

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU**

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**



**MASTER OF BUSINESS ADMINISTRATION**

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Národní 2600/9a, 158 00 Praha 5

## NÁZEV DIPLOMOVÉ PRÁCE/TITLE OF THESIS

Spokojenost pacientů s kvalitou poskytované zdravotní péče jako odraz organizační kultury ve vybraném zdravotnickém zařízení

## TERMÍN UKONČENÍ STUDIA A OBHAJOBA (MĚSÍC/ROK)

Srpen 2020

## JMÉNO A PŘÍJMENÍ / STUDIJNÍ SKUPINA

Luděk Hána / MBA 34

## JMÉNO VEDOUcíHO DIPLOMOVÉ PRÁCE

prof. PhDr. Ing. Lenka Hajerová Müllerová, Ph.D., MPH

## PROHLÁŠENÍ STUDENTA

Odevzdáním této práce prohlašuji, že jsem zadanou diplomovou práci na uvedené téma vypracoval/a samostatně a že jsem ke zpracování této diplomové práce použil/a pouze literární prameny v práci uvedené.

Jsem si vědom/a skutečnosti, že tato práce bude v souladu s § 47b zák. o vysokých školách zveřejněna, a souhlasím s tím, aby k takovému zveřejnění bez ohledu na výsledek obhajoby práce došlo.

Prohlašuji, že informace, které jsem v práci užil/a, pocházejí z legálních zdrojů, tj. že zejména nejde o předmět státního, služebního či obchodního tajemství či o jiné důvěrné informace, k jejichž použití v práci, popř. k jejichž následné publikaci v souvislosti s předpokládanou veřejnou prezentací práce, nemám potřebné oprávnění.

Datum a místo: v Praze 8. 7. 2020

## PODĚKOVÁNÍ

Rád bych tímto poděkoval vedoucí diplomové práce paní prof. PhDr. Ing. Lence Hajerové Müllerové, Ph.D., MPH za metodické vedení a odborné konzultace, které mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

## SOUHRN

### 1. Cíl práce:

Práce si stanovuje za cíl zpracovat doporučení pro management Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice Praha mířící na konkrétní oblasti organizační kultury, které budou na základě provedeného výzkumu identifikovány jako problematické. Cílem doporučení je zlepšit organizační kulturu a tím kladně ovlivnit spokojenost pacientů, která je jedním z měřítek kvality poskytované péče. Dále budou v práci na základě provedeného výzkumu vymezeny ty oblasti organizační kultury, které jsou vnímány pozitivně. Doporučení budou formulována s přihlédnutím k minimalizaci nákladů nutných na jejich realizaci.

### 2. Výzkumné metody:

V teoretické části práce jsou podána teoretická východiska práce metodou literární rešerše sekundárních zdrojů, zejména monografií a odborných časopisů české i světové literatury. V praktické části práce je použit jako metoda kvantitativního výzkumu semi-strukturovaný dotazník distribuovaný vedoucím pracovníkům jednotlivých oddělení Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské nemocnice Praha. Před finální distribucí dotazníkového šetření byla provedena jeho pilotáž. Data byla zpracována za použití popisné statistiky. Vypočítané hodnoty vedoucími pracovníky očekávané spokojenosti pacientů s jednotlivými oblastmi organizační kultury, na které cílily otázky dotazníku, byly dále statisticky komparovány s výsledky průzkumu spokojenosti pacientů v rámci projektu Kvalita očima pacienta, který byl proveden externí společností. Ke statistickému zpracování byl použit oboustranný dvouvýběrový t-test, nulovou hypotézou pro uvedené porovnání bylo, že pacienti hodnotí daný faktor (spokojenost s danou oblastí organizační kultury) stejně, jakou spokojenost pacientů očekávají vedoucí pracovníci oddělení. K provedení testování byl použit software Microsoft Excel. Na základě provedeného testování byly identifikovány problematické oblasti organizační kultury i oblasti organizační kultury vnímané pozitivně. Metodami popisné statistiky byly zpracovány také odpovědi na otázky s možností vlastní formulace odpovědi. Následně bylo provedeno vymezení organizační kultury ve sledovaném zdravotnickém zařízení na základě rešerše interních dokumentů organizace upravujících organizační kulturu. Komparace kodifikované organizační kultury ve sledované organizaci a doporučení formulovaných v akreditačních standardech či odborné literatuře sloužila jako východisko pro formulaci doporučení cílících na identifikované problematické oblasti organizační kultury.

### 3. Výsledky výzkumu/práce:

Na základě dotazníkového šetření byla získána data o vedoucími pracovníky očekávané spokojenosti pacientů v jednotlivých oblastech organizační kultury, na které mířily otázky dotazníku. Výše uvedeným statistickým porovnáním prostřednictvím t-testu byly identifikovány takové oblasti organizační kultury, ve kterých je vedoucími pracovníky očekávaná míra spokojenosti statisticky významně vyšší, než reálná spokojenost pacientů. Tyto oblasti byly nazvány „problematické oblasti organizační kultury“. Mezi tyto oblasti organizační kultury byly zahrnuty: informovanost pacientů o dalším postupu hospitalizace při příjmu do nemocnice, problematika představení se pacientovi při prvním kontaktu, zapojení pacientů do rozhodování o dalším postupu léčby, srozumitelnost vyjadřování lékařů, čistota sociálních zařízení, kvalita stravy, problematika upozornění na nebezpečné příznaky, které se mohou objevit po propuštění do domácího prostředí a navrhování následné péče po propuštění, které je realizováno agenturou domácí péče. Dále byly stanoveny ty oblasti organizační kultury, ve kterých je vedoucími pracovníky očekávaná míra spokojenosti statisticky významně nižší, než reálná spokojenost pacientů; tyto oblasti byly nazvány „kladně hodnocené oblasti“. Mezi tyto oblasti byly zařazeny následující: doba čekání na příjem do nemocnice, protichůdnost informací podávaných pacientovi lékařským personálem, soukromí během léčby, čas věnovaný přímo pacientovi, hlučnost oddělení, čas, ve který jsou pacienti v ranních hodinách probouzeni, pocit důvěry ve vztahu lékaře a pacienta, doba návštěv a informovanost pacienta při jeho propuštění do domácího léčení. Také byly vyhodnoceny statisticky významně četné odpovědi na otázky s možností vlastní tvorby odpovědi. Organizační kultura sledované organizace v konkrétních oblastech, na které cílily otázky vlastního dotazníkového šetření, byla vymezena studiem příslušných norem (interních dokumentů zdravotnického zařízení, jako je nemocniční či provozní řád, směrnice ředitele, všeobecné standardy péče, kodex práv pacientů či etický kodex zaměstnanců). Východiskem pro tvorbu doporučení bylo porovnání reálného stavu organizační kultury a doporučení uvedených v akreditačních standardech či v odborné literatuře, zohledněna jsou i doporučení vyplývající z odpovědí na otázky v dotazníku, kde byla povolena možnost vlastní tvorby odpovědi.

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

## 4. Závěry a doporučení:

V práci jsou formulována doporučení pro management nemocnice; následující doporučení cílí na definované problematické oblasti organizační kultury. V oblasti informovanosti pacientů při příjmu k hospitalizaci je doporučeno implementovat do směrnic upravujících příjem pacienta povinnost lékaře a sestry informovat při příjmu pacienta o dalším průběhu hospitalizace v rozsahu kompetencí odpovídajících pracovnímu zařazení personálu. Dále je doporučeno zdůraznění povinnosti lékařů a sester představit se při prvním kontaktu s pacientem, konkrétně už při vstupním školení a dále při provozních schůzích jednotlivých oddělení. Dalším doporučením je zanést do Etického kodexu zaměstnanců a do Nemocničního řádu bod upozorňující na nutnost zapojit pacienta do rozhodování o dalším průběhu léčby, diskutovat s pacientem i dílčí kroky v postupu léčby a aktivně žádat názory pacienta. V oblasti srozumitelnosti vyjadřování lékařů je doporučena opakovaná edukace personálu v této problematice. Dalším doporučením je zintenzivnění kontrol prováděného úklidu sociálních zařízení, tento by měl být proveden a zaznamenán dvakrát za den. V oblasti kvality stravy podávané pacientům je doporučeno provedení dotazníkového šetření s cílem odhalit konkrétní nedostatky v kvalitě stravy; dále je doporučena i akcentace možnosti konzumace vlastní, pacienty donesené stravy prostřednictvím ošetřujících sester i lékařů. V problematice poučení o nebezpečných příznacích, které mohou vzniknout po propuštění z nemocnice je doporučena implementace pokynu upozornění pacienta na nebezpečné příznaky, které mohou vzniknout po jeho propuštění do výše uvedené interní dokumentace zabývající se propuštěním pacienta, stejně tak jako povinnost zkontrolovat, zda pacient uvedeným doporučením rozumí; dalším doporučením v této oblasti je vytvoření informačního letáku, ve kterém bude pacient upozorněn na možné komplikace, které se mohou objevit po propuštění do domácího léčení. V problematice zajišťování tzv. domácí péče je doporučeno implementovat do směrnic zabývajících se propouštěním pacientů pokyn, aby byli pacienti aktivně tázáni na potřebu péče poskytovanou domácím prostředím. Dalším výstupem práce je identifikace pozitivních oblastí organizační kultury, tedy takových oblastí, kde očekávaná míra spokojenosti je významně nižší než reálná spokojenost. Těmito oblastmi organizační kultury jsou: čekání na přijetí do nemocnice, protichůdnost informací podávaných pacientovi, soukromí během léčby, čas věnovaný pacientovi, hlučnost oddělení, čas, ve který jsou pacienti v ranních hodinách probouzeni, pocit důvěry ve vztahu mezi lékařem a pacientem, doba návštěv a informovanost rodiny při propuštění pacienta. U těchto oblastí je spokojenost pacientů až na výjimky velmi vysoká, proto je neúčelné na tyto oblasti cílit jakákoliv doporučení a je možno soustředit se oblasti problematické uvedené výše. Onou popisovanou výjimkou mezi pozitivními oblastmi je problematika časného probouzení pacientů. Zde je sice očekávaná míra spokojenosti je významně nižší než reálná spokojenost pacientů, ale ta je velmi nízká, a proto i na tuto oblast organizační kultury je cíleno doporučení. Konkrétně se jedná o doporučení posunutí času buzení pacientů na čas 15 minut před začátkem lékařské vizity. Nedílnou součástí všech doporučení je i doporučení kontroly vykonávání uvedených doporučení, které je v kompetenci staničních lékařů a sester. Výše uvedená doporučení byla formulována s důrazem na minimalizaci nákladů nutných k jejich realizaci. Většina z formulovaných opatření obsahuje pouze úpravu běžně prováděných činností, či takové činnosti, které jsou prováděny v režii oddělení top managementu a nevyžadují žádné vícenáklady.

## KLÍČOVÁ SLOVA

Kultura, organizační kultura, kvalita péče, spokojenost pacientů

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

## SUMMARY

### 1. Main objective:

This thesis aims to create recommendations for the management of the Military University Hospital Prague. These recommendations affect concrete parts of the organizational culture which are identified as problematic according to the research. The purpose of these recommendations is to improve the organizational culture and positively affect patient satisfaction which is one of the indicators of the quality of care. In addition, positively perceived parts of organizational culture according to the research are mentioned in this thesis. The recommendations are formulated with regard to the minimum additional costs needed for their implementation.

### 2. Research methods:

Theoretical background of the thesis is compiled in the theoretical part of the thesis. A review of the secondary resources such as monographies, other books or articles in Czech and world literature was performed. Semi-structured questionnaire is used in the practical part of the thesis as a method of a quantitative research. A pilot survey was performed before final distribution of the questionnaire. The questionnaire was distributed to management of clinics and wards of The Military University Hospital. The data was processed with methods of descriptive statistics. The calculated values of expected patient satisfaction from the point of view of the management were statistically compared with the results of the trial of patient satisfaction which was called The Quality from Patients' Point of View which was performed by an external company. Two-tailed two-sample t-test was used as the statistical method; the null hypothesis for this comparison is defined as follows: patients perceive the factor (satisfaction with a concrete part of the organizational culture) on the same level as the patient's satisfaction which is expected by the management of the ward or clinic. Microsoft Excel software was used for the statistical testing. According to the research, problematic and positively perceived parts of organizational culture were identified. Answers to questions with the possibility of self-formulation of answers were processed by methods of descriptive statistics. The next step of the thesis was definition of the organizational culture in The Military University Hospital; a review of the internal documents governing the organizational culture was performed. Comparison of codified organizational culture in the organization, recommendations formulated in accreditation standards or in literature is used for formulating the recommendations focused on identified problematic parts of the organizational culture.

### 3. Result of research:

According to the questionnaire, the values of expected patient satisfaction in concrete parts of the organizational culture from the point of view of the management of the ward or clinic were calculated. The result of the above mentioned statistical t-test comparison were identified parts of the organizational culture, where the expected patient satisfaction from the management point of view was significantly higher than real patient satisfaction. These parts were called Problematical parts and include following issues: patients knowledge about next steps in his therapy, obligation of the medical personnel to introduce themselves on first contact with a patient, possibility to let the patient decide about the next steps of the therapy, clear expressions in physicians language, cleanliness of bathrooms, quality of meals, warning of dangerous signs which can occur after discharging from the hospital, care performed by a home care agency. The next step was to identify parts of the organizational culture, where the expected patient satisfaction from the management point of view was significantly lower than real patient satisfaction. These parts were called Positively rated parts and include: waiting for admission to the hospital, conflicting information provided by the medical personnel, privacy for patients in the hospital, time dedicated to one patient, noise in the ward, confidence in relationship between the physician and the patient, visiting hours, discharge instructions for patients. Significantly frequented answers on questions with possibility of self-formulation of answers were identified. Organizational culture of the hospital in the concrete parts which was filled by the concrete questions of the questionnaire was defined according to rules, such as internal documents, standards of care, operating rules, patient rights code, ethical code of conduct of the employees and others. The recommendations for the management of the hospital were formulated primarily according to the comparison of real organizational culture and recommendations formulated in accreditation standards or in literature and also according to the answers on questions with possibility of self-formulation of answers.

### 4. Conclusions and recommendation:

Recommendations for management of The Military University Hospital are formulated in this thesis. The recommendations aim to previously defined problematical parts of the organizational culture. In the issue of patients knowledge about next steps in his therapy the recommendation that medical personnel have to inform the patient about the next steps of the care should be implemented to the internal rules of the hospital. Education of necessity of the medical personnel to introduce themselves on first contact with a patient should be performed in every first employees meeting and also in operating meetings of medical personnel. Next recommendation

# VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

should be implemented to the ethical code of conduct of the medical personnel: patient should have a possibility to decide about the next steps of the therapy, the next steps of the treatment should be discussed with the patient and the physicians should actively ask for patients opinion. In the issue of clearness of expressions in physicians language, repeated education of the personnel is recommended. The next recommendation is to emphasize the control mechanism of cleanliness of bathrooms – regular checkups should be performed twice a day. In the issue of the quality of meals there is a recommendation to create a questionnaire aiming to concrete problematic aspects of the quality of meal, the second recommendation in this issue is to emphasize the possibility to eat a homemade food which is brought from patients home. The next recommendation is to implement to internal hospital rules that patients have to be informed about the dangerous signs and also the medical personnel should control that patients understand the recommendation; the second recommendation in this issue is to create an information leaflet where the patient can read the warning of dangerous signs which can occur after discharging from the hospital. The next recommendation for management is to implement to the internal documentation an order for medical personnel to actively ask patients if they need care performed by a home care agency after discharging from hospital. The next outcome of the thesis identification of the parts of the organizational culture, where the expected patient satisfaction from the management point of view was significantly lower than real patient satisfaction. These positive parts are as follows: waiting for admission to the hospital, conflicting information provided by the medical personnel, privacy for patients in the hospital, time dedicated to one patient, noise in the ward, the time when the patient were woken up, confidence in relationship between the physician and the patient, visiting hours, discharge instructions for patients. In these issues the patient satisfaction mostly on high level. From this point of view formulating the recommendations aiming to these issues is ineffective and it is possible to focus the effort on the problematic parts. The only exception between the positive parts is the time, when the patients are woken up. In this issue the expected patient satisfaction from the management point of view is significantly lower than real patient satisfaction, but the real satisfaction is very low; therefore the recommendation is created. The waking time should be postponed to the time 15 minutes before the morning rounds. Integral part of all the recommendations is necessity of control performing the recommendations, which is in competence of physicians and nurses in charge. All recommendations were formulated with regard to the minimum additional costs needed for their implementation. Most of the recommendations are to modify standard procedures or procedures that can be performed by the controlling department of the hospital and do not require any additional costs.

