat jsem použil platformu Survio. Distribuce dotazníku k respondentům probíhala různými způsoby, využil jsem vytištění dotazníku a předání jednotlivcům nebo vygenerování QR kódu, který ukrýval odkaz na dotazník, ten byl následně různě distribuován po nemocnici. Dále jsem také kontaktoval různé zájmové skupiny na sociálních sítích.

Nicméně se ukázalo, že většina těchto distribučních strategií byla nefunkční, protože dotazníky byly rozdány, ale už se nevracely nazpět.

Zvolil jsem tedy další distribuční strategii, a to bylo zveřejnění odkazu na dotazník na interní síti Krajské zdravotní. Toto řešení se ukázalo jako

nejefektivnější, jelikož posbíralo dostatečný počet responzí pro vytvoření potřebné analýzy.

### **2.3.2. Cíl výzkumu**

Výzkum je zaměřen na efektivitu sledování spokojenosti pacientů v konkrétním zdravotním zařízení spadajícím pod správu Krajské zdravotní. Celá studie bude probíhat formou dotazníkového šetření.

Výzkumným cílem je popis a ověření, jak efektivně probíhá následná práce s dotazníky spokojenosti pacientů po vyplnění, jaké mechanismy nemocnice používá pro práci s daty, jak jsou tyto mechanismy funkční v praxi a jak je vnímán tento proces.

### **2.3.3. Nemocnice ve studii**

Následuje krátké shrnutí nemocnic zapojených ve studii, data pocházejí z výroční zprávy z roku 2020.

#### **2.3.3.1. Základní shrnutí Nemocnice Děčín**

Nemocnice v Děčíně má 259 lůžek akutní péče, 27 lůžek JIP a 22 lůžek následné péče. Počet hospitalizovaných pacientů v roce 2020 byl 12 406, počet ambulantních ošetření 154 974 a počet operací 4504.

#### **2.3.3.2. Základní shrnutí Nemocnice Ústí nad Labem**

Nemocnice Ústí nad Labem disponuje 1131 lůžky, z toho 129 lůžek má JIP. Nemocnice Ústí nad Labem nemá přímo lůžka následné péče, ale má detašované pracoviště, které čítá 115 lůžek následné péče. Nemocnice v roce 2020 hospitalizovala 34 064 pacientů a provedla 14 580 operací.

#### **2.3.3.3. Základní shrnutí Nemocnice Teplice**

Nemocnice v Mostě čítá 561 lůžek akutní péče, 47 lůžek JIP a 51 lůžek následné péče. V nemocnici bylo v roce 2020 hospitalizováno 18 971 pacientů, ambulantních vyšetření bylo 320 933 a počet operací byl 5430.

#### **2.3.3.4. Základní shrnutí Nemocnice Chomutov**

Nemocnice v Chomutově má 331 lůžek akutní péče, 46 lůžek JIP. V nemocnici provedli 3133 operací, poskytovali 11 920 pacientům lůžkovou péči a ambulantní vyšetření podstoupilo 172 436 pacientů.

#### **2.3.3.5. Základní shrnutí Nemocnice Most**

Nemocnice v Mostě čítá 561 lůžek akutní péče, 47 lůžek JIP a 51 lůžek následné péče. V nemocnici bylo v roce 2020 hospitalizováno 18 971 pacientů, ambulantních vyšetření bylo 320 933 a počet operací byl 5430.

#### **2.3.4. Parametry dotazníku**

Dotazník se skládá celkem ze 17 otázek, 7 otázek v dotazníku má otevřenou odpověď a umožňuje subjektivní odpověď respondenta. Zbýlých 10 otázek je kladeno uzavřenou otázkou a je možné odpovědět pouze vybranými odpověďmi.

#### **2.3.5. Statistika respondentů**

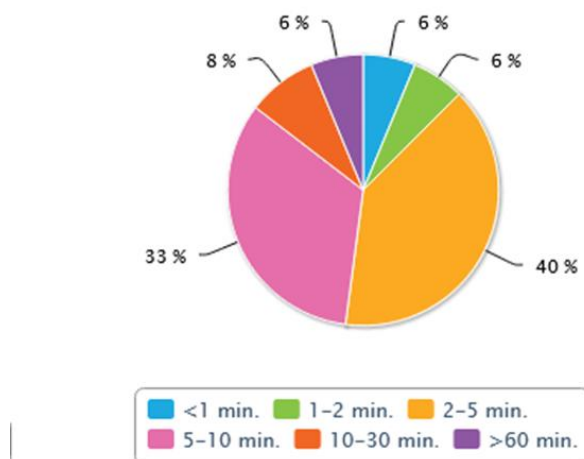
**Tabulka 2: Statistika dotazníku, zdroj: vlastní práce autora**

Počet návštěv	Počet dokončených	Počet nedokončených	Pouze zobrazení	Celková úspěšnost
214	48	0	166	22,4 %

Podle tabulky výše je patrné, že dotazník byl relativně úspěšný při distribuci, protože webovou stránku s dotazníkem navštívilo 214 respondentů a celkem 166 respondentů si ho zobrazilo. Nicméně pouze 48 respondentů dotazník dokončilo, a tak celková úspěšnost tvoří pouhých 22,4 %.

Čas vyplňování dotazníků byl nejčastěji 2–5 minut (39,6 % respondentů), 30 až 33 % respondentů vyplňovalo dotazník 5 až 10 minut a 8,3 % respondentů trvalo vyplnit dotazník mezi 10–30 minutami.

**Obrázek 3: Čas vyplňování dotazníku, zdroj: vlastní práce autora**



**Otázky v dotazníku můžeme rozdělit do dvou kategorií:**

- a) Kategorie subjektivního vnímání dotazníku spokojenosti pacientů jako nástroje pro získávání zpětné vazby od pacientů, která se týká personálu a celé nemocnice. Otázky v této kategorii jsou kladeny převážně formou otevřené otázky.
- b) Druhá kategorie si klade za cíl potvrzení či vyvrácení hypotézy, je kladena formou uzavřené otázky s možnými předdefinovanými odpověďmi.

**2.4. Interpretace odpovědí**

V této nejobsáhlejší kapitole se budu věnovat stěžejní části mé bakalářské práce, a to interpretaci výsledků ze všech odpovědí z dotazníku pomocí absolutních a relativních četností. Výsledky poslouží jako podklad pro potvrzení nebo vyvrácení hypotézy definované v úvodu praktické části.

Objasnit význam odborných pojmů není třeba, neboť respondenti jsou zdravotnický personál.

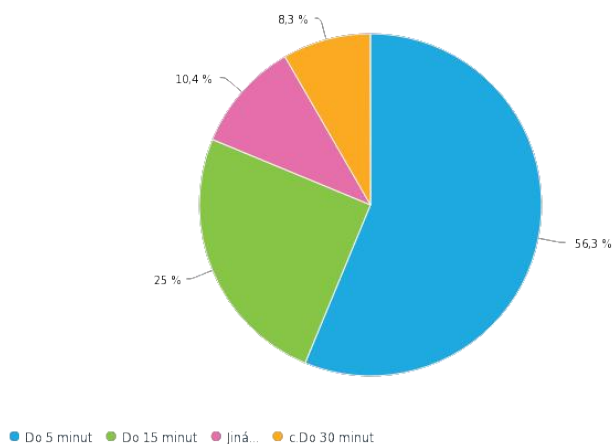
Vizualizace byla provedena pomocí tabulek a grafů zpracovaných v programu Survio.

### **Kolik času Vám zabere vyplnění dotazníku s pacientem?**

Tato otázka byla zdravotnímu personálu položena z důvodu mapování časové dotace, kterou má vyhrazenou na pacienta a zjištění jeho spokojenosti, případně na odpovědi na doplňující otázky.

V následující tabulce jsou uvedeny absolutní a relativní četnosti zjištěných odpovědí:

**Obrázek 4: Kolik času zabere vyplnění dotazníku s pacientem,  
zdroj: vlastní práce autora**



### **Komentář:**

Více než 50 % respondentů věnuje vyplňování dotazníku spokojenosti maximálně 5 minut. Objevovaly se i jiné možnosti odpovědi, a to, že dotazník s pacientem vůbec nevyplňují (3 odpovědi) a jeden respondent uvedl, že záleží na stavu pacienta, odpověď ale dále nespecifikoval.

### **Myslíte, že všichni zdravotní personál vnímá dotazník spokojenosti stejně?**

Dotazovatel se touto otázkou snaží zjistit subjektivní vnímání dotazníku spokojenosti ve zdravotním zařízení.

**Tabulka 3: Absolutní a relativní četnost odpovědí na otázku č. 2, zdroj: vlastní práce autora**

#▲	Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
●	Ano	9	18,8 %
●	Ne	39	81,3 %
●	Jiná...	0	0 %

#### **Komentář:**

Majoritní většina odpověděla na otázku záporně. Lze data tedy interpretovat tak, že většina personálu předpokládá, že dotazník má více funkcí. Pozoruhodné je, že se nevyskytla ani jedna odpověď v kategorii jiná.

#### **Ptá se dotazník podle Vás na podstatné věci?**

Otázka má prozkoumat názor personálu, zda je dotazník cílený a ptá se na podstatné věci.

#▲	Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
●	Ano	29	60,4 %
●	Ne	19	39,6 %

**Tabulka 4: Absolutní a relativní četnost odpovědí na otázku č. 2, zdroj: vlastní práce autora**

#### **Komentář:**

Velké překvapení je v relativně malém rozdílu mezi odpověďmi. Celkem 19 odpovědí respondentů bylo záporných, 29 kladných.

#### **V čem je pro Vás dotazník spokojenosti pacientů užitečný?**

Otázka si kladla za cíl zjistit, v čem konkrétně je dotazník pro personál užitečný.

Odpovědi respondentů:

První kategorii odpovědí lze definovat jako zpětnou vazbu na práci personálu a nemocnice. Počet responzí v této kategorii: 13. Příklady odpovědí: Ptá se na



spokojenost pacientů; zpětná vazba od pacientů; názor pacienta na nemocnici či zpětná vazba a kontrola mého jednání s pacienty.

Z druhé kategorie odpovědí je zřejmé, že dotazník spokojenosti nemá pro respondenty konkrétní smysl. Počet responzí v této kategorii: 9. Příklady odpovědí: nevím (objevilo se 4x); nemyslím, že je užitečný; je to další administrativa navíc; nevím, stejně se tím nikdo neřídí).

Třetí kategorie spojuje odpovědi respondentů, které nejsou konkrétní.

**Komentář:** Naprostá většina respondentů uvádí, že hlavní jádro dotazníku spokojenosti je pro ně zpětná vazba, ale stejně tak nemalá skupina zaměstnanců považuje dotazník za další administrativní zátěž.

**Které otázky podle Vás v dotazníku chybí? Napište prosím, o jaké otázky byste případně rozšířili dotazník rozšířili.**

Cílem této otázky je zjistit, jak konkrétně by zdravotní personál postupoval v případě, že by měl možnost upravit dotazník spokojenosti vůči pacientům. Cílem je také zjistit, které konkrétní otázky by personál do dotazníku doplnil a zda se ukáže konkrétní chybějící oblast.

V odpovědích se objevilo množství různých směrů, přesto je však možné je rozdělit do dvou celků.

První skupina respondentů by dotazník nechala tak, jak je, případně by ho graficky upravila a zpřístupnila pacientům ještě další formou, například online či QR kódem. Pro představu uvádím konkrétní odpověď (*spíše bych dotazník rozčlenil a udělal graficky hezčí a například online*). Část této skupiny by byla pro zkrácení dotazníku a o žádné další otázky by jej nerozšiřovala, příkladem může být odpověď (*vůbec bych nic nepřidával naopak bych ho zkrátila* či *Jak jsem již psal je to administrativa navíc a dotazník bych spíše zkrátil*), tato skupina obsahuje 23 respondentů.

Druhá skupina respondentů by dotazník upravila a některé otázky přidala. Kromě dodržování hygienických opatření personálu, které se v různých formách objevilo v dotazníku čtyřikrát, jsou další odpovědi respondentů na rozšíření dotazníku různé, a pro názornost tedy uvádím všechny.

*(Asi bych se více ptala na komunikaci a srozumitelnost; Možná bych se více ptala na stravu; Spokojenost s přístupem personálu!; zda je zachována intimita, pokud je na pokoji více pacientů!; Dotaz dodržoval/la jste nemocniční, řád?; Opouštěl/la jste oddělení bez povolení sester?; Komfort pacienta, možnost klienta vyjádřit se vlastními slovy; Jak na oddělení funguje připojení k internetu; Spokojenost rodinných příslušníků (2x); Ukazatele místa (2x); Jaký mají pocit z pobytu, jak na ně působí personál; Jak jsou spokojeni s empatií personálu; Byl jsem slušný na personál, celkové hodnocení návštěvy nemocnice či co by změnili)*

9 respondentů nedefinuje žádné svoje stanovisko (odpovědi: nevím, nic, 0).