## KEYWORDS

Culture, organizational culture, quality of care, patient satisfaction

## JEL CLASSIFICATION

I18 Government Policy; Regulation; Public Health

H75 State and local government: health; education; welfare; public pensions

I11 Analysis of Health Care Markets

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:	Luděk Hána
Studijní program:	Master of Business Administration (MBA)
Studijní obor:	Master of Business Administration
Studijní skupina:	MBA 34
Název BP:	Spokojenost pacientů s kvalitou poskytované zdravotní péče jako odraz organizační kultury ve vybraném zdravotnickém zařízení
Zásady pro vypracování (stručná osnova práce):	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Úvod</li><li>2. Cíle a metodika</li><li>3. Teoretická část – vymezení organizační kultury, kvality poskytované zdravotní péče, spokojenosti pacientů, vztah organizační kultury a spokojenosti s kvalitou poskytované zdravotní péče</li><li>4. Analytická část - charakteristika organizace, zjišťování spokojenosti pacientů, vyhodnocení metody dotazování</li><li>5. Diskuse a doporučení</li><li>6. Závěr</li></ol>
Seznam literatury: (alespoň 4 zdroje)	<ul style="list-style-type: none"><li>• GLADKIJ, I. <i>Management ve zdravotnictví</i>. 1. vyd. Brno : ComputerPress, 2003. ISBN 80-7226-996-8.</li><li>• GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. <i>Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování</i>. 1. vyd. Brno : IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-272-8.</li><li>• IVANOVÁ, K. <i>Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví</i>. Brno : NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-442-9.</li><li>• LUKÁŠOVÁ, R. <i>Organizační kultura a její změna</i>. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2951-0.</li></ul>
Harmonogram	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zpracování cílů a metodiky do 01. 05. 2016</li><li>• Teoretická část do 15. 06. 2016</li><li>• Analytická část do 01. 08. 2016</li><li>• Finální verze do 31. 08. 2016</li></ul>
Vedoucí práce:	prof. PhDr. Ing. Lenka Hajerová Müllerová, Ph.D., MPH

Prof. Ing. Milan Žák, CSc.  
rektor

V Praze dne 30. 3. 2016

# Obsah

1	Úvod.....	1
2	Cíle a metodika.....	2
2.1	Cíle práce.....	2
2.2	Metodika práce.....	2
3	Teoretická část.....	6
3.1	Organizační kultura.....	6
3.1.1	Pojem kultura, východiska organizační kultury.....	6
3.1.2	Definice organizační kultury.....	7
3.1.3	Prvky organizační kultury.....	8
3.1.4	Struktura organizační kultury.....	10
3.1.5	Typy organizační kultury.....	11
3.1.6	Organizační kultura a strategie, specifika organizační kultury ve zdravotnictví.....	13
3.1.7	Diagnostika organizační kultury.....	15
3.1.8	Změna organizační kultury.....	17
3.2	Kvalita poskytované péče.....	18
3.2.1	Vymezení pojmu kvalita péče.....	19
3.2.2	Systémy zajišťování a řízení kvality.....	19
3.2.3	Hodnocení kvality poskytované péče pacienty.....	22
3.2.4	Úloha managementu v otázkách řízení kvality poskytované péče.....	22
3.3	Spokojenost pacientů.....	24
3.3.1	Vymezení pojmu spokojenost pacienta.....	24
3.3.2	Spokojenost pacientů – úloha managementu.....	24
3.3.3	Metody zjišťování spokojenosti pacientů.....	25
3.4	Vztah organizační kultury, kvality péče a spokojenosti pacientů.....	27
4	Analytická část.....	29
4.1	Ústřední vojenská nemocnice Praha – základní informace.....	29
4.2	Projekt Kvalita očima pacienta v ÚVN.....	30
4.3	Dotazníkové šetření.....	32
4.3.1	Dotazník pro vedoucí pracovníky oddělení.....	32
4.3.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	32
4.3.2	Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku.....	34
4.3.3	Interpretace zjištěných dat.....	39
4.4	Porovnání dotazníkového šetření a výsledků spokojenosti pacientů.....	40
4.5	Výstupy dotazníku a jeho porovnání se spokojeností pacientů.....	47
4.5.1	Stanovení problematických oblastí organizační kultury.....	47



4.5.2	Stanovení kladně hodnocených oblastí organizační kultury .....	47
4.5.3	Vyhodnocení odpovědí na otázky s možností vlastního vyjádření .....	48
4.6	Vymezení organizační kultury ve sledované organizaci .....	49
5	Diskuze a doporučení .....	56
6	Závěr.....	60

Literatura

Přílohy

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 Úroveň spokojenosti pacientů ve vybraných oblastech organizační kultury (v %)	X
Tabulka 2 Charakteristika výzkumného vzorku	33
Tabulka 3 Stanovení očekávané míry spokojenosti pacientů (v %)	39
Tabulka 4 Výstupy porovnání dotazníkového šetření	48
Tabulka 5 Formulovaná doporučení	60

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1 Struktura organizační kultury	10
Obrázek 2 Typologie dle Camerona a Quinna	12
Obrázek 3 Klasifikace dotazníkových metod k diagnostice organizační kultury	16
Obrázek 4 Domácí řád – Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN	XVIII

# 1 Úvod

Systém poskytování zdravotní péče prochází v České republice v posledních třiceti letech výraznými změnami. Svou organizací, řízením či vlastní kontrolou se výrazně přiblížil k zemím s vyspělým zdravotnictvím. Mění se i přístup k pacientovi. Poskytovatelé zdravotní péče, ať už se jedná o lůžková zařízení, ambulantní specialisty, praktické lékaře či stomatology, jsou dnes často chápáni jako subjekty, které nabízejí určitou službu. I proto v současné době již téměř vymizel dogmatický vztah lékaře a pacienta, kdy pacient bez výhrad přijímal veškerá rozhodnutí a postupy poskytovatele zdravotní péče. Mnohem častěji je dnes praktikován vztah mezi lékařem a pacientem, který odpovídá vztahu mezi poskytovatelem služby (prodejcem) a zákazníkem. Uvedený princip se netýká pouze poskytování péče v oblastech estetické medicíny, jako je plastická chirurgie či korektivní dermatologie, či stomatology, kde je většina výkonů hrazena přímo pacientem, ale je běžnou součástí ambulantní i lůžkové péče, která je hrazená z veřejného zdravotního pojištění a je poskytována ve státních i soukromých zdravotnických zařízeních.

Zdravotnická zařízení jsou v konkrétních regionech často srovnatelná s významnými podniky. Nemocnice hospodaří se srovnatelným rozpočtem, zaměstnávají odpovídající počet pracovníků, často je kladen důraz na jejich ekonomiku. Do vedení a řízení zdravotnických zařízení pronikají v minulosti v této oblasti zcela minimálně využívané prvky strategického či krizového managementu, je kladen důraz na ekonomické parametry, na kontrolu. Toto vše s cílem zachovat vysokou kvalitu poskytované péče při udržitelných nákladech. Stejně jako ostatní společnosti sledují, jak jsou jejich zákazníci spokojeni s kvalitou poskytované služby či kvalitou výrobku, stejně tak i poskytovatelé zdravotních služeb musí sledovat spokojenost pacientů s poskytovanou péčí. Spokojenost pacientů není ale generována jen vlastní úrovní zdravotní péče, medicínskou dovedností, statistikou úspěšnosti léčby či procentem komplikací, ale je ovlivněna i chováním personálu, jeho komunikačními schopnostmi, osobnostními charakteristikami, jako je schopnost empatie, či v neposlední řadě úrovní tzv. hotelových služeb, tedy vybavením ambulancí, zařízením pokojů, kvalitou stravy, režimem na odděleních, tedy dobrou organizační kulturou.

Organizační kultura je ve zdravotnických zařízeních kodifikována v řádech, směrnicích, nařízeních, standardech péče či v doporučených postupech. Konkrétně mohou takovými dokumenty být například nemocniční řád, který řeší řízení a provoz zdravotnických zařízení, zásady poskytování zdravotní péče na úrovni lékařů i nelékařského zdravotnického personálu, specifika ambulantní či lůžkové péče nebo také problematiku epidemiologickou. Jiným typem dokumentů vymezujících organizační kulturu jsou pak směrnice ředitelů nemocnic a standardy poskytování péče, které upřesňují konkrétní postupy v konkrétních činnostech při poskytování zdravotní péče, jako jsou například příjmy či propuštění pacientů, stravování, úklid apod. Organizační kultura může být dále vymezena i dokumenty s nadnárodní platností, jako jsou doporučené postupy pro léčbu konkrétních stavů, či kodex práv pacientů. Z části je ale organizační kultura dána také osobnostními či charakterovými vlastnostmi jednotlivých pracovníků, tedy lékařů a nelékařského zdravotnického personálu.

Tato práce je zaměřena na zkoumání vztahu mezi organizační kulturou a spokojeností pacientů s poskytovanou péčí ve velkém zdravotnickém zařízení fakulturního typu.

Tato práce si klade za cíl formulovat doporučení pro vedení nemocnice s cílem zlepšit organizační kulturu a tím ovlivnit spokojenost pacientů, která je, jak bude dále vysvětleno, jedním z měřítek kvality poskytované péče. Podrobněji jsou cíle práce rozebrány v následující kapitole.

## 2 Cíle a metodika

Práce se zabývá studiem vztahu organizační kultury a spokojenosti pacientů s úrovní poskytované péče v konkrétním zdravotnickém zařízení. Následující kapitola se zaměřuje na přesný popis cílů a metodiky diplomové práce.

### 2.1 Cíle práce

Tato práce si klade za cíl **zpracovat doporučení pro management nemocnice mířící na konkrétní oblasti organizační kultury s cílem zlepšit organizační kulturu a tím potencionálně kladně ovlivnit i spokojenost pacientů**. Nezávislým externím výzkumem mezi pacienty byly vyhodnoceny konkrétní oblasti organizační kultury, tedy indikátory spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí. Doporučení formulované v této práci budou cílit na ty oblasti podnikové kultury, které byly pacienty vnímány statisticky významně hůře, než jak jsou vnímány vedoucími představiteli jednotlivých lůžkových oddělení zdravotnického zařízení. Dále **budou v práci vyhodnoceny ty oblasti organizační kultury, které pacienti vnímají pozitivně**, resp. ty oblasti organizační kultury, které jsou vedoucími pracovníky vnímány jako statisticky významně větší problém, než jak jsou vnímány pacienty konkrétního zdravotnického zařízení. Vzhledem k těmto pozitivním nálezům šetření není v těchto oblastech organizační kultury potřeba činit výrazné změny a je možno soustředit úsilí a ev. prostředky na výše zmíněné „problematické“ oblasti.

### 2.2 Metodika práce

Diplomová práce se skládá z několika částí. V úvodu je stručně popsána problematika změny systému zdravotní péče v polistopadovém období, je vymezen vztah mezi kvalitou péče, spokojeností pacientů a organizační kulturou v jednotlivých zdravotnických zařízeních.

V další části práce je stanoven hlavní cíl práce, tedy formulace doporučení pro management nemocnice v oblasti zlepšení organizační kultury, a je určen i cíl vedlejší, kterým je konstatování pacienty pozitivně vnímaných oblastí organizační kultury, které vyplynuly z vlastního výzkumu. Ve druhé části práce je také podrobně popsána metodika diplomové práce.

V teoretické části práce je provedena literární rešerše primárních a sekundárních zdrojů, bylo čerpáno z domácí i světové literatury, z monografií i z odborných článků. Rešerše se zaměřovala na oblasti zejména organizační kultury, ale i kvality poskytované péče a spokojenosti pacientů. Rešerše byla provedena se zaměřením na důsledné citování použitých zdrojů.

Nejprve byl na základě odborné literatury definován obecný pojem kultura, následně bylo provedeno vymezení **organizační kultury**, její prvky, struktura, byly popsány jednotlivé typy podnikové kultury. Byla také vysvětlena specifika organizační kultury ve zdravotnictví. V teoretické části práce jsou popsány kvantitativní i kvalitativní metody diagnostiky organizační kultury a možnosti změny organizační kultury.

Literární rešerše se zaměřuje i na oblast **kvality poskytované péče**; je vymezen pojem kvalita poskytované péče, jsou popsány systémy zajišťování a řízení kvality a možnosti hodnocení kvality poskytované péče. V práci je také vymezena úloha managementu v otázkách řízení kvality poskytované péče.

Další oblastí, na kterou je cílena literární rešerše v teoretické části práce, je problematika **spokojenosti pacientů**. Jsou definovány možnosti zjišťování spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí a je popsána i úloha managementu nemocnic v této oblasti. V závěru teoretické části se práce věnuje vztahu výše uvedených oblastí, tedy vztahu organizační kultury, kvality poskytované péče a spokojenosti pacientů.

V analytické části práce je nejprve představena organizace, ve které probíhal vlastní výzkum uvedený v této práci. Touto organizací je Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (ÚVN). Je dokumentováno její spektrum péče, její zařazení v systému Armády České republiky, její lůžková kapacita a také její hodnocení prostřednictvím národních i mezinárodních akreditací.

V další části je představen výzkum Kvalita očima pacientů – Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti pacientů. Tento výzkum hodnotící kvalitu péče prostřednictvím spokojenosti pacientů byl proveden externí společností a jeho autorem je RNDr. Raiter. V této kapitole jsou také citovány úrovně spokojenosti pacientů v jednotlivých oblastech organizační kultury sledovaného zdravotnického zařízení, které budou využity ke komparaci dat získaných z vlastního šetření.

Pro potřeby této práce byl vytvořen vlastní kvantitativní výzkum. Jedná se o semi-strukturované dotazníkové šetření nazvané Dotazník pro vedoucí pracovníky oddělení. Dotazník se skládá z první strany zaměřené na demografické údaje a následně pak ze třiceti otázek s nabízenými možnostmi odpovědí, přičemž u odpovědí na 12 otázek byla respondentům umožněna vlastní tvorba, resp. vlastní doplnění odpovědi. Otázky v dotazníku byly analogicky formulovány tak, aby pak v dalším statistickém hodnocení mohly být komparovány s výsledky měření spokojenosti pacientů provedenými externí firmou v rámci projektu Kvalita očima pacienta. Některé otázky dotazníku byly tvořeny tak, aby doplňovaly otázky jiné, zejména pak odpověďmi s možností vlastního vyjádření. Dotazníkové šetření probíhalo mezi 10. lednem a 14. červnem 2017. Před zahájením distribuce dotazníku byla provedena pilotáž dotazníkového šetření na malém vzorku respondentů. Konkrétně se jednalo o 6 respondentů z Chirurgické kliniky. S jednotlivými respondenty byla neformálně diskutována otázka srozumitelnosti dotazníku, časové dotace nutné na vyplnění dotazníku, dále byla hodnocena přínosnost možnosti vlastní tvorby odpovědi či ochota zdravotníků k vyplnění dotazníku. V rámci pilotáže byla také provedeno zhodnocení otázek z pohledu dalšího statistického zpracování. Na základě pilotáže byly provedeny v dotazníku pouze minimální úpravy a dotazník byl připraven k distribuci. Dotazníky byly distribuovány vedoucím představitelům klinik a oddělení ÚVN z řad lékařského i nelékařského zdravotnického personálu. Dotazník byl zcela anonymní a časová dotace na jeho vyplnění byla kalkulována přibližně na 30 minut. Dotazník pro vedoucí pracovníky oddělení je uveden v Příloze 3 této práce. Pro zaznamenání dat a vyhodnocování výsledků dotazníkového šetření byl použit program Microsoft Excel a vyhodnocení bylo následně zpracováno i textovou formou po jednotlivých otázkách. Další fází práce bylo stanovení vedoucími pracovníky očekávané míry spokojenosti v jednotlivých oblastech, na které byly zaměřeny otázky dotazníku. Při výpočtu míry spokojenosti bylo postupováno tak, že jednotlivé odpovědi na každou otázku byly seřazeny podle udávané míry spokojenosti od nejnižší k nejvyšší a pak byl těmto odpovědím přiřazen počet bodů od nuly (odpovídající nejnižší spokojenosti) až do celkového počtu možných odpovědí sníženého o jeden (tato hodnota označovala odpověď s nejvyšší udávanou mírou spokojenosti). U každé odpovědi byl zjištěn výsledný počet bodů součinem počtu respondentů, kteří označili danou odpověď, a počtem bodů přiřazených dané odpovědi. U každé hodnocené otázky byl vypočítán maximální možný počet bodů, které mohly být získány a skutečný počet bodů, který byl získán součtem bodových zisků

jednotlivých odpovědí. Výsledná míra spokojenosti v oblasti, kterou se zabývá konkrétní otázka je pak podílem získaného počtu bodů a maximálního možného počtu bodů u konkrétní otázky. Podobný výpočet míry spokojenosti používá i Vavřina (2013, s. 3).