**Komentář:** Většina respondentů považuje dotazník za příliš obsáhlý.

### **Jaký proces či věc byla změněna v poslední době na základě dotazníku spokojenosti?**

Cílem této otázky je zjistit, jak přesně zdravotní zařízení zpracovává výstupy, a jak tyto výstupy vnímá personál.

Jednalo se o otevřenou otázku, ale většina responzí se dá zařadit do jedné kategorie, jelikož většina respondentů žádné konkrétní nové procesy či změny na základě dat z dotazníku v poslední době nezaznamenala.

Tuto odpověď zvolilo 39 respondentů.

Zbylých 10 respondentů ve většině definuje změnu z hlediska zvýšení kvality stravy ve zdravotním zařízení. Dále se objevují změny v úklidu a komunikaci ze strany personálu vůči klientům.

**Komentář:** Je překvapivé, že u otevřené otázky lze více než 80 % responzí zařadit do jedné kategorie. Dále je zde patrné, že z hlediska subjektivního vnímání personálu se na základě dotazníku neprojevují žádné změny.

### **Mají výstupy z dotazníku vliv na Vaše odměňování?**

Tato otázka si dává za úkol zjistit, zda výstupy dotazníku spokojenosti pacientů mají nějakou provázanost s odměňováním zdravotního personálu.

97,9 % respondentů uvádí, že na odměňování nemá spokojenost pacientů žádný vliv.

**Tabulka 5: Absolutní a relativní četnost odpovědí na otázku č. 6, zdroj: vlastní práce autora**

#▲	Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
●	Ano	1	2,1 %
●	Ne	47	97,9 %

**Komentář:** Jestliže není v odměňovacím systému nijak zahrnuta míra spokojenosti pacientů, chybí pro personál klíčová motivace pro zvyšování kvality a míry spokojenosti.

### **Jak probíhá konzultace s vedením nad dotazníkem spokojenosti?**

Cílem otázky je zjistit, jakou formou probíhá interpretace vyhodnocených dat směrem k personálu.

41 respondentů uvedlo, že k žádným konzultacím mezi personálem a vedením nedochází, celkem 7 respondentů uvádí, že k předání zpětné vazby dochází, a to nejčastěji na úrovni vedení nemocnice, pro přehlednost uvádím všech 7 responzí. *(Někdy jsou překvapeni, většinou, abychom si dali pozor a pracovali na sobě, jelikož si nemusíme vždy uvědomit, co je v ten daný moment vhodné. Každý člověk vše vnímá totiž jinak.; V rámci provozních schůzek.; Na úrovni vedení nemocnice.; Snaha sester sice je ale nikdo z vedení to dál neřeší.; Komunikace s vrchní sestrou; Schůzka s vedením oddělení. Řekneme si, co se pacientům líbí a co ne.)*

**Komentář:** Z responzí lze vyvodit, že nemocnice nepředává zaměstnancům zpětnou vazbu získanou z dotazníku.

**Jakým způsobem dostáváte zpětnou vazbu od svých nadřízených na dotazník spokojenosti pacientů?**

Cílem této otázky je zjistit, jaký systém nemocnice používá pro předávání zpětné vazby a jak je tento systém pohledem respondentů účinný.

Celkem 36 respondentů udává, že nemocnice žádný systém nemá a zpětnou vazbu vůbec nedostávají, zbylých 12 responzí udává, že u nich systém pro předávání zpětné vazby také není, ale pokud se jedná o vážnější pochybení či naopak velmi kladné hodnocení, je to projednáno, a to většinou formou rozhovoru, pro příklad dvě responze (*Když jde o něco velmi vážného tak se to řeší, ale není v tom systém; kopie s kladnou odezvou se objeví na odd., negativní odezvy se řeší slovem*).

**Komentář:** Podobně jako v otázce přechází se dá objektivně říct, že nemocnice nemá vybudovaný systém distribuce a strukturovaných rozhovorů s vedením oddělení pro předání zpětné vazby. Nelze tedy ověřit, zda je systém efektivní.

**Myslíte si, že nemocnice má provádět úpravy či změny na základě dat z dotazníku?**

Cílem otázky je zjištění názoru respondentů na implementaci změn na základě dotazníku spokojenosti.

**Tabulka 6: Absolutní a relativní četnost odpovědí na otázku č. 9, zdroj: vlastní práce autora**

#▲	Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
●	Ano	37	77,1 %
●	Ne	11	22,9 %

Nadpoloviční většina respondentů se shoduje, že organizace mají dát na názor klientů zdravotního zařízení a mají provádět změny na základě spokojenosti.

**Jak Vaše zdravotní zařízení odměňuje dobré výsledky projevující se v dotazníku spokojenosti?**

Cílem je zjistit, jak jsou odměňovány dobré výsledky, a pokud ano, jak tuto odměnu vnímají zaměstnanci.

Nicméně dotazníkové šetření odhalilo, že neexistuje systém, který by předával strukturovanou zpětnou vazbu a neexistuje postup pro předání zpětné vazby, neexistuje tedy ani systém pochvaly. Celkem 39 respondentů nedefinovalo žádnou odměnu. Zbýlých 10 respondentů potvrdilo, že odměna existuje. 5 responzí popisuje odměnu formou pochvaly či dobrým pocitem a zbýlých 5 popisuje odměnu formou zvýšení mzdy či zvláštních odměn.

**Jak Vaše zdravotní zařízení postihuje špatné výsledky projevující se v dotazníku spokojenosti?**

Cíl je stejný jako u otázky číslo 11, jen z druhé strany spektra, tedy jaké restrikce či postupy používá zdravotní zařízení a jak je vnímají zaměstnanci.

Odpovědi byli následující. 39 respondentů nedefinuje žádný postih nebo o něm nevědí. 10 responzí popisují postih formou špatné pověsti.

Nezařazené odpovědi byli pro příklad následující: záleží na závažnosti stížnosti; přijde mi, že potom je více práce; přidává přesčasy; v kolektivu se netoleruje špatný přístup ke klientovi).

**Komentář:** Vzhledem k vývoji předchozích otázek se dalo předpokládat, že pokud neexistuje systém následné práce s daty ani systém předávání zpětné vazby, nebude existovat systém odměn a postihů, což se dotazníkovým šetřením potvrdilo.

**Jakou důležitost pro Vás má kvalita poskytované péče očima pacientů? (ohodnotit jako ve škole)**

V průběhu šetření jsem se respondentů ptal na dotazník spokojenosti, ale neptal jsem se, jak celkově vnímají zaměstnanci spokojenost pacientů. Cílem této otázky

bylo zjistit, zda je pro pracovníky ve zdravotním zařízení důležité, jak pacienti vnímají spokojenost s péčí.

**Tabulka 7: Absolutní a relativní četnost odpovědí na otázku č. 12, zdroj: vlastní práce autora**

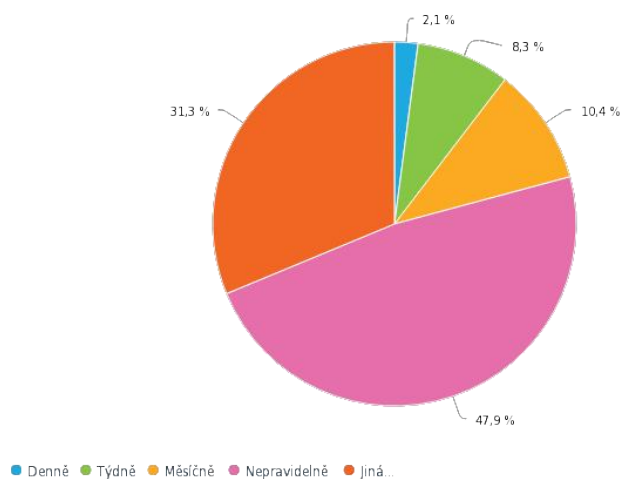
#▲	Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
1		23	47,9 %
2		6	12,5 %
3		15	31,3 %
4		0	0 %
5		4	8,3 %

**Komentář:** Celkem 29 respondentů vnímá dotazník jako klíčový nebo důležitý oproti 4 respondentům, kteří dotazník vnímají jako nedůležitý. Tento poměr definuje dotazník spokojenosti jako důležitý nástroj pro personál.

### Jak často probíhá sběr dotazníku?

Otázka si klade za cíl zmapovat, jak dle respondentů probíhá sběr dotazníků a případně, jaký vliv frekvence sběru na dotazník má.

**Obrázek 5: Jak často probíhá sběr dotazníku graf, zdroj: vlastní práce autora**



Více než 47 % responzí popisuje, že sběr dat je nepravidelný a nemá přesně daná pravidla. Do této kategorie spadá většina odpovědí ze sekce jiná (31,3 %), neboť

až na jednu odpověď, která definovala frekvenci jako roční, se všechny odpovědi kloní k nesystematickému sběru dat bez přesně stanovené frekvence.

**Dostáváte report o kvalitě vašeho oddělení, jaká data obsahuje, obsahuje porovnání napříč nemocnicí?**

Otázka směřovala primárně na porovnání dat mezi odděleními, jak vnímají respondenti porovnání dvou stejných oddělení. Jelikož KZ, a.s., pojímá více zdravotních zařízení ve více městech, vzniká ideální prostor pro porovnání dvou stejných oddělených, například lůžkové ortopedické péče, v jiných městech.

Nicméně 95,8 % respondentů uvedlo, že žádný report nedostávají, pouze dvě responze byly kladné, ani jedna však nedefinovala obsah reportu.

**Kdo se zabývá efektivitou práce s dotazníkem spokojenosti, potažmo s kvalitou?**

Cílem otázky je zjištění, zda respondenti mají povědomí o tom, kdo se zabývá kvalitou a kdo má případně na starosti práci s dotazníkem spokojenosti.

Celkem 15 respondentů uvedlo, že kvalitou a prací s dotazníky se zabývá ředitelství, nicméně nedefinovali konkrétní oddělení či osobu.

Dalších 10 respondentů definovalo, že kvalitou a prací s dotazníky se zabývá lokální liniový management, například primář či vrchní sestra.

3 respondenti definovali, že o kvalitu se stará a vyhodnocuje ji manažer kvality či oddělení kvality. Zbylých 14 respondentů nedefinovalo ani část managementu ani konkrétní osobu, nejčastější odpověď byla *nevím*.

**Od jakého data se vyhodnocuje kvalita spokojenosti pacientů?**

Cílem poslední otázky bylo zjištění přehledu respondentů o tom, jak dlouho se spokojenost sleduje.

Odpovědi jsem rozdělil do dvou kategorií – *nevím* nebo uvedení konkrétního data. Konkrétní data jsem ještě rozdělil do časových bloků po 5 letech (2021–2016, 2016–2011, 2011–2006, 2006–2001 a 2001 a později).

- Kategorie 20 let a více obsahuje 4 responze
- Kategorie 15 až 20 let obsahuje 1 responzi
- Kategorie 10 až 15 let obsahuje 10 responzí
- Kategorie 20 let a více obsahuje 4 responze
- Kategorie 5 až 10 let obsahuje 4 responze
- Kategorie do 5 let obsahuje 1 responzi
- Kategorie *nevím* obsahuje 15 responzí

**Komentář:** Více než 15 respondentů uvádí, že neznají datum, od kdy se kvalita pomocí dotazníku vyhodnocuje.

### 3. *Diskuse*

V této kapitole zformuluji doporučení, jak dále pokračovat v efektivní práci s daty o zákaznické spokojenosti pacientů.

Většina doporučení vychází ze zahraničních odborných článků, jelikož v České republice neexistuje relevantní literatura.

Cílem této diskuse je tedy navázat na výstup z krajské studie a navrhnout řešení. Je nutné zjistit, které kroky se mají v přístupu ke sledování kvality zapojit, jakým způsobem by měla být sestavena dotazníková šetření, aby byla co nejvíce objektivní a nebyla předpojatá. Dále se zaměřím na to, jak nastavit reporty a jak výstup z reportů předat pacientům a personálu nemocnic.

#### 3.1. *HCAHPS*

HCAHPS (v originálu Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) neboli Průzkum z pohledu pacientů je první standardizovaný systém ve Spojených státech amerických zaměřený na průzkum pohledu pacientů na nemocniční péči.<sup>22</sup>

Před vznikem HCAHPS neexistoval systém, který by shromažďoval data zákaznické spokojenosti a umožňoval srovnání na místní, regionální a národní úrovni jednotlivých nemocnic, neboť předchozí systémy v nemocnicích sice



existovaly, ale umožňovaly s daty pracovat pouze na úrovni jedné nemocnice nebo jednoho zdravotního zařízení.

Systém je začleněn do federačního systému s názvem Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) a ten společně s projektovým týmem HCAHPS definoval 3 základní cíle projektu HCAHPS:

- Produkovat údaje, které umožňují objektivní a smysluplné srovnání nemocnic ve spotřebitelsky důležitých tématech.
- Data se budou veřejně publikovat (na webových stránkách Care Compare) a umožní pobídky pro další nemocnice.
- Zvýší transparentnost zdravotních zařízení, do kterých proudí velká část veřejných investic.<sup>23</sup>

### ***3.1.1. Obsah a správa HCAHPS***

Průzkum HCAHPS klade propuštěným pacientům 29 otázek týkajících se jejich nedávného pobytu v nemocnici.