V další části práce bylo provedeno statistické porovnání výsledků vlastního dotazníkového šetření (tedy vedoucími pracovníky očekávané míry spokojenosti pacientů) a reálné míry spokojenosti pacientů čerpané z dotazníkového šetření Kvalita očima pacienta. Po mapování otázek obou dotazníků byl ke statistickému vyhodnocení metodou komparace použit oboustranný dvouvýběrový t-test, který testuje hypotézu shody středních hodnot dvou rozdělení při neznámém rozptylu. T-test je asymptotický test (tzn. že rozdělení testovací statistiky není přesně Studentovo, ale s rostoucím rozsahem vzorku se k tomuto asymptoticky přibližuje), přičemž t-test standardně může být použit pro počty od deseti pozorování výše; t-test je statistický test, který testuje nulovou hypotézu, že jsou střední hodnoty dvou rozdělení stejné (Reiterová, 2016, s. 51). **Nulovou hypotézou** pro toto statistické porovnání je, že **pacienti hodnotí daný faktor stejně, jako vedoucí pracovníci. Hladina významnosti testu je 0,05**, tato hodnota je obecně považována za dostatečnou, jak uvádí Soukup (2010, s. 80). Výsledkem testu je tzv. **P-hodnota (P-value)**; pokud P-hodnota klesne pod 0,05, nulová hypotéza je pak zamítnuta. Testování bylo uskutečněno za pomoci softwaru Microsoft Excel a bylo provedeno postupně po jednotlivých oblastech organizační kultury, které jsou reprezentovány otázkami Dotazníku pro vedoucí pracovníky. Některé otázky jsou z porovnání vynechány, neboť doplňují otázky předcházející o možnost vlastní tvorby odpovědi.

Na základě provedeného testování jsou pak stanoveny ty oblasti organizační kultury, ve kterých je vedoucími pracovníky očekávaná míra spokojenosti statisticky významně vyšší, než reálná spokojenost pacientů; tyto oblasti byly nazvány „problematické oblasti organizační kultury“ a také byly stanoveny ty oblasti organizační kultury, ve kterých je vedoucími pracovníky očekávaná míra spokojenosti statisticky významně nižší, než reálná spokojenost pacientů; tyto oblasti byly nazvány „kladně hodnocené oblasti“. Také byly vyhodnoceny statisticky významně četné odpovědi na otázky s možností vlastní tvorby odpovědi.

V následující podkapitole je vymezena organizační kultura ve sledovaném zdravotnickém zařízení na základě studia interních dokumentů. K vymezení organizační kultury bude přistoupeno analogicky po jednotlivých oblastech korespondujících s výsledky dotazníkového šetření. Zcela okrajově bude k vymezení organizační kultury využita i metoda pozorování, konkrétně v oblasti stravování nemocných.

V páté kapitole budou formulována doporučení cílící na „problematické oblasti organizační kultury“, tedy na ty oblasti organizační kultury, ve kterých je zaměstnanci očekávaná míra spokojenosti statisticky významně vyšší, než reálná spokojenost pacientů. Zlepšení organizační kultury v těchto problematických oblastech může vést ke zlepšení spokojenosti pacientů, která je jedním ze zásadních ukazatelů kvality poskytované péče. Doporučení budou formulována na základě dedukce a syntézy při využití akreditačních standardů akreditací, jejichž je sledovaná organizace nositelem, a při využití odborné literatury. Přihlédnuto bude i k doporučením vyplývajícím z dotazníkového šetření, konkrétně z odpovědí na ty otázky, kde měli respondenti možnost vlastní formulace odpovědi. Doporučení budou pro přehlednost uvedena ve stejném pořadí, jako bylo v předchozí části práce provedeno vymezení jednotlivých oblastí organizační kultury. Doporučení budou formulována s přihlédnutím k minimalizaci nákladů nutných na jejich realizaci.

V závěru práce bude stručně shrnuta řešená problematika, budou přehledně uvedena formulovaná doporučení. Tato doporučení se budou týkat předem na základě výzkumu

určených problematických oblastí organizační kultury a budou také uvedeny pozitivně vnímané oblasti organizační kultury.

### 3 Teoretická část

Ve třetí části práce budou podána teoretická východiska diplomové práce. Nejprve bude vymezen pojem organizační kultury a bude vysvětlena problematika kvality poskytované péče. Dále se teoretická část práce bude zabývat spokojeností pacientů. Tento pojem bude vysvětlen a následně bude popsán vztah mezi organizační kulturou, spokojeností pacientů a kvalitou poskytované zdravotní péče.

#### 3.1 Organizační kultura

V následující kapitole se práce bude zabývat organizační kulturou. Budou vysvětlena východiska organizační kultury, bude podána její definice, budou vysvětleny prvky, struktura a typologie organizační kultury. V další části bude pak vysvětlen vztah mezi organizační kulturou a strategií, budou uvedena specifika organizační kultury ve zdravotnictví a dále pak bude pojednáno o diagnostice organizační kultury a její změně.

##### 3.1.1 Pojem kultura, východiska organizační kultury

Nešpor, Matějů a Soukup (2018) datují první zmínky o kultuře do dob starověkého Říma. Podle autorů pojem kultura pochází z latinského slova „colo“, tedy vzdělávat nebo pěstovat. Slovo bylo původně podle autorů spojováno se zemědělstvím. Dále stejný zdroj uvádí na konkrétním příkladu z historie použití slova kultura ve smyslu ukazatele lidské vzdělanosti; Marcus Tullius Cicero nazval ve svých spisech filozofii „kulturou ducha“ a použil tak tento pojem ve smyslu pěstování dobrých vlastností člověka.

Lukášová (2010, s. 12) vysvětluje pojem kultura jako široký, mezioborový pojem, který označuje naučenou a široce sdílenou formu chování, myšlení či citění vznikající v důsledku přizpůsobování sociálních skupin vnějším podmínkám. Kultura je podle autorky výsledkem adaptace, ale zároveň kultura je také nástrojem adaptace skupin na podmínky, ve kterých se pohybují, ve kterých žijí – autorka kulturu hodnotí jako dynamický systém pravidel, který vytváří skupina s cílem přežít.

Podobnou definici uvádí ve své práci také Cole (2019). Autorka definuje kulturu jako rozmanitý soubor nehmotných aspektů sociálního života. Kultura se podle autorky skládá z hodnot, přesvědčení, způsobů komunikace a obecných postupů, které lidé sdílejí a které pak určují daný kolektiv. Kultura podle autorky ale zahrnuje také hmotné předměty, které jsou společné pro daný kolektiv.

Ivanová (2006, s. 116) nehodnotí kulturu jako pouhé chování jedince nebo jako obraz individuální osobnosti člověka, ale jako chování, které respektuje obecné postupy, v nichž lze nalézt společné znaky chování mnoha jednotlivců – jedná se tedy o to, co je pro chování jedinců společné, resp. obecné. Autorka také uvádí, že kultura stanovuje systém hodnot, které jsou regulátorem různých snah a jednání, umožňují také hodnotit jednání jiných a mohou tedy určit princip společenské hierarchie. Autorka také konstatuje, že v každé kultuře platí seznam hodnot; tento může být v jednotlivých kulturách různý, ale obecně platí, že zdraví či možnost aktivního podílení se na svém životě bývá přiřazováno mezi nejdůležitější hodnoty ve společnosti.

Vzhledem ke specifickým fungování jednotlivých sociálních celků mají kulturní systémy spojené s těmito celky určité rozdíly, specifika či určité typické znaky; tyto specifické znaky jsou označovány jako druhy kultury (Lukášová, 2010, s. 14). V souvislosti s managementem



jsou podle autorky nejčastěji probíranými druhy kultury **kultura národní** a **kultura organizační**. Řešen je zejména vztah těchto dvou druhů kultur – tedy konkrétně jakým způsobem ovlivňují hodnoty, normy, či ustálené vzorce chování typické pro jeden národ chování manažerů či organizací jako celků (Lukášová, 2010, s. 41). Szydło a Grzes-Buklaho (2020, s. 20) ve své práci dokumentují důležitost vztahu národní a organizační kultury. Podle autorky by nadnárodní vedení společnosti vždy mělo studovat lokální kulturní problematiku a respektovat národní kulturu zaměstnanců, neboť tak může efektivně předcházet konfliktům pramenícím právě z národně kulturních rozdílů mezi vedením a zaměstnanci.

Pojem **organizační kultura** se podle Clegga, Kornbergera a Pitsise (2016, s. 208) poprvé objevil v období tzv. školy lidských vztahů, které následovalo po Mayových tzv. Hawthornských experimentech, ve kterých dokázal vliv vztahů, soudržnosti a pracovního prostředí na výkonnost pracovních týmů. Wallace a Van Fleet (2012, s. 215) popisují zajímavý výsledek těchto experimentů prováděných v americké továrně Western Electric Company mezi léty 1927 až 1933. Autoři uvádí, že dělníci pracovali efektivněji ne kvůli sledovaným prováděným změnám v pracovním prostředí, ale jen proto, že věděli, že jsou součástí experimentu a je jim věnována pozornost; tento jev je nazýván podle města, kde se nacházela uvedená továrna, Hawthornský efekt.

### 3.1.2 Definice organizační kultury

*„I když rámcově je pojem organizační kultura chápán současnými autory obdobným způsobem, konkrétní vymezení obsahu tohoto pojmu zůstává poměrně různorodé“* (Lukášová, 2010, s. 17).

Organizační (neboli podnikovou) kulturu definoval ve své práci Drennan (1992, s. 3) jako způsob, *„jak se u nás věci dělají“*, jako to, co je pro organizaci typické – její zvyky, hlavní postoje jejích členů, vzorce či způsoby přijatelného a nepřijatelného chování v organizaci.

Obsahově širší definici organizační kultury pak prezentují ve své práci Armstrong a Taylor (2015, s. 164). Organizační kulturu autoři popisují jako soustavu hodnot, norem, přesvědčení, postojů a domněnek, která sice nebyla nikde výslovně zformulována, ale určuje formu chování či jednání lidí a způsob vykonávání práce. Podobnou definici organizační kultury uvádí ve své práci i Slavík (2014, s. 34). Autor organizační kulturu definuje jako souhrn základních hodnot, předpokladů, přesvědčení a také způsobů jednání, které jsou sdíleny lidmi v organizaci a které fungují nevědomky a vytváří způsob pohledu organizace na sebe i své okolí.

Denison (1990) in Lukášová (2010, s. 17) vymezuje organizační kulturu jako *„základní hodnoty, názory a přesvědčení, které existují v organizaci, vzorce chování, které jsou důsledkem těchto sdílených významů, a symboly, které vyjadřují spojení mezi přesvědčeními, hodnotami a chováním členů organizace“*.

Ivanová (2006, s. 135) charakterizuje organizační kulturu jako integrovaný kolektivní děj vznikající záměrným i neočekávaným skládáním prvků různého původu. Mezi tyto prvky autorka zahrnuje očekávání, domněnky, předpoklady, hodnoty, způsob vzdělávání aj. Dále autorka uvádí, že organizační kultura je charakterizována jako řada zvyklostí a rituálů, které jednotliví příslušníci organizace během času nabyli a které se pro ně staly normou. Výsledkem je tedy podle autorky soubor sdílených vzorců jednání, chování a myšlení a hodnot, který pomáhá členům organizace vyrovnávat se s problémy a adaptovat se na nové dění ve společnosti. Organizační kultura má normativní charakter – určuje, jaké se od

jednotlivých členů organizace očekává chování, jaký způsob chování bude oceňován a který bude vnímán negativně (Ivanová, 2006, s. 136). Pokud jsou tato kritéria přijata většinou členů organizace, jedná se podle autorky o **silnou organizační kulturu**, v opačném případě se jedná o **organizační kulturu slabou**. Ve slabé organizační kultuře podle autorky nejsou normy chování jednotné a vytváří se subkultury. Lukášová (2010, s. 32) dodává, že pokud je organizační kultura slabá, pak členové organizace uznávají společná přesvědčení a normy chování jen v malé míře. Jejich chování je podle autorky ovlivňováno individuálními charakteristikami, tzn. osobními názory, hodnotami a normami chování. Driskill a Brenton (2011, s. 43) k tématu silné a slabé organizační kultury doplňují, že silná organizační kultura nemusí nutně být tou správnou. Situaci autoři dokumentují na případu společnosti Enron, ve které byly zakořeněny hodnoty silné organizační kultury založené na podporování zaměstnanců v chamtivosti a vydělávání peněz bez jakýchkoli etických regulací. Tato organizační kultura podle autorů výrazně přispěla k významné ztrátě investorů a posléze k pádu společnosti.

Lukášová (2010, s. 18) shrnuje výše uvedené, organizační kulturu definuje jako soubor základních hodnot, norem, postojů, či způsobů chování, které jsou v organizaci sdíleny a které se projevují v cítění, myšlení a chování členů organizace.

### 3.1.3 Prvky organizační kultury

Jako prvky organizační kultury se podle Lukášové (2010, s. 18) označují nejjednodušší strukturální a funkční jednotky, které představují základní stavební součásti kulturního systému. Autorka uvádí, že vymezení a kategorizování těchto základních stavebních součástí nebývá jednotné, ale nejčastěji jsou těmito stavebními kameny **základní přesvědčení, normy chování, hodnoty a postoje**; dále sem patří tzv. **artefakty** materiální a nemateriální.

Driskill a Brenton (2011, s. 44) uvádějí 5 kategorií základních prvků organizační kultury. Na první místo autoři stavějí **hodnoty**, dalšími prvky organizační kultury jsou pak **symboly** (mezi které řadí příběhy či řeč), **role** (hrdinové, psanci), **interaktivní prvky** (rituály, či styl komunikace) a **vztah k historii či konkrétnímu místu**.

#### Základní přesvědčení

Základní přesvědčení nebo také základní předpoklady jsou podle Lukášové (2010, s. 19) takové představy o fungování reality, které jsou lidmi v organizaci zafixované, považované za naprosto samozřejmé, pravdivé a nezpochybnitelné, fungují naprosto automaticky, jsou stabilní a velmi odolné vůči změnám. Autorka dále zdůrazňuje význam slova „základní“, jako neměnné, samozřejmé, nediskutuje se o nich.

Schein (1992) in Lukášová (2010, s. 19) se také věnuje problematice základních předpokladů. Podle Scheina (1992) in Lukášová (2010, s. 19) je zdrojem vzniku základních předpokladů opakovaná zkušenost, přesněji řečeno, opakovaná funkčnost určitého způsobu řešení problému. Podle autora začínou lidé ve skupině brát jako zkušenost to, co je ověřeno, že skutečně funguje. Autor vymezuje tři základní předpoklady podle toho, čeho se tyto základní předpoklady týkají:

- předpoklady vztahující se k přežití a adaptaci na vnější prostředí – tato přesvědčení se vztahují především ke strategii organizace, k jejímu poslání, k metodám, které mají sloužit k dosažení stanovených cílů apod.; tato přesvědčení ovlivňují, jak se organizace chová k vnějšímu prostředí, jak se učí a rozvíjí;

- předpoklady vztahující se k integraci vnitřních procesů – týkají se vnitřního prostředí organizace a lidí uvnitř organizace; hovoří se zde dále o vztazích na pracovišti, o výběru členů skupiny, jejich pozici, odměňování a pracovní kariéře;
- předpoklady týkající se podstaty pravdy, času, člověka a lidských vztahů – autor uvádí zdroje pravdy, např. dogma založené na tradici či náboženství, prověřené dogma, pravda může být také odvozena z racionálního či legislativního základu, pravda je to, co funguje, co bylo vědecky prověřeno.

Ivanová (2006, s. 142) vymezuje základní předpoklady jako nejnižší a nejhlubší úroveň organizační kultury, jako základní zafixované předpoklady o realitě. Tyto předpoklady jsou podle autorky různé pro jednotlivé země, instituce či organizace a soustava těchto předpokladů, ne jeden základní předpoklad, pak vytváří organizační kulturu.

### **Normy chování**

Normy chování jsou podle Armstronga a Taylora (2015, s. 166) jakási nepsaná pravidla či zásady chování, které skupina akceptuje, jsou to neformální pravidla, která členové dodržují, za to jsou potom odměňováni; pokud tato pravidla nedodržují, jsou sankcionováni. Odměny či tresty mají podle autorky citový charakter – k „dobrým“ členům organizace se ostatní chovají přátelsky, ti „špatní“ jsou odmítáni. Normy chování se podle autorů obvykle ve společnosti týkají oblastí fungování společnosti jako jsou vztah mezi manažery a zaměstnanci, pracovní výkon, politika, loajalita, ambice či moc.

### **Hodnoty a postoje**

Driskill a Brenton (2011, s. 45) definují hodnoty jako základní přesvědčení a priority skupiny lidí. Autoři považují hodnoty za ústřední prvek tvořící organizační kulturu, ostatní prvky organizační kultury na hodnotách závisí. Hodnoty podle stejných autorů sdělují členům organizace, co je důležité, čemu je potřeba věnovat maximální pozornost a jak interpretovat konkrétní skutečnosti; pokud členové organizace sdílejí hodnoty, vytvářejí tím prostor pro motivaci zaměstnanců. Ivanová (2006, s. 141) uvádí, že individuální hodnotový systém člověka směřuje k individualitě, osobnosti jednotlivce, organizační hodnoty označují to, čemu je přikládán význam v organizaci jako celku – co členové organizace považují za správné, za důležité, co by se podle nich v organizaci, nebo mimo ni mělo dělat. Podle Lukášové (2010, s. 21) je hodnota to, co je považováno za důležité, čemu je přikládán význam. Hodnoty se podle autorky projevují ve stanoviscích, která lidé v organizaci zaujímají, v tom, co považují za dobré (přijatelné), nebo za špatné (nepřijatelné). Organizační hodnoty představují podle autorky to, čemu je v organizaci jako celku přikládán význam. Hodnoty bývají v organizacích podle autorky kodifikovány, někdy jsou předkládány i na venek, aby vytvořily image organizace; někdy však dojde k rozporu mezi deklarovanými a skutečně zastávanými hodnotami. Postojem se podle autorky rozumí vztah k osobě, věci, události nebo problému, postoj je vždy produktem hodnocení.