Z toho 19 klíčových otázek týkajících se kritických aspektů nemocničních zkušeností pacientů (komunikace se sestrami a lékaři, vstřícnost nemocničního personálu, čistota a klid nemocničního prostředí, komunikace o lécích, informace o propuštění, celkové hodnocení nemocnice).

Průzkum se dává pacientům propuštěným v rozmezí mezi 48 hodinami a šesti týdny. Vzorek pacientů je nahodilý.

Schválené jsou následující možnosti průzkumu: pošta, telefon, pošta s telefonickým sledováním nebo aktivní interaktivní rozpoznávání hlasu (IVR). Je například velmi zajímavé, že není schválený způsob vyplnění průzkumu osobně s pracovníkem zdravotního zařízení.

### ***3.1.2. HCAHPS a reporting výsledků***

Systém reportuje data jednou ročně na základě 4 po sobě jdoucích kvartálních vyhodnocení. CMS tyto výsledky publikuje na webových stránkách Care Compare.

V reportingu je potřeba ještě před publikací provést revize, aby byly výsledky porovnatelné a spravedlivé.

V praxi to znamená, že pokud je nemocnice specializovaná na konkrétní oblast zdravotní péče, musí být sběr dat ošetřen tak, aby se zaměřoval na obecné principy spokojenosti, do kterých se specializace nepromítne.

Pro příklad můžeme uvést dvě nemocnice, Rehabilitační nemocnice Beroun a Nemocnice Ústí nad Labem. Tyto dvě nemocnice jsou neporovnatelné například ve spokojenosti pacientů s výbavou rehabilitačního oddělení. Je totiž pravděpodobné, že by nemocnice v Berouně měla značnou výhodu oproti nemocnici v Ústí nad Labem. Kde jsou nemocnice ale porovnatelné, je například kvalita stravy či úroveň soukromí při konzultaci s lékařem.

S takto upraveným reportingem systém HCAHPS umožní pomocí webových stránek Care Compare porovnání zdravotních zařízení.

Stránky Care Compare jsou dostupné online a umožní pacientům i personálu objektivní náhled na to, jak pacienti definují kvalitu.

### ***3.1.3. HCAHPS systém a jeho aplikace na výstupy z krajské studie.***

Pokud si shrneme výsledky z krajské studie, která byla obsahem praktické části této práce, velmi často se objevovalo tvrzení, že neexistuje systém porovnání z výstupů. Jednotlivá oddělení či nemocnice nemají přehled, jak určité indikátory kvality hodnotí pacienti napříč.

Obecně řečeno personál nebo liniový management z mostecké nemocnice se nemůže v konkrétním indikátoru porovnávat s dalšími odděleními či celými nemocnicemi. To samé samozřejmě platí i pro pacienty, kteří také nemají možnosti porovnání.

Pokud by existoval jednoduchý a uživatelsky příjemný webový srovnavač kvality napříč zdravotními zařízeními zaštitěný odbornými skupinami a stejně jako u HCAHPS podporovaný Ministerstvem zdravotnictví, vedlo by to dle mého názoru ke zvýšení kvality poskytovaných služeb a přirozeným tlakem by se zvedal zájem personálu i pacientů o zpětnou vazbu.

### **3.2. *Objektivita dotazníku spokojenosti pacientů***

Dle Davida K. Evans ze světové banky a Mario Macise, profesora na John Hopkins University, je pro objektivitu sledování spokojenosti poskytované zdravotní péče klíčové vyhnout se předpojatosti při formulaci otázek. Ve svém článku v BMJ Journals shrnují toto téma takto:

- Reakce na spokojenost pacientů bývají převážně pozitivní.
- Hodnocení spokojenosti pacientů lze snadno manipulovat rámováním otázek.
- Nejstandardnější rámování otázek spokojenosti pacientů v kontextu zemí s nízkými/středními příjmy – vyzývající pacienty, aby souhlasili nebo nesouhlasili s pozitivními výroky – nadhodnocuje kvalitu zdravotnických služeb.
- Poskytovatelé a tvůrci politik budou potřebovat kreativní strategie k měření skutečné spokojenosti pacientů.
- Poskytnutí kombinace pozitivně a negativně koncipovaných prohlášení by zmírnilo celkovou zaujatost, i když by zaujatost byla stále přítomna v odpovědích na každý jednotlivý výrok.
- Vyhýbání se formátům odpovědí souhlas/nesouhlas, ano/ne by také snížilo zkreslení souhlasu.
- Pro komplexní měřítka kvality musí být spokojenost pacientů doplněna objektivnějšími měřítky.<sup>24</sup>

Dotazník spokojenosti v Krajské zdravotní, konkrétně dotazník spokojenosti hospitalizovaných dospělých pacientů, obsahuje 23 otázek. Všechny tyto otázky jsou formované jako uzavřené, vyjma otázky číslo 23, která je doplňující otázkou k přechozím. V dotazníku je 5 otázek s možností odpovědí ano či ne. Žádná z otázek není formulována negativním prohlášením.

Celý dotazník je přílohou této bakalářské práce.

### **3.2.1. Objektivita dotazníku spokojenosti pacientů v KZ.a.s.**

Pokud bychom aplikovali poznatky z článku v BMJ Journals na koncepci používanou v Krajské zdravotní, lze obecně říct, že dotazník bude nadhodnocovat spokojenost pacientů.

Pro příklad můžeme uvést dotazníkové šetření The Picker Patient Experience Questionnaire, které se opírá o aktuální poznatky popisované výše a kombinuje pozitivně a negativně koncipované prohlášení. Příkladem je tato otázka z dotazníku: Stalo se Vám, že Vám lékař či sestra sdělili informace (například o zákroku či léčbě) a následně jiný lékař či sestra Vám sdělili zcela jiné.

Možné odpovědi:

- Ano, často
- Ano, někdy
- Ne

Pokud by dotazníkové šetření v KZ, a.s., upravilo otázky dle těchto poznatků, bude dotazník více objektivní. Výstupy z něj budou smysluplnější, při efektivní a systematické práci budou dávat konkrétnější podněty pro zlepšení kvality služeb, dokážou lépe identifikovat mezery, což může vést k provedení změn.

### **3.3. Management – změny na základě dat**

Na úvod této kapitoly se chci vrátit k otázkám a odpovědím z mého dotazníkového šetření mezi personálem KZ, konkrétně k otázce číslo 7, tedy zda mají výstupy z dotazníku spokojenosti vliv na odměňování personálu. U této otázky byla negativní odpověď z 97 %. A dále k otázce číslo 12 Jak Vaše zdravotní zařízení postihuje špatné výsledky projevující se v dotazníku spokojenosti? kde více než 85 % nedefinovalo konkrétní postup a vlastně popsali, že se tato problematika neřeší.

Podle doktora Bachmana, profesora na Katedře rodinného lékařství na Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, je běžný manažerský nástroj zlepšování kvality zdravotní péče používání výstupu z hodnocení spokojenosti pacientů. Ve svém článku z roku 2016 s názvem The Problem With Patient Satisfaction Scores

popisuje, že u lékařů, jejichž skóre nedosahuje 25% úspěšnosti, následují další manažerské kroky, a to identifikace nedostatků, zapracování a jejich odstranění.

Dle doktora Bachmana má tento pohled na problematiku i druhou stránku mince, a to je zvýšená senzitivita zdravotnického personálu na objektivitu negativních výstupů hodnocení.

Hlavním jádrem celé této problematiky, je objektivita dat. V předchozí kapitole jsem popisoval, jak mají být formulovány otázky, aby odpovědi nebyly předpojaté a nevedly ke zkreslení. I kdyby se tyto změny v dotazníku aplikovaly, nevyřeší to objektivitu z hlediska statistiky.

Dalo by se obecně říct, že pokud budeme velmi efektivně a objektivně vyhodnocovat kvalitu, budeme mít reporting, který dokáže porovnávat lékaře či oddělení nebo dokonce celé nemocnice, pak dokážeme z manažerského pohledu odměňovat ty, kteří mají dobré skóre spokojenosti a sankcionovat ty, kteří mají skóre pod průměrem.

Problém je ovšem dle doktora Bachman ve statistických datech. „Lékaři s menším počtem respondentů obvykle získávají nejvyšší nebo nejnižší skóre, což odráží vyšší vliv hodnocení vynikajícího a špatného výkonu v malém souboru dat. U lékařů s větším počtem respondentů – az toho vyplývající větší variabilita zkušeností pacientů – je pravděpodobnější, že budou mít průměrné skóre. To je funkce statistik, nikoli kvality.“<sup>25</sup>

Dále víme, že kvalitu, kterou hodnotí pacient zdravotního zařízení, ovlivňují další faktory, a to prostředí, věková struktura pacientů daného zařízení, technika a programy, ve kterých se pacienti objednávají, či programy, kde lékaři evidují dokumentaci. Nicméně i přes problémy popsané výše je kvalita poskytované služby a její reporting jedním z manažerských nástrojů a jako takový by měl být v praxi i aplikován. Musí se ale při aplikaci z výstupu zohlednit i další faktory.

#### **4. Závěr**

V závěru práce bych se chtěl vrátit k jejímu začátku. Práce má název Efektivita sledování spokojenosti pacientů – krajská studie. Stěžejními body teoretické části práce bylo zmapování zdravotnického systému jako součásti ekonomiky, provedení mezinárodního srovnání, popis systému kvality zdravotní péče, dále jsem se zaměřil na to, jaké nástroje se pro řízení kvality používají a jak fungují. Zaměřil jsem se také na to, jak je kvalita hodnocena pacientem, nezávislými organizacemi, a to například formou akreditace a hodnocením kvality z pohledu managementu daného zařízení. To vše bylo ve stručnosti popsáno v teoretické části této bakalářské práce.

Hlavním předmětem zájmu bakalářské práce byla krajská studie zaměřená na dotazníkové šetření v Krajské zdravotní, a.s. Záměrem bylo zjistit, jak střední management vnímá spokojenost pacientů, zda je to pro něj důležité, kolik času tomuto tématu věnuje a jakou formou se podílí na vyhodnocení výstupů daného dotazníku. Nakonec se zaměřuji na to, jaký vliv má zákaznická spokojenost na střední personál, konkrétně jak probíhá komunikace s managementem při předávání zpětné vazby na základě výstupu z dotazníku spokojenosti pacientů a zda mají výstupy vliv na odměňování zaměstnanců.

Jinými slovy, zda existuje komplexní a efektivní systém, jak data z dotazníku spokojenosti přicházejí v praktické propojení a implementují se do systému zdravotního zařízení.

Výstupem z praktické části bakalářské práce jsou dva poznatky. Prvním je to, že zaměstnanci Krajské zdravotní, kteří byli zapojeni do dotazníkové šetření, považují získávání zpětné vazby formou dotazníku za jeden z klíčových aspektů své práce.

Jako potvrzení této skutečnosti použiji výstup otázky, která udává, že více než 75 % respondentů považuje za klíčovou zpětnou vazbu od pacientů. Je tedy zřejmé,

že zpětná vazba a získávání informací o spokojenosti pacientů ve zdravotnictví patří mezi klíčové a nezbytné atributy pro další rozvoj kvalitní zdravotní péče.

Druhé zjištění, které je zřejmé z praktické části, je, že systém práce s výstupy je nedokonalý. Krajská zdravotní, a.s., patří mezi největší poskytovatele zdravotní péče v České republice, o kvalitě řízení tohoto zařízení vypovídá například to, že SAK, o.p.s., udělil akreditaci všem nemocnicím v holdingu. Nicméně na základě výstupů responzí z mého šetření se ukazuje, že neexistuje systém, který by pravidelně, systematicky a efektivně vyhodnocoval zákaznickou spokojenost.

Management tedy podle respondentů nemá k dispozici strukturovanou zpětnou vazbu od pacientů. Nemůže proto vytvářet strategie na základě zákaznické spokojenosti, protože nemá relevantní data, zákaznická spokojenost se tedy nemůže promítnout do implementace změn. Dále neexistuje systém pozitivní motivace za spokojenost pacientů, ale také zde není systém restrikcí za nespokojenost.

Stanovenou hypotézu tedy nelze potvrdit ani vyvrátit, jelikož předpokládá systém následné práce s dotazníky spokojenosti, který zde není.

I z tohoto důvodu byla do práce přidána následná diskuse, která hledá cesty, jak s danou problematikou a zjištěními z dotazníkového šetření pracovat dál. Definiuje, jak by měl být designován systém, tak, aby byl pro všechny účastníky procesu přínosem, komu by měl být tento systém přístupný a navrhuje inspiraci v systému HCAHPS. V diskusi je dále definováno, jak upravit dotazník podle aktuálního vědeckého poznání, aby otázky vedly ke zjištění objektivních skutečností a neovlivňovaly respondenty ke zkresleným výsledkům.