### **Artefakty**

Armstrong a Taylor (2015, s. 167) definují artefakty jako viditelné a hmatatelné aspekty organizace, které lidé vidí, cítí nebo slyší a které jim pomohou pochopit organizační kulturu dané společnosti. Podle Lukášové (2010, s. 18) jsou artefakty vnější manifestace kultury, dělí se na artefakty materiální a nemateriální povahy. K artefaktům materiální povahy řadí autorka například architekturu budov, materiální vybavení firem, produkty vytvořené organizací,

výroční zprávy, propagační brožury apod. Artefakty nemateriální povahy jsou podle autorky mluva organizace, zvyky, rituály, ceremoniály, mýty a historky.

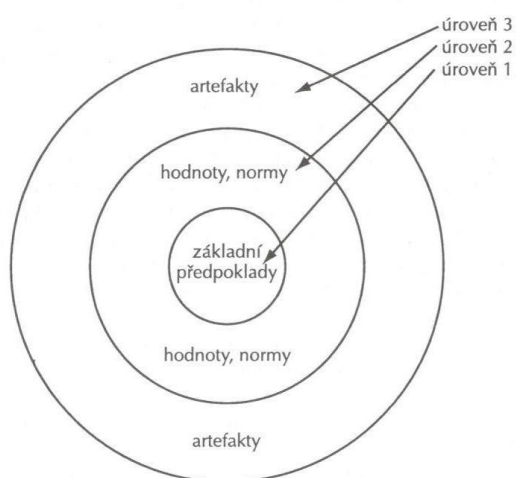
Srovnatelnou skupinou prvků organizační kultury jsou symboly podle rozdělení podle Driskilla a Brentové (2011, s. 44). Symboly jsou definovány jako objekty, které reprezentují danou organizaci (Driskill a Brent, 2011, s. 46). Mezi symboly řadí autoři i loga, kterými se společnosti prezentují veřejnosti. Lukášová (2010, s. 24) popisuje zvyky jako to, co je v organizacích zažité, například vánoční večírky, oslavy narozenin, oslavy spojené s povýšením či s odchodem do důchodu. Rituály jsou podle autorky stejně jako zvyky v organizaci běžné, zažité, typické, navíc mají symbolickou hodnotu, jsou v organizaci v dané situaci a v daném čase očekávány; příkladem mohou být rituály zdravení, nebo komunikační rituály, které fungují při setkávání pracovníků různých pozic. Driskill a Brent (2011, s. 51) definují rituály jako plánované i neplánované společenské akce konané z různých (zřejmých či skrytých) důvodů s významnými konsekvencemi v dané společnosti. Hrdinové, jak uvádí Driskill a Brent (2011, s. 49), plní v organizaci důležité funkce – předkládají modelové chování, motivují zaměstnance, ukazují, že úspěch je dosažitelný pro každého. Organizace by si měly podle Lukášové (2010, s. 24) hrdiny samy vytvářet (pokud je nemají) například tím, že vyhodnotí nejlepšího pracovníka měsíce či roku.

### 3.1.4 Struktura organizační kultury

Lukášová (2010, s. 26) shrnuje, že prvky organizační kultury nefungují organizovaně, ale že spolu souvisí a navzájem se ovlivňují. Autorka dále uvádí, že snaha o objasnění strukturálních a funkčních souvislostí a jejich důsledků pro poznání a utváření obsahu organizační kultury vedla k formulování modelů organizační kultury.

Schein (2004) in Ivanová (2006, s. 139) uvádí, že kulturu lze analyzovat na několika různých úrovních, tedy stupních, na kterých je kulturní jev viditelný pro pozorovatele. Úrovně kultury autor popisuje na jedné straně jako konkrétní a velmi jasné – ty může jedinec vidět, na druhé straně pak existují nevědomé základní předpoklady, které tvoří podstatu kultury; mezi těmito dvěma vrstvami najdeme různá přijatá přesvědčení, hodnoty, normy a pravidla chování, které slouží k zobrazování kultury. Tuto strukturu názorně ukazuje Obrázek 1; představuje strukturu organizační kultury spolu se všemi elementy, které ovlivňuje.

Obrázek 1 Struktura organizační kultury



Zdroj: Ivanová (2006)

Ivanová (2006, s. 140) popisuje jednotlivé vrstvy; poslední vrstvou (úroveň 3) jsou artefakty, nacházejí se na povrchu, tyto jevy můžeme vidět, slyšet a cítit; například se jedná o architekturu, umělecké výtvořy, způsoby oslovení, mýty a historky o organizaci, rituály a ceremoniály – viz výše. Střední úroveň organizační kultury (úroveň 2) označuje Ivanová (2006, s. 141) jako hodnoty, shrnuje, že organizační hodnoty jsou výrazem toho, co si členové myslí o dění v organizaci i mimo ni, co považují za správné a důležité. Normy jsou podle autorky nepsaná pravidla, která vycházejí z hodnot a poskytují návod k tomu, jak se chovat. Jako příklad autorka uvádí normy chování v těchto oblastech: jak se chovat k podřízeným, jaké ambice jsou akceptovatelné, otevřené, nebo delikátnější, jak je vykonávána, nebo přijímána moc, jaký je názor na loajalitu apod. Úroveň 1, jak uvádí Ivanová (2006, s. 142), je nejnižší a nejhlubší úroveň organizační kultury, neviditelnou pro náhodné pozorování, je nazývána základní předpoklady.

### 3.1.5 Typy organizační kultury

Podle Slavíka (2014, s. 75) organizační kultura není zcela jednolitá, naopak se člení na dílčí subkultury podle konkrétních lidí a podle prostředí, ve kterém žijí. Lukášová (2010, s. 98) uvádí, že konstrukce typologií je jedním z nástrojů, který je vědci užíván v oblasti sociálních věd k tomu, aby rozčlenili, utřídili a zpřehlednili složitý obsah sociální reality. Typologie organizační kultury podle Lukášové (2010, s. 137) mapují obsah sociální reality organizací a umožňují pochopit podstatné charakteristiky, které vytváří rozdíly mezi organizacemi. Podle autorky byla sestavena velká řada těchto typologií, každá z nich postihuje určité aspekty organizační kultury pojaté v určitém kontextu. Znalost typologií organizační kultury je podle autorky pro manažery důležitá, zejména při poznání organizační kultury vlastní organizace, ale i pro porovnávání obsahu kultury vlastní organizace s organizacemi jinými.

#### Typologie podle Handyho

Slavík (2014, s. 75) uvádí, že Charles Handy vymezil čtyři základní typy organizační kultury. Těmi jsou podle stejného autora kultura moci, kultura rolí, kultura úkolů a kultura osob; tuto myšlenku dále rozpracoval v souvislosti s organizační strukturou firmy a jednotlivé typy kultury pak popsal, tato typologie je formulována ke vztahu k organizační struktuře. **Kulturou moci** rozumí Armstrong a Taylor (2015, s. 168) kulturu organizací, v nichž má jedinec nebo jedinci v centru organizace dominantní moc; schématem této kultury je pavučina rozbíhající se ze středu – její vlákna představují „vlákna síly a vlivu“, která jsou navzájem propojena specializacemi a funkčními vztahy. Slavík (2014, s. 75) pak uvádí, že v kultuře moci obvykle jeden člověk řídí organizaci přes několik málo věrných osob; tato kultura se podle autora může uplatnit v prostředí malé organizace, ve veřejných službách se může vyskytnout jako subkultura. **Kultura rolí** je podle Armstronga a Taylora (2015, s. 168) kulturou založenou na pravidlech a postupech, normách, plánech, na logice a racionalitě. Autoři akcentují význam popisu pracovní náplně konkrétního místa, který je důležitější, než konkrétní osoba, která tuto práci vykonává. Moc je podle autorů spojena s funkcemi, nikoliv s lidmi. **Kultura úkolů**, jak uvádí Lukášová (2010, s. 101), je orientována na úkoly, které mají být splněny, popř. na projekty, které mají být realizovány. Strukturou této kultury je podle autorky síť nebo matice, která má některá vlákna silnější, a pravomoc je umístěna do jednotlivých průsečíků sítě. Armstrong a Taylor (2015, s. 168) zjednodušeně popisují cíl kultury úkolů; tím je spojit správné lidi a nechat je pracovat. **Kultura osob** je podle Lukášové (2010, s. 102) takovou kulturou, kde ve středu všeho dění stojí jedinec, který se s podobně zaměřenými jedinci spojí a společně pak sdílejí náklady – schematickým znázorněním je shluk, ve kterém nemá žádný jedinec dominantní postavení, všichni jsou zde samostatní, jsou partnery. Podle Slavíka (2014, s. 75) může být kultura osob nazývána také kulturou hvězd.

Tato kultura se podle autora může ve veřejných službách vyskytovat například v akademických pracovištích, kde „hvězdami“ jsou pak významní odborníci z těchto konkrétních pracovišť.

### Typologie dle Camerona a Quinna

Armstrong Persily (2013, s. 98) uvádí, že tato typologie je založena na modelu soupeřících hodnot – základními dvěma dimenzemi jsou flexibilita versus stabilita a interní versus externí zaměření. Jejich kombinací pak podle autorky vznikají čtyři typy organizační kultury – kultura klanová, kultura hierarchická, kultura adhokratická a kultura tržní, jak je schematicky uvedeno na Obrázku 2.

Obrázek 2 Typologie dle Camerona a Quinna



Zdroj: Cameron a Quinn (1999) in Lukášová (2010)

Lukášová (2010, s. 108) dále uvádí, že pro každý z jednotlivých typů kultury jsou charakteristické cíle, k nimž organizace směřuje, a nástroje, kterými chce těchto cílů dosáhnout. **Klanová kultura** podle Armstrong Persily (2013, s. 98) je nazvána na základě podobnosti s organizacemi rodinného typu, kde panuje velmi přátelské pracovní prostředí, sdílejí se hodnoty a cíle, myšlení je týmové, oddanost firmě je vysoká a zákazníci jsou vnímáni jako partneři; nejdůležitějšími jsou zde týmová práce, participace, konsenzus, loajalita a tradice. **Hierarchická kultura**, jak uvádí Armstrong Persily (2013, s. 98), představuje takové pracovní prostředí, v němž nejdůležitějším prvkem jsou formální pravidla. Důraz je podle autorky kladen na dobrou koordinaci a organizaci, stabilitu a výkon, bezproblémový a hladký chod organizace. **Adhokratickou kulturou** rozumí Armstrong Persily (2013, s. 98) takovou kulturu na pracovišti, která je charakteristická podnikatelským a tvůrčím prostředím; typická pro tuto kulturu je ochota riskovat k dosažení cílů, dále experimentování či inovace. Autorka také vysvětluje latinský pojem „ad hoc“, tedy „jen k tomuto účelu“; tento výraz popisuje základní vlastnost tohoto typu kultury – přechodnost organizačních struktur, využívání specialistů, pružné změny, unikátnost všech projektů. **Tržní kultura** je Armstrong Persily (2013, s. 98) typická pro organizaci orientovanou na výsledky; pracovníci jsou v ní soutěživí, vedoucí nutí zaměstnance k vysokým výkonům, důraz je kladen na konkurenční ceny a vůdcovství na trhu.

Typologie dle Camerona a Quinna podle Lukášové (2010, s. 109) popisuje převládající organizační hodnoty a strategické priority, které se odrážejí v atmosféře na pracovišti, ve stylu vedení a faktorech, podle kterých je hodnocena úspěšnost firmy. Podle autorky je tato typologie organizační kultury v poslední době častým tématem autorů odborné literatury.

Například Scammon et al. (2014) ve svém odborném článku popisuje vztah mezi organizační kulturou spokojeností poskytovatelů zdravotní péče. Autor popisuje negativní vztah mezi klanovou kulturou a spokojeností poskytovatelů zdravotní péče zejména z důvodu rozsáhlé administrativní zátěže; tento problém je umocněn obzvláště při vysokém počtu pacientů připadajících na jednoho lékaře. Adhokratická kultura byla naopak podle autorů pozitivně spojována se spokojeností pracovníků ve zdravotnictví, a to z důvodu možnosti flexibilního přizpůsobení času, který je nutno věnovat konkrétnímu nemocnému. Tržní kultura byla podle autorů taktéž pozitivně hodnocena; důvodem pozitivního hodnocení bylo jednak zdůraznění vztahu mezi kvalitou péče a ekonomickým a strategickým rozměrem poskytování zdravotní péče a také to, že tržní kultura se snaží odpovědět na lokální potřeby trhu. Hierarchická kultura byla zaměstnanci naopak hodnocena negativně, zejména z důvodu špatného vztahu nařízených k zaměstnancům. Autoři v závěru svého sdělení uvádějí, že interně zaměřené typy organizační kultury jsou v současné době již jen obtížně použitelné, naopak autoři zdůrazňují pozitivní hodnocení externě zaměřených typů organizační kultury.

Ovseiko et al. (2012) ve své práci taktéž používá rozdělení typologií organizační kultury podle Camerona a Quinna; autoři hodnotí organizační kulturu na lékařské fakultě a ve spolupracující fakulní nemocnici. Pro fakulní nemocnici je podle autorů typická silná hierarchická kultura a středně silná tržní kultura. Profil organizační kultury lékařské fakulty nesl podle autorů prvky silné tržní a adhokratické kultury a středně silné hierarchické kultury. V závěru své práci autoři uvádějí preferenci zaměstnanců obou zařízení, tedy sjednocení typů organizačních kultur; cílem by měla být lepší spolupráce při výzkumu a poskytování zdravotní péče.

### **3.1.6 Organizační kultura a strategie, specifika organizační kultury ve zdravotnictví**

Keřkovský a Vykypěl (2006) in Lukášová (2010, s. 65) považují organizační strategii za rozhodující prvek pro úspěch či neúspěch podnikání. Armstrong a Taylor (2015, s. 59) definují strategii jako přístup k dosažení definovaných cílů. Vytváření a uskutečňování strategie dané organizace je podle autorů proces určující směřování organizace a zabezpečující nejlepší využití zdrojů. Podle Lukášové (2010, s. 72) existuje mezi kulturou a strategií oboustranně determinující vztah – obsah kultury ovlivňuje tvorbu, obsah a realizaci strategie, obsah strategie pak vede k formování určitého typu kultury. Tvorba strategie by měla podle autorky obsahovat dva základní kroky, kterými jsou provedení strategické analýzy a výběr a formulaci strategie. Sedláčková a Buchta (2006, s. 76) řadí organizační kulturu podniku mezi nehmotné zdroje, provedení analýzy organizační kultury je podle autorů nezbytnou a významnou součástí strategické analýzy vnitřního prostředí. Organizační kultura ovlivňuje podle Lukášové (2010, s. 72) postoj k formulaci strategie, dále výběr informací, jejich zpracovávání a interpretaci, také množství a obsah formulovaných variant strategie. Lukášová (2010, s. 66) se dále vyjadřuje k implementaci strategie, tou se rozumí praktické zavádění strategie do reálného života; obsah strategie musí být nejprve schválen, teprve poté je rozpracován a tím jsou vytvořeny příslušné organizační podmínky. Podle Lukášové (2010, s. 72) může obsah kultury pro implementaci strategie představovat jak silnou podporu, tak i zdroj odporu pracovníků vůči realizaci strategie; závisí to na tom, jaká je síla organizační kultury a zda je obsah kultury v souladu s obsahem vytyčené strategie.

Ivanová (2006, s. 163) uvádí, že každá zdravotnická organizace ve své organizační kultuře vykazuje rysy shodné s jinými zdravotnickými organizacemi a na druhé straně se těmito rysy odlišuje od organizací jiných odvětví a oborů. Autorka dále uvádí, že zdravotnické organizace jsou kromě výše uvedeného výjimečné ještě obecnými rysy netržních organizací a specifickými rysy celého systému zdravotnictví, tím se ještě více vytváří shodné základní

prostředí pro určitou (zvláštní) organizační kulturu zdravotnických zařízení. Jako specifické rysy systému zdravotnictví Ivanová (2006, s. 164) uvádí například tyto:

- zdravotnictví je pouze jedním z prvků, kterými je vytvářena úroveň zdravotního stavu obyvatelstva;
- široká veřejnost je citlivá na problematiku zdravotnictví;
- pokud se jsou udělána rozhodnutí strategického významu, trvá velmi dlouho, než se projeví výsledek;
- ve zdravotnictví neplatí přímá úměrnost mezi zdroji do něj vloženými a zdravotními ukazateli;
- zdravotnictví musí plnit mnoho dílčích cílů, pro ně je obtížné stanovit jednoznačná a snadno hodnotitelná kritéria;
- zdravotnictví může zaměstnávat jen osoby se specifickým, zákonem předepsaným vzděláním, pro tyto osoby platí povinnost průběžně se vzdělávat po celý profesionální život;
- stále je diskutována otázka předepsaných postupů pro diagnostické a léčebné činnosti;
- zaměstnanci ve zdravotnictví mají mimořádnou odpovědnost a musí splňovat mimořádné etické požadavky;
- pokud je ve zdravotnictví uděláno špatné rozhodnutí, projeví se to obzvláště nepříznivě.