V závěrečné části navrhuji, jakou formou se k datům dostat tak, aby byla relevantní, jak data reportovat a jak implementovat konkrétní kroky směrem k personálu.

Nicméně také varuji před jednostranným škálováním personálu pouze na základě výstupů dotazníku a navrhuji, aby existoval systém, který bude mít vliv na personál, ale aby se nestal klíčovým pro management z hlediska hodnocení výkonu daného zařízení či konkrétního zaměstnance.



## **5. Souhrn**

Bakalářská práce se zaměřuje na kvalitu ve zdravotním zařízení a na systém efektivitu řízení kvality. V teoretické části se zabývá ekonomickými souvislostmi a porovnáním českého zdravotnictví ve srovnání se zeměmi OECD. Dále si klade za cíl uvedení základních kontextů kvality poskytované zdravotní péče.

V práci jsem kladl důraz na náhled na řízení kvality.

A to ze 3 základních úhlů pohledu, z pohledu organizace a managementu, z pohledu klienta a z pohledu odborníků

V praktické části se práce zaměří na sledování efektivitu hodnocení spokojenosti pacientů. Práce si bere za cíl oslovit dostatečný počet respondentů ze strany zdravotního personálu pro zmapování procesu vyhodnocení spokojenosti.

Zaměření pozornosti na to, jak zdravotní zařízení nakládá s daty získanými od pacientů formou dotazníkového šetření, jaké efektivní procesy má nastavené, aby získaná data implementovali do praxe. Také se práce pokusí potvrdit hypotézu, že pokud jsou data sbírána na dostatečném objemu a v dostatečné kvalitě, existuje systém vyhodnocení a implementace poznatku do praxe. Dojde ke zvyšování spokojenosti pacientů v dlouhodobém měřítku?

Bohužel tato hypotéza se nepotvrdila, protože podle respondentů neexistuje efektivní systém vyhodnocení dotazníku v Krajské zdravotní, a to přes to, že personál vnímá zákaznickou zkušenost jako klíčový aspekt své práce.

## **6. Summary**

The bachelor thesis focuses on quality in health care facilities and the system of quality management effectiveness. Economic context and comparison of Czech healthcare in comparison with OECD countries. It also aims to introduce the basic context of the quality of health care provided.

In my work I emphasized the insight into quality management.

And that 3 basic angles of view, from the point of view of organization and management, from the point of view of the client and from the point of view of experts

In the practical part, the work will focus on monitoring the effectiveness of patient satisfaction assessment. The work aims to address a sufficient number of respondents from medical staff to map the process of satisfaction evaluation.

Focusing on how the healthcare facility handles data obtained from patients in the form of a questionnaire survey, what effective processes it has set up to implement the obtained data into practice. The work will also try to confirm the hypothesis that if the data are collected of sufficient volume and sufficient quality. There is a system for evaluating and implementing knowledge into practice. Will there be an increase in patient satisfaction in the long run?

Unfortunately, this hypothesis was not confirmed because, according to the respondents, there is no effective system for evaluating the questionnaire in the Regional Health Service, despite the fact that the staff perceives the customer experience as a key aspect of their work.

## Seznam použité literatury

1. *Zdravotnická ročenka České republiky 2018* [online]. Praha 2, Palackého nám. 4: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019, 203 s. [cit. 2021-12-20]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>
2. ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ. *Ekonomika zdravotnictví*. Vyd. 2., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-551-8.<sup>1</sup>
3. OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
4. NENADÁL, Jaroslav. *Moderní management jakosti: principy, postupy, metody*. Praha: Management Press, 2008. ISBN 978-80-726-1186-7.
5. HNÁTEK, Jan. *Komentované vydání ČSN EN ISO 9001:2016: systémy managementu kvality – požadavky*. Praha: Česká společnost pro jakost, 2016. ISBN 978-80-02-02642-6.
6. MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0585-0.
7. NENADÁL, Jaroslav. *Management kvality pro 21. století*. Praha: Management Press, 2018. ISBN 978-80-7261-561-2.
8. *The Joint Commission* [online]. Office of Federal Relations 701 Pennsylvania Avenue NW Suite 700 Washington, DC 20004 [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://www.jointcommission.org/about-us/facts-about-the-joint-commission/history-of-the-joint-commission/>
9. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: překlad 3. vydání*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2436-2.
10. *AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NEMOCNICE* [online]. 3. Kounická 3129/70, 100 00 Praha 10: Spojená akreditační komise, o. p. s. a TIGIS, 2013 [cit. 2021-11-22]. ISBN 978-80-87323-04-05.
11. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3871-0.

12. VÁLKOVÁ, Monika. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015.
13. HÁJEK, Karel. *Interní audit: základní informace o řízení rizik*. Vyškov: Irena Spirová, 2003. ISBN 80-239-1953-9.
14. *Co je to akreditace?* [online]. Palackého náměstí 375/4 128 01 Praha 2, 20. 7. 2020 [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/co-je-to-akreditace/>
15. CHALOUPKOVÁ, V. Příprava systému akreditací zdravotnických zařízení v ČR, Centrum pro kvalitu ve zdravotnictví, SVÚ, 2007. [online].[16. 3. 2008]. Dostupný WWW: <http://www.szu.cz/cekz/index2.php?str=akreditace>
16. *Zdraví 21 - zdraví pro všechny do 21. století: úvod k osnově politiky zdraví pro všechny v Evropském regionu WHO*. Praha: Erasmus, 2000. European health for all series. ISBN 80-85047-15-2
17. O projektu KOP [online]. Opletalova 9/917 110 00 Praha 1 - Nové Město, 2010 [cit. 2021-12-02]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html>)
18. *VĚSTNÍK MZ ČR: VĚSTNÍK MZ ČR ♦ ČÁSTKA 3 1/6 14. METODICKÝ NÁVOD PRO DISTRIBUCI A SBĚR DOTAZNÍKŮ PRO MĚŘENÍ KVALITY ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB PROSTŘEDNICTVÍM SPOKOJENOSTI PACIENTŮ*. In: . Praha: Ministerstvo zdravotnictví, ročník 2008, Čj.: MZDR 98/1/1/2008.
19. Krajská zdravotní, a. s. *Výroční zpráva 2020*. Sociální péče 3316/12A, 401 13, Ústí nad Labem: Krajská zdravotní, 2021.
20. FN Motol. *Výroční zpráva 2020*. V Úvalu 84/1 150 06 Praha 5: FN Motol, 2021.
21. TOMEK, Gustav a Věra VÁVROVÁ. *Střety marketingu: uplatnění principu marketingu ve firemní praxi*. Praha: C.H. Beck, 2004. C.H. Beck pro praxi. ISBN 80-7179-887-8.
22. *Federal Register: Volume 78, Issue 160, Book 2* [online]. 78. Washington, D.C.: Office of the Federal Register, National Archives and Records Service, General Services Administration, srpen 2013 [cit. 2021-12-12].
23. The Centers for Medicare & Medicaid Services: <https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/history> [online]. Baltimore: United States government [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://www.cms.gov/>

24. DUNSCH, Felipe, David K EVANS, Mario MACIS a Qiao WANG. Bias in patient satisfaction surveys: a threat to measuring healthcare quality. *BMJ Global Health*. 2018, 3(2). ISSN 2059-7908. Dostupné z: doi:10.1136/bmjgh-2017-000694
25. , John W. Bachman. The Problem With Patient Satisfaction Scores. *FPM Journal*. 11400 Tomahawk Creek Pkwy, 2016, January/February 2016, 5.

## Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obrázek 1: Systém péče o zdraví .....	8
Obrázek 2: Srovnání dle HDP .....	10
Obrázek 3: Čas vyplňování dotazníku .....	30
Obrázek 4: Kolik času zabere vyplnění dotazníku s pacientem.....	31
Obrázek 5: Jak často probíhá sběr dotazníku graf .....	38
Tabulka 1: Přehled ratingu dle KOP .....	22
Tabulka 2: Statistika dotazníku .....	29
Tabulka 3: Absolutní a relativní četnost odpovědí na otázku č. 2 .....	32
Tabulka 4: Absolutní a relativní četnost odpovědí na otázku č. 2 .....	32
Tabulka 5: Absolutní a relativní četnost odpovědí na otázku č. 6 .....	35
Tabulka 6: Absolutní a relativní četnost odpovědí na otázku č. 9 .....	36
Tabulka 7: Absolutní a relativní četnost odpovědí na otázku č. 12 .....	38

## Seznam příloh

### Příloha č. 1 - Dotazník spokojenosti hospitalizovaných pacientů – dospělí pacienti

Krajská zdravotní, a.s. – Vložte název svého OZ!!!

### Dotazník spokojenosti hospitalizovaných pacientů – dospělí pacienti

#### Vážená paní, vážený pane,

vítáme Vás na oddělení naší nemocnice a zároveň se na Vás obracíme se žádostí o vyplnění tohoto dotazníku. Odpovědi na následující otázky nám pomohou zlepšit a zkvalitnit péči nejen o Vás, o pacienty. Při hodnocení zakroužkujte odpovídající známkování jako ve škole, případně vypište textem. **Vyplněný dotazník, prosím, vložte do sběrné schránky dle instrukcí personálu na našem oddělení.** Velice Vám tímto děkujeme za vynaložený čas a ochotu s námi spolupracovat.

Oddělení: ..... Měsíc hospitalizace:  
..... Rok hospitalizace: .....

Muž  Žena  Věk ..... Bydliště - město:  
.....

Plánovaný příjem (na objednání)  Akutní příjem

Pro hodnocení otázek můžete použít následující stupnici:

<b>1 velmi spokojeni vynikající</b>	<b>2 spíše spokojeni dobrá</b>	<b>3 nevím neutrální</b>	<b>4 spíše nespokojeni špatná</b>	<b>5 určitě nespokojeni nejhorší</b>
---	--	------------------------------	---	--

#### Hospitalizace v nemocnici

1. Jak jste spokojen(a) s organizací při příjmu na oddělení? **1**  
2 3 4 5
2. Jak jste spokojen(a) s komunikací během příjmu na oddělení?  
1 2 3 4 5
3. Jak hodnotíte značení pro orientaci v nemocnici? **1**  
2 3 4 5

#### Lékařské služby

4. Představil se Vám ošetřující lékař?  
**Ano Ne**
5. Jsou informace o Vaší nemoci pro Vás srozumitelné?  
**1 2 3 4 5**
6. Byl(a) jste dostatečně informován(a) o léčbě nebo provedení zákroku?  
**Ano Ne**
7. Jste dostatečně informován(a), co dělat po propuštění? **1**  
**2 3 4 5**
8. Jste spokojen s chováním (vystupováním) svého ošetřujícího lékaře?  
**1 2 3 4 5**

#### **Ošetřovatelské služby**

9. Představil se Vám ošetřující personál?  
**Ano Ne**
10. Jak jste spokojen(a) s péčí poskytovanou ošetřovatelským personálem? **1**  
**2 3 4 5**
11. Jak hodnotíte chování a ochotu sester, popř. jiného oš. personálu? **1**  
**2 3 4 5**
12. Jak hodnotíte dostupnost ošetřovatelského personálu? **1**  
**2 3 4 5**

#### **Práva pacientů**

13. Byl(a) jste srozumitelně seznámen(a) s právy pacientů?  
**Ano Ne**
14. Jak hodnotíte zapojení do rozhodování o Vaší léčbě?  
**1 2 3 4 5**
15. Jsou dostatečně respektovány Vaše soukromí a stud?  
**1 2 3 4 5**

#### **Ostatní služby**

16. Měl(a) jste požadavek na specifickou stravu (např.vegetariánskou, makrobio apod.)? **Ano Ne**
17. Byl(a) jste spokojen(a) s kvalitou stravy? **1**  
**2 3 4 5**
18. Byl(a) jste spokojen(a) se složením stravy?  
**1 2 3 4 5**
19. Vyhovovala Vám velikost porce?  
**1 2 3 4 5**
20. Jak hodnotíte úklid na pokojích a oddělení? **1**  
**2 3 4 5**
21. Byl(a) jste spokojen(a) s dostupností a čistotou sociálního zařízení?  
**1 2 3 4 5**
22. Byl(a) jste spokojen(a) s dostupností dalších služeb –  
(bankomat, bufet, internet atd.)? **1**  
**2 3 4 5**
23. Co Vám konkrétně v nemocnici z těchto služeb chybí?  
.....



**Pokud jste již byl(a) v naší nemocnici hospitalizován(a), pocit'ujete současnou péči jako:**

**1** lepší    **2** spíše lepší    **3** beze změn    **4** spíše horší    **5** horší

**Které oblasti vyžadují urychlené zlepšení? (označte nejvíce 2 možnosti)**

Vztah lékařů k pacientům

Kvalita stravy

Vztah sester k pacientům

Více soukromí

Lepší informovanost o nemoci

Organizace návštěv

**Pro poznámky a případná upřesnění a doplnění můžete použít zadní**