Mannion a Davies (2018, s. 2) definují tři úrovně organizační kultury ve zdravotnictví. První z nich je podle autorů souhrn všech opatření, kterými se **zdravotnictví manifestuje navenek**. Mezi tato opatření autoři řadí rozdělení úkolů mezi poskytovatele primární a sekundární péče, organizační rozložení zdravotnických zařízení, zavedenou organizace péče, „dress code“ odlišující jednotlivé pracovníky ve zdravotnictví, zavedený systém hodnocení kvality péče a bezpečnosti pacientů, žádání zpětné vazby od pacientů nebo již výše uvedené artefakty, tedy hmatatelné či viditelné aspekty konkrétních zdravotnických zařízení. Další úroveň organizační kultury ve zdravotnictví je podle autorů **sdílení způsobů myšlení**. Do této úrovně organizační kultury autoři řadí hodnoty a přesvědčení, které pomáhají udržet výše uvedený obraz zdravotnictví a také mohou přispět ke změně zavedených postupů. Poslední úroveň organizační kultury jsou podle autorů **hlubší sdílená přesvědčení**, která jsou základem běžné denní praxe (ideje o odpovídající roli profesionála ve zdravotnictví, očekávání úrovně znalostí u pacientů či přesvědčení o relativní síle poskytovatelů zdravotní péče).

Nejvýznamnější specifické vlivy a kultura zdravotnických organizací se podle Ivanové (2006, s. 165) dělí do čtyř oblastí – **specifické poslání zdravotnictví** (specifické hodnoty ve zdravotnictví, cíle zdravotnictví, hledání nových priorit, očekávání všech zúčastněných v systému poskytování zdravotní péče), **specifika zdravotnických profesí** (obecná problematika, povinnosti zdravotnických pracovníků, práva zdravotnických pracovníků, role lékaře a sestry, genderová problematika ve zdravotnictví), **specifika rozsahu činnosti** (medicinalizace a medikalizace života, pojmy krize, bolest, nemoc, smrt) a **specifika objektu činnosti** (osobnost pacienta, jeho role a pozice, základní práva pacienta, povinnosti pacienta, kultura bezpečné zdravotnické péče aj.). Všechna tato specifika podle autorky velmi výrazně ovlivňují nejen řízení a strukturu těchto zdravotnických zařízení, ale především jejich organizační kulturu. Ivanová (2006, s. 219) pak shrnuje, že specifická zdravotnických organizací vytváří uvnitř nich jedinečnou organizační kulturu, která velmi výrazně ovlivňuje management těchto organizací. Management musí podle autorky pochopit nejen instrumentální, ale i expresivní funkce uvnitř zdravotnických organizací a musí je řídit strategicky, takticky a operativně.



Craigie a Hobbs (2004, s. 735) ve svém odborném článku uvádí několik doporučení v oblasti organizační kultury zdravotnických zařízení. Autoři zmiňují tyto následující oblasti:

- *hrdost v práci, účast na misi*; dotazovaní poskytovatelé zdravotní péče (lékaři, sestry) jsou hrdí na svoji práci, rozhodující není objem vydělaných peněz, ale silně jsou vnímány smysl pro povinnost a stavovská čest;
- *role lékaře*; podíl lékařů na organizační kultuře je podle dotazovaného personálu v nemocnici velmi významný; základními vlastnostmi nejen lékařů musí být ohleduplnost, empatie, spolupráce a ochota pomoci;
- *trénink role manažera*; aby společnost (i zdravotnické zařízení) úspěšně fungovala, musí být vedena zkušenými manažery; manažer je respektován tehdy, když vykazuje pozitivní vlastnosti jako ohleduplnost a ochotu pomoci, když dokáže vést společnost v obtížné situaci a dokáže být komunikačním mostem mezi lékaři, sestrami, nezdravotnickým personálem a pacienty;
- *design ordinací*, bylo prokázáno, že vzhled a vybavení ordinace zvyšuje spokojenost nejen pacientů, ale i zaměstnanců v konkrétním zdravotnickém zařízení;
- *spolupráce s vyšším (nadřízeným, spádovým) zdravotnickým zařízením*; spolupráce s např. univerzitní nemocnicí je důležitá zejména při řešení složitějších případů;
- *týmová práce*; pouze vytvoření fungujícího týmu zdravotnického i ostatního personálu je zárukou dobré spolupráce všech zúčastněných v procesu poskytování zdravotní péče.

Craigie a Hobbs (2004, s. 735) dále uvádí, že pokud jsou tato doporučení správně dodržována, vedou k vytváření a udržení dobrého jména zdravotnického zařízení.

### **3.1.7 Diagnostika organizační kultury**

Lukášová (2010, s. 142) ve své práci uvádí, že pro diagnostiku organizační kultury se používají metody **kvalitativní** nebo **kvantitativní**. Podle autorky má každý z těchto dvou druhů výzkumných postupů své výhody i nevýhody, ideální je kombinace obou, v souladu s účelem a cílem výzkumu.

Podrobný výčet všech metod diagnostiky organizační kultury je mimo možnosti této práce, budou tedy uvedeny jen ty metody, které budou použity pro potřeby této práce.

#### **Kvalitativní metody diagnostiky organizační kultury**

Mezi kvalitativní metody patří podle Lukášové (2010, s. 144) **analýza dokumentů**. Ta je podle autorky založena na nejružnějších psaných záznamech uchovávaných v organizaci (výroční zprávy, zápisy z porad apod.). Autorka uvádí, že cílem analýzy je buď pouhé získání určitých informací z dokumentů, nebo mohou být dokumenty analyzovány hlouběji se snahou o porozumění významu znaků, které byly v dokumentech identifikovány. Podle autorky tato metoda nebývá užívána samostatně, většinou je jen doplňkem jiných metod diagnostiky organizační kultury.

#### **Kvantitativní metody diagnostiky organizační kultury**

Mezi kvantitativní metody diagnostiky organizační kultury řadí Lukášová (2010, s. 146) **dotazníková šetření**. Dotazníky slouží podle autorky ke dvěma základním účelům – výzkumu a poradenství. Problémem v konstrukci dotazníků, jak uvádí autorka, je volba indikátorů obsahu organizační kultury; protože je organizační kultura velmi složitým jevem, nemohou

položky dotazníku postihnout všechny aspekty, které se týkají zkoumaného jevu. Je proto podle autorky důležité najít takové obsahové komponenty, které o organizační kultuře vypovídají tím nejpodstatnějším způsobem, které jsou klíčové. Obsahovými komponentami jsou ty aspekty vnímání, cítění, myšlení a chování členů organizace, ve kterých se obsah kultury organizace projevuje nejvíce a které jsou podstatné proto, aby mohl být obsah organizační kultury identifikován (Lukášová, 2010, s. 146). Dalším problémem jsou podle autorky dimenze organizační kultury, což jsou obecnější charakteristiky organizační kultury, které vypovídají o obsahu organizační kultury a umožňují soustavné postižení obsahu a diferencování mezi organizacemi. Tyto dimenze podle Lukášové (2010, s. 147) sledují buď jeden cíl, např. orientace na zákazníka, nebo dva cíle (zaměření interní – zaměření externí). Dimenze organizační kultury, jak uvádí autorka, určují typické varianty odpovědí, které jsou pak u jednotlivých položek dotazníku nabízeny. Dále Lukášová (2010, s. 149) uvádí různé typy dotazníků, které jsou při diagnostice organizační kultury používány, jak schematicky ukazuje Obrázek 3.

Obrázek 3 Klasifikace dotazníkových metod k diagnostice organizační kultury



Zdroj: Lukášová (2010)

Dvěma základními kategoriemi metod, jak autorka uvádí, jsou dotazníky typologické a dotazníky profilové; typologické jsou založeny na teoretické nebo empirické typologii organizační kultury, dotazník zjišťuje přítomnost, nebo nepřítomnost takových soustav znaků, které jsou charakteristické pro jednotlivé typy organizační kultury. Získaná data udávají míru přítomnosti charakteristik kultur jednotlivých typů v organizaci. Druhým typem dotazníků jsou dotazníky profilové, jejichž cílem je rozbor více dimenzí – je zjišťována míra výskytu názorů, hodnot, způsobu chování apod., které odpovídají jednotlivým dimenzím. Z výsledku dotazníku pak vyplyne profil, který představuje názorný popis obsahu kultury dané organizace. Autorka dále uvádí tři podtypy profilových dotazníků – dotazníky deskriptivní, dotazníky zaměřené na zjišťování předpokladů efektivnosti a dotazníky zaměřené na zjišťování míry souladu mezi porovnávanými kulturami. Deskriptivní dotazníky mají podle autorky za cíl popis obsahu kultury organizace, dotazníky zaměřené na zjišťování předpokladů efektivnosti mají identifikovat, do jaké míry jsou přítomny charakteristiky organizační kultury podporující efektivnost organizace, dotazníky zaměřené na zjišťování souladu zkoumají například míru shody mezi tím, které hodnoty upřednostňuje management a které upřednostňují zaměstnanci organizace.

### 3.1.8 Změna organizační kultury

DiDonato a Gill (2015) ve své práci uvádějí, že změna organizační kultury je jedním z nejobtížnějších úkolů pro management společnosti. Ve shodě s výše uvedenými autory Lukášová (2010, s. 164) uvádí, že není jednoduché s kulturou manipulovat (organizační kultura je určována množstvím vnějších i vnitřních vlivů); změna organizační kultury je proces obtížný a dlouhodobý, management organizace musí věnovat kulturním aspektům řízení neustálou pozornost a rozvojem žádoucí kultury organizace se musí zabývat soustavně, cíleně a s využitím efektivních postupů.

Ivanová (2006, s. 160) uvádí pět důvodů, které vedou k rozsáhlým změnám organizační kultury:

- pokud hodnoty podniku nejsou v souladu se změnami vnějších podmínek;
- pokud odvětvím rychle postupuje silná konkurence;
- pokud podnik vykazuje průměrné, popř. horší výsledky;
- pokud má podnik v úmyslu vstoupit mezi velké společnosti;
- pokud je podnik malý, ale rychle se rozrůstá.

Jak uvádí Lukášová (2010, s. 164), jsou z hlediska průběhu a charakteru změny organizační kultury rozlišovány tyto dva základní typy změny – změna revoluční a změna evoluční. Revoluční změna podle autorky je nazývána také transformační či strategická, dochází k ní obvykle tehdy, pokud existuje silný tlak zvenjšku, nebo zevnitř, který tuto změnu podněcuje. K evoluční změně podle Lukášové (2010, s. 165) se přistupuje tehdy, když je potřeba v rámci organizace něco zlepšit, např. v určité problémové oblasti organizace, tato změna slouží k rozvoji určitých jednotlivých žádoucích rysů kultury. Podle autorky jsou tyto změny organizační kultury buď primární – za situace, kdy obsah kultury poškozuje výkonnost organizace a kultura je zásadní příčinou problémů, nebo doprovodné – to je taková změna organizační kultury, která provází jiné typy organizačních změn; primární i doprovodná změna může být změnou revoluční i evoluční.

Lukášová (2010, s. 166) doporučuje následující postup v případě změny organizační kultury:

1. definovat požadovaný obsah organizační kultury;
2. provést porovnání žádoucího a současného obsahu organizační kultury;
3. připravit plán změny;
4. implementovat změny organizační kultury;
5. vyhodnotit změny organizační kultury.

K otázce vhodnosti organizační kultury pro konkrétní organizaci se vyjadřují Armstrong a Taylor (2015, s. 168); organizační kulturu autoři označují jako žádoucí či vhodnou v tom případě, pokud vyhovuje potřebám organizace a podporuje její výkon. Takovouto kulturu, pokud v organizaci existuje, je podle autorů potřeba v organizaci podporovat, v opačném případě, pokud v organizaci existuje kultura nevhodná, je potřeba určit důvody, proč je tato kultura nevhodná, a tyto skutečnosti změnit – vypracovat a uskutečnit plán změny organizační kultury. Vhodná kultura činí podle autorů organizaci jedinečnou a odlišuje ji tím od organizací ostatních.

Podle Lukášové (2010, s. 179) je třeba při implementování změny dosáhnout u pracovníků organizace změny navykklého způsobu myšlení a chování, uvědomění si jeho nefunkčnosti, dále je třeba opustit v minulosti osvědčené vzorce myšlení a chování, je třeba si osvojit nové

způsoby myšlení a chování a uplatňovat je v každodenní praxi. Jako klíčové oblasti v procesu změny organizační kultury předkládá Lukášová (2010, s. 180) tyto tři fáze, z nichž každá je spojena s typickými rituály, k nimž dochází v dané fázi změny. První fází je podle autorky **fáze rozmrazení** (hlavním účelem je vytvořit atmosféru naléhavosti změny, přesvědčit lidi v organizaci, že stávající postupy jsou neudržitelné, naléhavost změny pak podpořit působivými argumenty, například čísly dokumentujícími pokles prodeje). Druhou fází je podle Lukášové (2010, s. 181) **fáze změny**, jejímž účelem je provést vlastní změnu organizační kultury za pomoci dvou základních typů rituálů – rituálů degradace a konfliktu (zde je proveden útok na dosavadní stav organizační kultury, výměna pracovníků, náhrada novými, formulování nových cílů, vytyčení nových měřítek úspěchu, zavedení nových ukazatelů výkonu) a rituálu posunu a posílení (ty jsou využívány k překonání odporu vůči změně a k dosažení posunu k novému způsobu myšlení a chování, důležitou roli hrají vzdělávací programy, vytvoření nových organizačních útvarů, změna názvů určitých pozic). Třetí fází je podle Lukášové (2010, s. 182) **fáze znovuzmrazení**, to je fáze konsolidace, kdy se organizace dostává do nového a stabilního stavu, nová přesvědčení a nové hodnoty jsou přijaty, vzniká nový stav věcí; v této fázi je potřeba zdůraznit, že již přišly úspěchy související s programem změny – tak je žádoucí chování posíleno a změna je zafixována.

Poslední fází projektu změny je podle Lukášové (2010, s. 183) vyhodnocení výsledků změny, tzn. provedení nové diagnostiky obsahu organizační kultury – výsledek má ukázat, nakolik byla změna úspěšná a na základě výsledků pak naplánovat další postup.

DiDonato a Gill (2015) doporučují na základě zkušeností z konkrétní společnosti postup změny organizační kultury s kladením důrazu na následující kroky. První fází je podle autorů **uvědomění** si nutnosti pokračovat (po vynaložení prvotních nákladů je potřeba vydržet a motivovat pracovníky k následování plánu změny organizační kultury). Další fází je podle autorů **učení** (aktivní přístup k manažerům, jejich trénink v problematických oblastech. Třetí fází je pak podle autorů **uvvedení změn do praxe** (stálá komunikace se zaměstnanci, vysvětlování nutnosti změn, kladení důrazu na to, aby všichni pracovali pro změnu). Pokud někteří pracovníci nejsou ochotni akceptovat změny, podle autorů je potřeba se s takovými rozloučit. Posledním krokem ve změně organizační kultury je podle autorů zodpovědnost. Po uplynutí určité doby od změny jsou podle autorů manažeři opět hodnoceni, je hodnocena i úroveň změny; z těchto hodnocení opět mohou být vyvozeny personální důsledky.

Jako důležitý nástroj tvorby organizační kultury uvádí Lukášová (2010, s. 198) také vzdělávání pracovníků; Lukášová (2010, s. 203) zdůrazňuje také hodnocení pracovníků, hodnocení výsledků jejich práce, pracovního chování, hodnocení schopností a osobních kvalit; důležité je podle Lukášové (2010, s. 205) i odměňování a motivace pracovníků. Účelem odměňování je podle autorky stimulovat pracovníky k určité kvalitě i množství provedené práce, ale i posílit žádoucí chování v organizaci. Systém hmotných odměn podle Lukášové (2010, s. 206) modeluje chování lidí v organizaci; důležité z pohledu managementu je zpětné hodnocení toho, zda jsou odměny poskytovány v dostatečné míře a zda je jimi skutečně docíleno posílení toho chování či jednání, které je pro organizaci žádoucí.

### 3.2 Kvalita poskytované péče

V následující kapitole se práce bude zabývat pojmem kvalita poskytované zdravotní péče. Bude definován pojem kvalita péče, stručně budou popsány systémy standardizace a akreditace zdravotnických zařízení, dále pak bude popsáno, jak pacient hodnotí poskytovanou péči.

### 3.2.1 Vymezení pojmu kvalita péče

Válková (2015, s. 12) obecně definuje kvalitu jako nepřítomnost vad, uspokojení zákazníka, bezproblémový chod či děláni věcí správným způsobem. Ve světové literatuře je podle autorky široká nabídka definic kvality zdravotní péče ve zdravotnictví.

Gladkij (2003, s. 292) uvádí, že kvalita zdravotnictví je podle WHO (World Health Organisation) z roku 1966 definována jako „*souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařských věd a praxe*“. V dalším textu předkládají autoři jiné vysvětlení pojmu kvalita zdravotnictví – rozumí se jí stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí, technologického vývoje a v souladu s ekonomickými možnostmi. Autoři jako další definici uvádějí, že kvalita zdravotní péče je „*stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků*“. Zdravotní péče musí podle stejného zdroje odpovídat současným odborným znalostem a zároveň přinášet spokojenost pacientů i ošetřujícího personálu. Podle autorů je kvalita poskytovaných zdravotnických služeb charakterizována přítomností těchto následujících vlastností – účinnost, dostupnost a včasnost, bezpečnost, přiměřenost zdravotnímu stavu, soustavnost a návaznost, přijatelnost pro pacienty a ekonomická efektivnost vznikající dodržováním lékařských i ekonomických pravidel.

Madar, Němcová a Zeman (2004, s. 33) obecně definují pojem kvalita (jakost) jako celkový souhrn takových znaků, které ovlivňují schopnost uspokojovat stanovené a předpokládané potřeby.

Busse et al. (2019) nabízí mimo výše uvedených další dvě definice kvality poskytované péče. První z nich je podle European Commission z roku 2010. Kvalitní péče je dle autorů definována jako péče, která je efektivní, bezpečná a odpovídá přesně na potřeby a preference pacienta. Ostatní dimenze kvality péče, jako dostupnost či rovnost nejsou podle autorů do definice zahrnuta. Další uvedenou definicí uvedenou podle Busse et al. je definice podle WHO z r. 2018. Podle této definice má podle autorů být zdravotní péče celosvětově efektivní, má poskytovat péči založenou na důkazech všem, kteří ji potřebují, má být bezpečná (vyvarovat se poškození pacientů, kterým je péče poskytována), má být zaměřená na pacienta, tedy odpovídat přesně na individuální preference, potřeby a hodnoty pacienta.

Pojmu kvalita péče ve zdravotnictví se věnovali autoři již v 80. letech 20. století a stanovili teze doposud platné (Madar, Němcová a Zeman, 2004, s. 33). Donabedian (1980) in Madar, Němcová a Zeman (2004, s. 33) definuje kvalitu zdravotní péče jako takový druh péče, při níž lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví, a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech etapách lékařského procesu. Donabedian (1980) in Gladkij (2003, s. 293) uvádí 3 vzájemně propojené prvky kvality zdravotní péče – strukturu péče, jako souhrn zdrojů a podmínek péče, vlastní proces, např. diagnostické a léčebné postupy a jednání zdravotníků s pacienty a výstupy a výsledky péče. Také Maxwell (1984) in Gladkij (2003, s. 293) definuje kvalitu následujícími šesti parametry – dostupnost péče, relevantnost péče z hlediska celé komunity, účinnost z hlediska pacienta, spravedlnost péče, společenská přijatelnost a hospodárnost.

### 3.2.2 Systémy zajišťování a řízení kvality

Dle Busse et al. (2019) je v posledních dekádách narůstající zájem o měření kvality poskytované péče spojený s rostoucími možnostmi měření a analyzování kvality poskytované

péče. Přímé měření kvality poskytované zdravotní péče je podle autorů složité, neboť se jedná o teoretický koncept, který zahrnuje mnoho aspektů a záleží na přesném obsahu měření.

Podle Madara, Němcové a Zemana (2004, s. 43) je kvalita poskytovaných zdravotnických služeb velice důležitým tématem; nezajímá jen poskytovatele zdravotní péče, ale i širokou veřejnost. Tuto kvalitativní úroveň zdravotnických zařízení vyhodnocují podle autora různé organizace. Podle Gladkij (2003, s. 311) se pro systém zajišťování a řízení kvality zdravotnických zařízení používají různé modely akreditace.

Válková (2015, s. 33) definuje akreditaci jako oficiální uznání, že konkrétní zdravotnické zařízení je organizačně a technicky způsobilé k poskytování kvalitní zdravotní péče. Podle autorky musí být také vytvořen fungující systém pro hodnocení a trvalé zvyšování kvality poskytované péče. Akreditace podle autorky motivuje zdravotnická zařízení k zavádění nových prvků řízení kvality péče. Cílem akreditačního řízení je podle autorky dosáhnout co nejlepší péče pro pacienty za co nejlepších pracovních podmínek pro zdravotníky a ostatní pracovníky ve zdravotnictví. Gladkij (2003, s. 311) k akreditačnímu řízení uvádí, že má především vzdělávací, organizačně kulturní, standardizační a ověřovací charakter. Význam akreditačního procesu spočívá podle autorů v jeho reálném přispívání k vytváření podmínek pro zavedení programu soustavného zlepšování kvality, v zavádění ověřených doporučených postupů a standardů do poskytované zdravotní péče s cílem snížení nežádoucích událostí a také zmenšení rozdílů mezi jednotlivými poskytovateli zdravotní péče, mezi jimi zaváděnými procesy a realizovanými výkony; význam dále spočívá formální záruce pro pacienty, že zdravotnické zařízení splňuje předepsané a očekávané požadavky na kvalitu a bezpečnost a že vynaložené prostředky budou účelně využity. Gladkij, Heger a Strnad (1999, s. 134) používají dále pojem certifikace, který definují jako dobrovolný program, ve kterém musí zdravotnické zařízení splňovat určitou úroveň tak, aby byla zajištěna kvalita nadřazených standardů. Také Bártlová a Hnilicová (2000, s. 64) definují pojem akreditace jako formální uznání toho, že nemocnice odpovídá stanoveným standardům kvality ve všech oblastech péče o pacienty i v komplexnosti poskytovaných služeb; součástí akreditace bývá také hodnocení péče o zaměstnance a zajištění jejich bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.

Škrļa a Škrlová (2008, s. 20) se ve své práci zabývají vymezením pojmu standard a audit. Standard se podle autorů zabývá tím, co je z hlediska kvality důležité a z hlediska bezpečnosti práce přijatelné, kdežto audit sleduje, zda zaměstnanci naplňují v praxi požadavky standardů a zda výstupy splňují očekávání zdravotnického zařízení i jeho klientů. Válková (2015, s. 30) definuje audit jako systematický, nezávislý a zdokumentovaný proces, který slouží k získání důkazu o provádění kodifikovaných činností správným způsobem; audit může být definován také jako měření kvality, které zjišťuje rozdíl mezi standardem a skutečností. Madar, Němcová a Zeman (2004, s. 69) dělí zjednodušeně auditní činnost na **interní a externí**; **interní audit**y jsou prováděny proto, aby se určilo, zda systém managementu jakosti vyhovuje stanoveným požadavkům. Autor klade důraz na volbu auditorů z řad zaměstnanců zdravotnického zařízení tak, aby byla zajištěna objektivita a nestrannost; auditori nemohou provádět audit své vlastní práce. Pro interní auditování musí podle autora existovat zdokumentovaný postup, musí být také definovány oblast auditu, četnost auditů a metody auditu. **Externí audit** je podle autora kontrola prováděná osobami, které nepůsobí přímo v kontrolovaném zdravotnickém zařízení. Mezi nejznámější organizace zabývající se externím auditem patří podle Madara, Němcové, Zemana (2004, s. 43) následující.

## **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)**

Podle Madara, Němcové a Zemana (2004, s. 43) tato nezávislá nezisková organizace založená v USA v roce 1951 sleduje úroveň a kvalitu zdravotnictví, snaží se rozpracovat kritéria pro hodnocení úrovně a kvality poskytované péče v nemocnicích. Podle autora auditori hovoří s personálem a pacienty a mají přístup do dokumentace, zaměřují se na práva pacientů, etiku, sledování infekcí, řízení nemocnice, šíření informací, komunikují také s lékaři a sestrami. Nevýhodou tohoto auditu byla podle autora jeho přílišná byrokratičnost – hodnotil hlavně dokumenty, ne lékařské procesy. Dceřinou společností je podle Madara, Němcové a Zemana (2004, s. 44) **Joint Commission International Accreditation (JCIA)**, která pro akreditaci nemocnic vydala mezinárodní standardy. Podle Joint Commission International (2008) bylo stanoveno 370 akreditačních standardů, společně s indikátory, které mají za cíl zvýšit bezpečí pacientů v problémových oblastech; jedná se především o správnou identifikaci pacientů, efektivní komunikaci, prevenci záměny pacienta, výkonu a místa provedení, zvýšení bezpečí u rizikových léků, snížení rizika nozokomiálních infekcí apod. JCIA uděluje podle výše uvedeného dokumentu akreditaci na tři roky, při závažném nedodržení standardu může však být odňata dříve. Podle Válkové (2015, s. 38) je tento program založen na změně myšlení pracovníků ve zdravotnictví; úspěch akreditačního šetření závisí na překonání odporu ke změnám u zdravotníků.

## **Spojená akreditační komise (SAK ČR)**

Spojená akreditační komise České republiky byla vytvořena podle Madara, Němcové a Zemana (2004, s. 44) v roce 1997 jako zájmové sdružení právnických osob. Podle Válkové (2015, s. 38) pak SAK ČR stanovila standardy, které byly vydány v roce 1998 jako metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR. Podle Marxe a Vlčka (2013, s. 5) se akreditace podle SAK ČR uděluje na 2 až 3 roky a akreditační standardy SAK ČR jsou děleny do následujících 13 oblastí:

- resortní bezpečnostní cíle;
- práva pacientů a jejich edukace;
- dostupnost a kontinuita péče;
- diagnostická péče;
- terapeutická péče
- anesteziologická a chirurgická péče;
- objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv;
- hygiena nemocničního prostředí a protiepidemická opatření;
- řízení a správa;
- řízení kvality a bezpečí;
- bezpečí prostředí;
- informace a komunikace;
- řízení lidských zdrojů.

Podle Marxe a Vlčka (2013, s. 11) je tento nástroj pro externí hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb vhodný pro nemocnice všech typů. Marx a Vlček (2013, s. 12) dále uvádí, že během akreditačního šetření jsou hodnotitelským týmem sestávajícím se z lékaře, nelékařského zdravotnického pracovníka a administrativního pracovníka vyhodnoceny jednotlivé indikátory standardů poskytované péče; s výsledkem šetření není vedení zdravotnického zařízení seznámeno bezprostředně, ale výsledky šetření jsou předány centrální kanceláři SAK ČR, která pak na základě těchto podkladů vydává Certifikát o akreditaci – hodnocení kvality a bezpečí.

### **3.2.3 Hodnocení kvality poskytované péče pacienty**

Kvalita poskytované péče může být podle Válkové (2015, s. 54) hodnocena z více úhlů pohledu; může být hodnoceno vlastní poskytování zdravotní péče, dostupnost péče, její finanční náročnost, kontinuita péče, přiměřenost, nebo prostředí, v kterém je péče poskytována.

Gladkij (2003, s. 312) uvádí, že akreditační standardy musí být nejen přínosem pro zdravotnické zařízení (poznání vlastní organizace, odhalování duplicit, sjednocování klíčových léčebných postupů), ale především pro pacienty (bezpečnost, spokojenost, zaměření úsilí na potřeby pacientů).

#### **Kvalita očima pacienta (KOP)**

Podle Raitera (2010) se jedná o projekt podporovaný Ministerstvem zdravotnictví ČR, který vznikl za účelem reagovat na projekt Světové zdravotnické organizace „Zdraví 21“ a který zároveň vyhovuje požadavkům Evropské Unie o zavádění kontinuálního rozvoje kvality ve zdravotnictví. Podle autora projekt měří kvalitu péče na základě zkušenosti – spokojenosti pacienta a shromažďuje pro pacienty objektivní a statisticky prokázané informace o kvalitě jednotlivých pracovišť – proto mají pacienti lehčí přístup k poznatkům, které zdravotnické zařízení si mají vybrat. Cílem projektu je podle autora podpořit zdravotnická zařízení v efektivním a systematickém zvyšování kvality poskytované péče a zvýšit informovanost veřejnosti o kvalitě daného zdravotnického zařízení. Zdravotnickým zařízením je podle autora udělován „rating KOP“ (hodnocení zdravotnických zařízení podle výsledků spokojenosti pacientů rozdělené do šesti kategorií od A+ do B-). Dalším oceněním je podle autora certifikace „Spokojený pacient“ – zde se jedná o standardizované měření kvality zdravotních služeb cestou sledování spokojenosti pacientů pomocí dotazníků. Podmínkou udělení certifikátu je podle autora dodržení metodického návodu pro distribuci a sběr dotazníků podle Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, ministerstvo pravidelně oceňuje ta zdravotnická zařízení, která metodiku respektují, pracují v souladu s ní a dosahují tak vynikajících výsledků.

#### **HealthCare Institute (HCI)**

HealthCare Institute (2013) pomáhá nemocnicím se zvyšováním kvality poskytované péče, snaží se radit vedení nemocnic a zřizovatelům nemocnic v oblasti nových přístupů ke zvyšování kvality péče a zaštiťuje různé projekty. Jedním z nich je podle stejného zdroje porovnávání nemocnic na celostátní úrovni využívající metodu benchmarking. Projekt podle stejného zdroje hodnotí nemocnice ve 4 oblastech (spokojenost pacientů, spokojenost zaměstnanců, finanční situace a efektivita procesů), následně HCI sestavuje žebříček českých nemocnic a nejlépe vyhodnocené nemocnice pak dostávají ocenění; dále organizace pořádá různé mezinárodní konference pro odborníky.

### **3.2.4 Úloha managementu v otázkách řízení kvality poskytované péče**

Tosic, Ruso a Filipovic (2018, s. 194) ve své rešerši uvádějí, že většina autorů odborné literatury se shoduje, že vytváření a zavádění systémů na hodnocení kvality poskytované péče znamená revoluční změnu ve fungování poskytovatelů zdravotní péče. Management kvality podle autorů ovlivňuje strukturu zdravotnických zařízení, vztah mezi poskytovatelem zdravotní péče a pacienty, ale také ostatní segmenty fungování zdravotnického zařízení. Gladkij, Heger a Strnad (1999, s. 102) uvádí, že nemocniční management má v řízení kvality nezastupitelnou



roli; jeho úlohou je řízení a monitorování kvality péče poskytované v nemocnici; pravidelné sledování informací týkajících se kvality péče, které přicházejí z vnějšího a vnitřního prostředí; určování, ověřování a řešení otázek a problémů týkajících se kvality péče; hodnotit monitorování kvality péče prostřednictvím objektivních statistických měřítek; zabezpečit integraci požadavků na kvalitu do dlouhodobých strategických plánů nemocnice; hodnotit účinnost a kvalitu péče vzhledem k nákladům, dbát na odbornou způsobilost a kvalifikovanost pracovníků zdravotnického zařízení, zabezpečit nemocnici odpovídajícím přístrojovým a dalším vybavením, dbát na řádnou dokumentaci poskytované péče; dohlížet na poskytování péče podle medicíny založené na důkazech. Gladkij, Heger a Strnad (1999, s. 108) zmiňují také překážky, s nimiž se lze setkat na cestě ke zlepšování kvality; uvádějí například nedostatek celkového zaměření (chybějící stanovení hodnot, vizí či cílů); nedostatečnou komunikaci; příliš mnoho mezistupňů (tím se zvyšuje pravděpodobnost chyby); nefunkční podniková kultura (lpění na starých praktikách a činnostech – odpor k zavádění inovací, nízká kreativita); nedostatek integrace a rovnováhy jednotlivých komponent procesu.

Podle Válkové (2015, s. 39) přináší nové modely řízení kvality do zdravotnictví nové postupy, ale také změny v chování a postojích poskytovatelů zdravotní péče. Management zdravotnického zařízení, který se rozhodne pro zavádění některého ze systémů hodnocení kvality poskytované péče musí podle autorky počítat s odporem pracovníků zdravotnického zařízení. Management kvality ale podle Válkové (2015, s. 40) přináší do praxe mnoho změn, které pozitivně ovlivní bezpečnost a spokojenost pacientů, ale také může přinést úspory, zlepšení léčebných a diagnostických procesů a tím zlepšit ekonomické výsledky zdravotnického zařízení.

Kvalita ve zdravotnictví je i v současné době velmi skloňovaným tématem ve světové literatuře; napříč Evropskou unií (včetně českého zastoupení) vznikl následující projekt: Groene, Kringos a Sunol (2014, s. 2) ve své práci prezentují sedm na důkazech založených doporučení, jak zlepšit kvalitu a bezpečnost ve zdravotnických zařízeních:

- 1) zajistit zdravotnickému zařízení hodnotící proces poskytování zdravotní péče vnějším subjektem – certifikace či akreditace postupů prováděných ve zdravotnických zařízeních;
- 2) zapojit management kvality do vedení zdravotnického zařízení, implementovat jej do programu porad; bylo dokázáno, že pokud jsou pracovníci managementu jednotlivých úrovní (liniový, střední i top management) zainteresováni do managementu kvality, dosahují pak v této oblasti výrazně lepších výsledků;
- 3) vybudovat ve zdravotnickém zařízení interní systémy pro zlepšování kvality s důrazem na co nejmenší byrokracii a co největší efekt; tyto systémy musí být designovány tak, aby v žádném případě neovlivnily čas potřebný k vlastnímu poskytování péče pacientům;
- 4) určit na jednotlivých odděleních pracovníky zodpovědné za konkrétní oblasti fungování oddělení, udržovat odborné znalosti personálu na dobré úrovni;
- 5) postupovat v klinických vyšetřeních přesně potřeb pacienta, vyvarovat se tradičního přístupu založeného na odbornosti lékaře;
- 6) zavádět moderní informační technologie do praxe; příkladem může být počítačem asistované získání diagnózy, systémy kontrolující dávkování léčiv či programy kontrolující intervaly preventivních prohlídek a intervaly očkování;
- 7) provádět pravidelná hodnocení pracoviště, následně podávat zpětnou vazbu.

### 3.3 Spokojenost pacientů

V následující kapitole se práce zabývá spokojeností pacientů, bude vymezen pojem spokojenost pacienta, bude vysvětlena úloha managementu zdravotnického zařízení při zajišťování a zjišťování spokojenosti pacientů a budou popsány metody sledování spokojenosti pacientů.

#### 3.3.1 Vymezení pojmu spokojenost pacienta

Válková (2015, s. 54) uvádí, že hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou zdravotní péčí je jednou z možností hodnocení kvality péče. Bártlová, Hnilicová (2000, s. 61) dodávají, že mezi další důležité ukazatele kvality zdravotnických služeb patří posuzování kvality poskytované péče podle klinických ukazatelů jako jsou morbidita, mortalita, doba hospitalizace apod. Gladkij, Heger, Strnad (1999, s. 26) datují zvýšení zájmu o měření spokojenosti pacientů do devadesátých let 20. století, této problematice se jako jeden z prvních věnoval lékař Avedis Donabedian, který působil na univerzitách v Spojených státech amerických a publikoval práce o spokojenosti pacientů a kvalitě poskytované péče v osmdesátých letech 20. století. Donabedian (1988, s. 1743) ve své práci uvádí, že spokojenost pacientů je chápána jako jeden ze základních výstupů zdravotní péče, tzn. jeden z cílů, o který ve zdravotnictví jde; spokojenost pacientů se vztahuje k bezprostředně poskytované zdravotní péči, kterou pak pacienti hodnotí na základě vlastní zkušenosti; autor také hovoří o spokojenosti občanů se zdravotnictvím, což je podle něj daleko širší pojem, protože se týká nejen vlastní zkušenosti, ale zahrnuje v sobě také zprostředkovanou zkušenost jiných osob, spokojenost občanů se zdravotnictvím je ovlivňována i jinými faktory, např. hodnotovou orientací, politickou orientací a ekonomickým stavem.

Bártlová a Hnilicová (2000, s. 66) uvádějí ve své práci tyto modely spokojenosti pacientů:

- 1) model postavený na dosažení určitých hodnot spokojenosti v definovaných dimenzích péče – počet těchto dimenzí se u různých autorů, v zásadě jde vždy o kvalitu péče, poskytování informací (pacientovi či rodině) a o hotelové služby (úroveň stravy, vzhled pokojů, hygiena, režim, nabízené služby – internet, televize apod.);
- 2) model postavený na splnění přání pacienta – spokojenost pacientů lze vysvětlit jako vztah mezi tím, co si pacient přál a očekával, a tím, co se domnívá, že dostal;
- 3) pragmatický (elektrický) model spokojenosti pacientů – tento model přehledně zachycuje podstatné faktory, které ovlivňují spokojenost pacienta, a popisuje vztahy mezi nimi.

#### 3.3.2 Spokojenost pacientů – úloha managementu

Podle Bártlové a Hnilicové (2000, s. 61) nebyl ani v době nedávno minulé tak velký zájem o názory pacienta jako dnes; v současné době je management nemocnice velmi výrazně orientován na pacienta, pacient bývá nazýván klientem či konzumentem – tato dříve neužívaná označení zvýrazňují novou orientaci zdravotnických služeb a enormní snahu vyhovět, pokud možno všem přáním pacienta, a tak docílit jejich spokojenosti. Podle autorek se současná filozofie poskytování zdravotní péče opírá především o názor, že léčebná péče by měla být zaměřena na uspokojování potřeb pacientů; výsledky sledování spokojenosti pacientů se ukazují jako dobrá zpětná vazba nejen pro ošetřující personál, ale i pro management zdravotnického zařízení, slouží pak jako vhodný nástroj pro zlepšování kvality péče.

Podle Válkové (2015, s. 54) se manažeři zaměřují na hodnocení spokojenosti pacientů v konkrétních oblastech poskytování péče; jsou hodnocena očekávání pacientů a míra naplnění těchto očekávání, takové hodnocení kvality je tedy subjektivním hodnocením konkrétního pacienta.

Podle Bártlové a Hnilicové (2000, s. 72) získává management zdravotnického zařízení při opakovaném sledování spokojenosti pacientů informace

- sloužící pro hodnocení kvality práce jednotlivých oddělení či jednotlivých pracovníků;
- přinášející podklady pro změny ve způsobu a režimu poskytování léčebné péče;
- poskytující údaje o kvalitě hotelových služeb a vybavenosti oddělení;
- poskytující podklady pro organizační změny, které pak může management nemocnice, popř. jednotlivých oddělení použít pro zlepšení pohody a komfortu pacientů v nemocnici;
- sledující efektivnost a dopad provedených změn na kvalitu péče z hlediska pacientů;
- přinášející podklady pro srovnávání kvality péče v různých nemocnicích, nejčastěji v rámci akreditačního programu.

Výše uvedená zjištění přispívají podle autorek ke změně organizační kultury na sledovaném pracovišti.

Spokojenost pacientů je v současné době v literatuře často zmiňovanou problematikou. Prakash (2010, s. 152) ve svém odborném článku uvádí doporučení zaměřená na zvýšení spokojenosti pacientů. Managementu zdravotnických zařízení autor doporučuje zaměřit se na kontrolu kvality poskytované péče, na minimalizaci čekacích dob či na estetický vzhled ordinací, čekáren, ale i ostatních prostor ve zdravotnických zařízeních.

### **3.3.3 Metody zjišťování spokojenosti pacientů**

Podle Bártlové a Hnilicové (2000, s. 73) existují různé metody sledování spokojenosti pacientů. Nejčastěji používanými metodami jsou podle autorek rozhovor a dotazníkové šetření.

#### **Rozhovor**

Rozhovor je podle Válkové (2015, s. 56) definován jako metoda získávání dat ale také ovlivňování dalších osob verbálním kontaktem. Rozhovor může podle Bártlové a Hnilicové (2000, s. 73) probíhat jako individuální (tazatel a respondent), rozlišuje se rozhovor nestrukturovaný (volný), který není předem naplánován a jeho průběh je závislý na vývoji komunikace; dalším typem individuálního rozhovoru je strukturovaný standardizovaný rozhovor, který probíhá podle připraveného schématu s předem dohodnutým obsahem otázek i s předem dohodnutou posloupností. Nejčastěji tento rozhovor probíhá dle autorek prostřednictvím osobního kontaktu, nebo formou telefonického interview. Druhým typem rozhovoru je podle autorek skupinový rozhovor, který se odehrává buď s náhodně vybranou skupinou respondentů, nebo se skupinou cíleně vybranou podle určitých kritérií (konkrétní diagnóza, hospitalizace na určitém oddělení, věk). Použití metody rozhovoru je podle Válkové (2015, s. 56) časově i finančně velmi náročné, vyžaduje pečlivý výběr tazatelů, cílenou přípravu, pořizování elektronického záznamu, získání souhlasu pacientů apod.

## Dotazníkové šetření

Tato metoda se pro sledování spokojenosti pacientů užívá podle Bártlové a Hnilicové (2000, s. 74) nejčastěji, je také velmi oblíbená, ale její používání má řadu úskalí, např. kvalita použitého dotazníku, forma otázek, strategie výběru vzorku respondentů, návratnost dotazníků, způsob sběru vyplněných dotazníků.

Válková (2015, s. 62) uvádí charakteristiky dotazníkového šetření; řadí mezi ně efektivnost této metody, dobrý poměr počtu respondentů a potřebné časové dotace, relativně nízké náklady, anonymita respondentů, ale také nutnost ochoty respondentů účastnit se dotazníkového šetření.

Mezi nejdůležitější faktory, které ovlivňují hodnověrnost a správnost získaných výsledků, patří podle Bártlové a Hnilicové (2000, s. 75) kvalita použitého dotazníku, především jeho konstrukce, což je metodologicky nejcitlivější a nejnáročnější část každého průzkumu. Kvalita dotazníku se podle autorek hodnotí podle toho, zda dotazník splňuje kritéria validity (platnosti, pravdivosti) a reliability (spolehlivosti); validita a reliability se týkají toho, v jaké míře daný dotazník skutečně měří to, co měřit má, a zda je toto měření spolehlivé. Jak dále uvádí Bártlová a Hnilicová (2000, s. 77), mimořádná pozornost musí být věnována obsahové stránce dotazníku a formulaci jednotlivých položek; při konstrukci otázek má být kladen důraz na interpersonální chování, respekt zdravotníků k soukromí pacientů, poskytování dostatečných informací, odbornou úroveň lékařské a ošetrovatelské péče, denní program a režim, dosažitelnost rychlé pomoci v akutních případech, hotelové služby v nemocnici, důvěryhodnost nemocnice, splnění očekávání pacienta. Na základě literární rešerše autorky doporučují používání hodnotících škál s lichým počtem bodů, konkrétně pětistupňových či sedmistupňových škál. Dotazník by podle Bártlové a Hnilicové (2000, s. 80) neměl obsahovat více než 30 položek, aby pacient neztrácel při vyplňování trpělivost a aby celková návratnost neklesala; dotazník by však neměl být příliš stručný – v tomto případě by neposkytoval dostatek informací o všech relevantních oblastech. Samozřejmostí je podle autorek jasná, srozumitelná a jednoznačná formulace jednotlivých položek. Podle Bártlové a Hnilicové (2000, s. 82) by měl dotazník být doplněn několika otevřenými otázkami (pacienti je rádi využívají buď ke konkrétní a adresné kritice, nebo i k vyjádření pochvaly celému personálu, nebo jednotlivcům), ty umožňují doplnění a lepší interpretaci kvantitativních dat; kvalitativní analýza je pro ilustraci a konkretizaci získaných kvantitativních výsledků velmi přínosná, ale časově velmi náročná. Dotazníky spokojenosti mohou být podle Bártlové a Hnilicové (2000, s. 84) distribuovány pacientům v průběhu hospitalizace, nejvhodnějším obdobím je konec hospitalizace, kdy pacient má již možnost zhodnotit celý průběh hospitalizace; pokud jsou dotazníky rozesílány poštou po propuštění pacienta z nemocnice, je důležité, aby pacienti obdrželi dotazník maximálně do dvou týdnů po propuštění z nemocnice – při delší časové prodlevě již pacient nemusí mít dojmy z pobytu v čerstvé paměti.

Pro statistické zpracování výsledků dotazníků se podle Bártlové a Hnilicové (2000, s. 87) osvědčuje použít statistický software, který umožňuje kvalifikované a rychlé zpracování dat; nejčastějšími způsoby zpracování dat jsou podle autorek procentuální vyhodnocení získaných odpovědí, výpočet průměrných hodnot spokojenosti a jejich standardních směrodatných odchylek a faktorová analýza. Bártlová a Hnilicová (2000, s. 88) také uvádějí demografické charakteristiky, které ovlivňují spokojenost pacientů; mezi nejvýznamnější z nich patří pohlaví, vzdělání a věk; ženy častěji kritizují a jsou méně spokojené, taktéž vzdělanější pacienti jsou častěji více kritičtí, s věkem obecně roste spokojenost pacientů se zdravotní péčí.

### 3.4 Vztah organizační kultury, kvality péče a spokojenosti pacientů

V této kapitole bude stručně shrnuto, jak organizační kultura ovlivňuje kvalitu poskytované péče a spokojenost pacientů. Předchozí podkapitoly vysvětlily pojem kvalita péče a definovaly spokojenost pacientů jako jeden z důležitých ukazatelů kvality zdravotnických služeb (Bártlová a Hnilicová, 2000, s. 61). Gladkij, Heger a Strnad (1999, s. 128) k výše uvedenému dodávají, že pacienti jsou schopni odpovídajícím způsobem posoudit zejména tyto stránky kvality péče – prostředí čekáren a ordinací, podmínky pro osobní hygienu ve zdravotnických zařízeních, vybavení a hygienu v lůžkových zdravotnických zařízeních, včasnost zásahů v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu, pádu apod., chování zdravotnického personálu, úroveň komunikace ošetřujícího personálu (lékařského i nelékařského) s pacienty, čekací doby na vyšetření a ošetření, způsob informování pacientů o zdravotním stavu a léčebných a diagnostických postupech, pacienti jsou schopni posoudit subjektivně výsledek léčby. Podle Bártlové a Hnilicové (2000, s. 72) výsledky průzkumů spokojenosti pacientů slouží ke změně organizace poskytování léčebné péče, ke zlepšení komunikace ošetřujícího personálu, ke změně nabídky hotelových služeb, ke zlepšení vybavenosti oddělení či ke zvýšení komfortu pacientů a ke zlepšení jejich pohody. Tyto průzkumy spokojenosti pacientů mohou podle autorek přispívat ke zdravé soutěživosti zdravotnických zařízení v oblasti kvality poskytované péče.

Spokojenost pacientů je v současné době i v odborné literatuře často zmiňovanou problematikou. Některé práce popisují propojení organizační kultury a spokojenosti pacientů ve zdravotnických zařízeních. Např. Prakash (2010, s. 152) ve svém odborném článku uvádí několik doporučení zaměřených na zvýšení spokojenosti pacientů. Tato doporučení autor dělí do několika oblastí:

- a) doporučení zaměřená na lékaře – autor hodnotí lékaře jako poskytovatele zdravotní péče zodpovědného za kvalitu poskytované péče; autor doporučuje lékařům, aby při jednání s pacienty dodržovali zásady etikety, navazovali oční kontakt, důsledně vysvětlovali navrženou léčbu, zachovávali soukromí pacienta; jako jedno z nejdůležitějších doporučení považuje autor doporučení zapojit pacienta do rozhodování o další léčbě;
- b) doporučení zaměřená na pacienta – podle autora předvídaná očekávání pacienta často závisí na pacientově věku, pohlaví, charakteru základního onemocnění či jiných okolnostech;
- c) doporučení zaměřená na nemocnice – zde autor upozorňuje na problémy především ve větších zdravotnických zařízeních, kde by mohlo docházet k nedorozuměním vzhledem k množství personálu, který je zúčastněn na poskytování péče jednomu konkrétnímu pacientovi;
- d) doporučení zaměřená na vzhled ordinací, oddělení, kanceláří apod. – esteticky zařízené prostory považuje autor za standard;
- e) doporučení zaměřená na čekací doby – dlouhé čekací doby jsou podle autora zásadním problémem z pohledu pacienta; autor doporučuje objednávání vyšetření či konzultací na konkrétní čas;
- f) doporučení zaměřená na informování a poučení pacienta – pacient by měl být důsledně a podrobně informován o navrhované terapii či plánovaných výkonech, doporučuje nejen ústní vysvětlení, ale i využívání obrazových materiálů či vlastních nákrešů;
- g) doporučení zaměřená na kvalitu poskytované péče – podle autora je kvalita poskytované péče jednou z nejdiskutovanějších a nejdůležitějších otázek řízení

zdravotnických zařízení; autor klade největší důraz na akreditaci či certifikaci zdravotnických zařízení.

Všechna výše doporučení mají podle autora směřovat ke zvýšení spokojenosti pacientů s minimálním navýšením nákladů.

## 4 Analytická část

Analytická část práce se po krátkém představení Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice Praha (ÚVN) bude věnovat kvantitativnímu šetření mezi vedoucími pracovníky jednotlivých oddělení. Nejprve budou představena východiska pro vlastní dotazníkové šetření, kterými byla data z měření kvality zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti pacientů. Tento periodický výzkum je prováděn periodicky externí firmou v rámci projektu Kvalita očima pacientů; šetření, jehož data byla využita pro potřeby této práce proběhlo v polovině roku 2015 a jeho autorem je RNDr. Tomáš Raiter (2015b, s. 2). Se souhlasem vedení nemocnice mohla být část dat získaných z tohoto výzkumu použita jednak jako určité východisko pro dotazníkové šetření zpracované pro potřeby této práce a dále byla data tohoto výzkumu použita pro komparaci při statistickém zpracování dat z dotazníkového šetření prováděného pro potřeby této práce.

Ve třetí části bude dokumentován vlastní výzkum této práce, konkrétně jeho kvantitativní šetření formou dotazníku. Jednotlivé otázky dotazníku vychází z oblastí organizační kultury Ústřední vojenské nemocnice, na které je cílen i výzkum uvedený v předchozím odstavci. Dotazníky byly distribuovány mezi vedoucí pracovníky jednotlivých oddělení Ústřední vojenské nemocnice z řad lékařů i nelékařského zdravotnického personálu. Bude uvedeno statistické zpracování dotazníku a na základě jeho vyhodnocení budou identifikovány problémové oblasti organizační kultury, tedy takové oblasti organizační kultury, které jsou pacienty vnímány statisticky významně hůře, než jsou vnímány vedoucími pracovníky jednotlivých oddělení. Budou rovněž vyhodnoceny ty oblasti organizační kultury, které jsou naopak pacienty vnímány pozitivněji než uvedenými členy managementu nemocnice.

V další části prakticko-analytické části práce bude provedeno vymezení podnikové (organizační) kultury ve sledované organizaci, konkrétně studiem organizačních dokumentů zdravotnického zařízení, jako jsou organizační řády, všeobecné standardy péče, směrnice, etický kodex zaměstnanců či kodex práv pacientů. Studium organizační kultury bude zaměřeno zejména na oblasti organizační kultury, na které jsou cíleny otázky v kvantitativním výzkumu uvedeného v předchozím odstavci.

### 4.1 Ústřední vojenská nemocnice Praha – základní informace

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (ÚVN) je příspěvkovou organizací, jejíž zřizovatelem je Ministerstvo obrany (Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, 2020). V ÚVN je podle stejného zdroje poskytována komplexní zdravotnická péče o dospělé pacienty ve všech oborech s výjimkou kardiochirurgie, porodnictví a léčby popálenin; Ústřední vojenská nemocnice neposkytuje péči dětským pacientům. Výstavba první nemocnice proběhla v letech 1936 až 1938 a nemocnice zahájila provoz dne 1. srpna 1938 (Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, 2020). Současným ředitelem Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice je podle stejného zdroje prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph. D.

ÚVN je jedinou vojenskou fakultní nemocnicí v České republice a je výcvikovým a vzdělávacím zařízením Armády České republiky; ÚVN poskytuje komplexní soubor posudkových služeb pro Armádu České republiky a také poskytuje komplexní péči válečným veteránům (Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, 2020). Z pohledu systému poskytování zdravotní péče v rámci Armády České republiky Hájek et al. (2015, s. 159) hodnotí Ústřední vojenskou nemocnici – Vojenskou fakultní nemocnici ROLE 4. Hájek et al. (2015, s. 158) shrnuje rozdělení úrovní poskytování zdravotní péče

v podmínkách Armády České republiky na tzv. ROLE, kdy ROLE 1 je chápána jako primární péče s možností základních život zachraňujících výkonů, ROLE 2 nabízí základní život zachraňující chirurgické výkony, resuscitační péči a krátkodobou hospitalizaci nemocných, ROLE 3 je rozšířena o specializovanou péči v oborech oční lékařství, otorhinolaryngologie, psychiatrie či neurochirurgie a ROLE 4 je pak nemocnicí ve vlasti, ve které je poskytována další specializovaná péče o raněné či nemocné. Pohnán a Hána (2019, s. 66) nabízí příklady jednotlivých ROLÍ v podmínkách zahraniční operace Armády České republiky v Afghánistánu, kterých se opakovaně účastnili lékaři Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice Praha.

Ústřední vojenské nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2019, s. 5) uvádí, že v nemocnici působí deset klinik a dvě desítky odborných oddělení; nemocnice pečuje z převážné části o pacienty z Prahy 6, mimořádnou cílovou skupinou jsou příslušníci Armády České republiky, ostatní příslušníci ozbrojených sil a integrovaného záchranného systému. Stejný zdroj také uvádí, že v řadě subspecializací, jako je například problematika nádorových onemocnění slinivky břišní, pečuje Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha o pacienty z celé České republiky. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2019, s. 11) dále uvádí, že nemocnice disponuje celkem 677 lůžky, konkrétně 472 standardními lůžky, 68 lůžky pro akutní intenzivní péči a 88 lůžky pro následnou péči; zbytek lůžkové kapacity připadá na Domov pro seniory a na Domov péče o válečné veterány. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2019, s. 10) dále uvádí, že v nemocnici bylo během roku 2018 provedeno více než 1,2 milionů ambulantních vyšetření a bylo hospitalizováno přibližně 26,5 tisíce pacientů.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice (2020) uvádí, že se nemocnice dlouhodobě zaměřuje na poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče; již v roce 2004 získala ÚVN mezinárodní akreditaci Joint Commission International a v současné době je kvalita a bezpečnost poskytované zdravotní péče garantována akreditací Spojené akreditační komise. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice také podle stejného zdroje opakovaně absolvovala akreditační šetření Spojené akreditační komise České republiky; platnost současné akreditace je do října roku 2021. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2020) dále uvádí, že na základě celkového hodnocení spokojenosti hospitalizovaných i ambulantních pacientů a zaměstnanců provedeného společností HealthCare Institute se ÚVN stala druhou nejlepší nemocnicí v roce 2017; v roce 2019 se ÚVN umístila na druhém místě mezi fakultními nemocnicemi v kategorii Bezpečnost a spokojenost hospitalizovaných pacientů a také Bezpečnost a spokojenost zaměstnanců nemocnic. Kvalitu a bezpečnost poskytované péče v ÚVN periodicky sleduje a vyhodnocuje Oddělení řízení kvality zdravotní péče (Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, 2020).

Mottem Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice Praha je teze „Bonum aegroti suprema lex“, tedy „Dobro pacienta nejvyšší zákon“ (Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, 2020).

## **4.2 Projekt Kvalita očima pacienta v ÚVN**

Jak již bylo podrobněji uvedeno v teoretické části práce, podle Raitera (2010) projekt hodnotí kvalitu poskytované péče na základě spokojenosti pacientů. Projekt si podle stejného zdroje stanovuje za cíl podpořit poskytovatele zdravotní péče v soustavném zvyšování kvality péče a také usnadnit veřejnosti získání objektivních a statisticky zpracovaných informací



o konkrétním zdravotnickém zařízení; tím má být podle stejného autora umožněno veřejnosti vybrat si ta zdravotnická zařízení, která poskytují nejkvalitnější a bezpečnou péči.

Raiter (2015b, s. 2) ve veřejně přístupné závěrečné zprávě ze šetření shrnuje základní data o výzkumu Kvalita očima pacientů – Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti pacientů. Toto šetření proběhlo podle stejného zdroje v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici v květnu a červnu roku 2015; bylo použito kvantitativního šetření, konkrétně dotazníkové metody s možností výběru odpovědí. Spokojenost pacientů dosáhla podle stejného zdroje nejvyšší úrovně v desetileté historii měření v této nemocnici, zdravotnické zřízení obhájilo nejvyšší rating A+ a splnilo tak kritéria pro udělení certifikátu spokojený pacient. V závěrečné zprávě byly podle Raitera (2015b, s. 2) všechny indikátory kvality hodnoceny pacienty nad hranicí 80 % a souhrnná spokojenost pacientů dosáhla hodnoty 86 %. Návratnost dotazníků byla podle stejného zdroje 76 %, podíl vzorku dotazovaných na ročních hospitalizacích činil 5,6 %. Dotazníkové šetření bylo podle Raitera (2015b, s. 9) vyplňováno pacienty před propuštěním z nemocnice.

Raiter (2015b, s. 8) definuje 8 hlavních indikátorů (dimenzí) kvality péče:

- 1) přijetí pacienta do nemocnice;
- 2) respekt, ohled, úcta k pacientovi;
- 3) koordinace a integrace péče o pacienta;
- 4) informace, edukace a komunikace s pacientem;
- 5) tělesné pohodlí pacienta;
- 6) citová opora a zmírnění strachu a úzkosti pacienta;
- 7) zapojení rodiny a blízkých do péče o pacienta;
- 8) propuštění a pokračování péče o pacienta.

Dále pak autor definuje otázky dotazníku, které se vztahují k jednotlivým dimenzím; dotazníkové šetření projektu Kvalita očima pacienta, se sestává celkem z 53 otázek seskupených do devíti okruhů:

- 1) plánované přijetí / převoz do zařízení;
- 2) jak probíhalo vlastní přijetí do zařízení;
- 3) pobyt v zařízení;
- 4) ošetřující lékař;
- 5) lékaři obecně;
- 6) zdravotní sestry;
- 7) zdravotní péče / léčba;
- 8) propuštění ze zařízení;
- 9) obecné hodnocení zařízení.

Dotazníkové šetření podle stejného autora obsahuje také otázky na socio-demografické charakteristiky respondentů, jako je věk, nejvyšší dosažené vzdělání a pohlaví, aby bylo možné sledovat hodnocení i v závislosti na těchto charakteristikách. Kompletní dotazníkové šetření ukazuje příloha 1 této práce.

Podle Raitera (2015b, s. 11) je vyhodnocena souhrnná spokojenost, spokojenost podle hlavních dimenzí, spokojenost podle pracovišť, spokojenost se sestrami, lékaři a všeobecnými službami a spokojenost s indikátory kvality péče.

K vyhodnocení výsledků vlastního dotazníkového šetření zpracovaného pro potřeby této práce byly k porovnání využity výsledky úrovně celkové spokojenosti pacientů (v konkrétních oblastech reprezentovaných konkrétními otázkami) zjištěné v projektu Kvalita očima pacienta v roce 2015 (Raiter, 2015b, s. 27–48). Podrobně jsou použité výsledky projektu Kvalita očima pacienta uvedeny v Příloze 2 této práce, úroveň spokojenosti pacientů ve vybraných oblastech je přehledně zpracována v Tabulce 1 rovněž v Příloze 2.

### 4.3 Dotazníkové šetření

Následující kapitola se věnuje vlastnímu výzkumu provedenému pro potřeby této práce. Jedná se o kvantitativní výzkum, konkrétně o dotazníkové šetření. Nejprve bude popsán dotazník a vyhodnoceny jednotlivé otázky. V další části pak bude provedeno porovnání výsledků vlastního šetření se spokojeností pacientů a na jeho základě budou formulovány jednak problematické oblasti organizační kultury, ale i ty oblasti organizační kultury, které jsou vnímány pacienty pozitivněji než vedoucími pracovníky oddělení. Vyhodnoceny budou i otázky s možností vlastní tvorby odpovědi.

#### 4.3.1 Dotazník pro vedoucí pracovníky oddělení

Pro potřeby této práce bylo vytvořeno dotazníkové šetření. Dotazníky byly určeny pro vedoucí pracovníky jednotlivých klinik a oddělení Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice z lékařského i nelékařského zdravotnického personálu. Dotazník byl anonymní a časová dotace na jeho vyplnění byla kalkulována přibližně na 30 minut.

Dotazníkové šetření se skládalo z první strany zaměřené na demografické údaje, respondenti byly dotazováni na příslušnost ke konkrétnímu oddělení a také na pozici, kterou v managementu zastávají. Zaměstnanci byli také dotazováni na pohlaví, věk, délku praxe a nejvyšší dosažení vzdělání.

Polostrukturovaný dotazník se skládal ze třiceti otázek, možnost vlastního vyjádření byla povolena u dvanácti z nich. Otázky v dotazníku byly formulovány tak, aby pak v dalším statistickém hodnocení mohly být komparovány s výsledky měření spokojenosti pacientů provedenými externí firmou v rámci projektu Kvalita očima pacienta. Některé otázky dotazníku byly tvořeny tak, aby doplňovaly otázky jiné, zejména pak odpověďmi s možností vlastního vyjádření.

Před definitivní distribucí dotazníku vedoucím pracovníkům jednotlivých oddělení byla provedena pilotáž dotazníku na malém vzorku respondentů. Konkrétně se jednalo o 6 respondentů z Chirurgické kliniky ÚVN. S jednotlivými respondenty byla neformálně diskutována otázka srozumitelnosti dotazníku, časové dotace nutné na vyplnění dotazníku, dále byla hodnocena přínosnost možnosti vlastní tvorby odpovědi či ochota zdravotníků k vyplnění dotazníku. V rámci pilotáže byla také provedeno zhodnocení otázek z pohledu dalšího statistického zpracování. Na základě pilotáže byly provedeny v dotazníku pouze minimální úpravy a dotazník byl připraven k distribuci.

Dotazník pro vedoucí pracovníky oddělení je Přílohou č. 3 této práce.

#### 4.3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Dotazník byl distribuován mezi vedoucí pracovníky jednotlivých klinik a oddělení Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské nemocnice. Distribuováno bylo **celkem 70 dotazníků**.

**Návratnost** vzhledem k osobnímu přístupu k distribuci **byla 87 %**. Konkrétně byli osloveni vedoucí pracovníci Chirurgické kliniky (CHIR), Interní kliniky (INT), Ortopedické kliniky (ORT), Neurochirurgické kliniky (NCH), Gynekologické kliniky (GYN), Kliniky otorinolaryngologické (ORL), Oční kliniky (OPH) a Kliniky infekčních nemocí (INF) a dále pak vedoucí pracovníci Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny (ORFM), Urologického oddělení (URO), Neurologického oddělení (NEU), Psychiatrického oddělení (PSY), Dermatologického oddělení (DER), Kardiologického oddělení (KAR) a Oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu (OGHM). Nejvíce respondentů reprezentovalo kliniky s více odděleními, jako je Chirurgická klinika, která v době šetření měla 2 standardní oddělení a jednotky intenzivní péče (z Chirurgické kliniky bylo celkem 13 respondentů), a dále pak Interní klinika, na které pracovalo celkem 7 respondentů, tedy 11 % z celkového počtu respondentů. Další výše uvedené kliniky a oddělení byly zastoupeny rovnoměrně. Podrobně jsou počty respondentů z jednotlivých klinik uvedeny v Tabulce 2.

Výzkumu se účastnilo přibližně **41 % mužů a 59 % žen**. **Průměrný věk respondentů byl 40,5 roku a průměrná délka praxe činila 18 let**. Zastoupeny byly všechny úrovně managementu klinik a oddělení, staniční sestry, vrchní sestry, vedoucí lékaři, primáři oddělení či přednostové klinik a zástupci všech uvedených profesí. Nejčastější pozicí mezi respondenty byla staniční sestra; staniční sestry tvořily výzkumný vzorek ze 23 %. Počty ostatních pozic zastoupených mezi respondenty přehledně uvádí Tabulka 2.

Tabulka 2 Charakteristika výzkumného vzorku

Oddělení	Počet	v %	Pozice	Počet	v %	Vzdělání	Počet	v %
ORFM	3	5	primář / přednosta	1	2	Ph. D.	6	10
ORT	5	8	zástupce primáře / přednosty	8	13	VŠ	32	52
NCH	3	5	vedoucí lékař oddělení	11	18	Bc.	12	20
CHIR	13	21	zástupce vedoucího lékaře	8	13	Dis.	3	5
GYN	3	5	vrchní sestra	12	20	SŠ	8	13
URO	5	8	zástupce vrchní sestry	2	3			
PSY	3	5	staniční sestra	14	23			
DER	2	3	zástupce staniční sestry	5	8			
ORL	3	5						
INT	7	11						
NEU	3	5						
KAR	3	5						
OPH	4	7						
OGHM	1	2						
INF	3	5						

Zdroj: vlastní výzkum

Mezi respondenty byly zastoupeny všechny relevantní úrovně vzdělání respondentů od středoškolského vzdělání s maturitou až po doktorskou úroveň vysokoškolského vzdělání. Počet respondentů s doktorským vzděláním (Ph. D.), vysokoškolským magisterským (MUDr. či Mgr. – VŠ), vysokoškolským bakalářským (Bc.), vyšším odborným (Dis.) a středoškolským vzděláním je podrobně uveden v Tabulce 2.

### 4.3.2 Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku

Jak bylo uvedeno výše, polostrukturované dotazníkové šetření obsahovalo celkem 30 otázek, u dvanácti z nich byla povolena možnost vlastní tvorby odpovědi. Pro zaznamenání dat a vyhodnocování výsledků dotazníkového šetření byl použit program Microsoft Excel. V následující podkapitole bude provedeno vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku.

**Otázka č. 1: Informuje personál pacienta při přijetí dostatečně o jeho zdravotním stavu a plánu dalšího průběhu hospitalizace?** U této otázky zvolilo 43 respondentů (70 %) odpověď „ano“, 17 respondentů (28 %) zvolilo odpověď „ano, v omezené míře, spíše zodpovídá dotazy pacienta“, žádný z respondentů nezvolil možnosti „ne, informování pacienta je záležitostí personálu v ambulanci“, ani „ne, příjem pacienta je pouze formální, administrativní záležitost“. Jeden z respondentů (2 %) zaznamenal odpověď chybně.

**Otázka č. 2: Jak dlouho čeká pacient při příjmu na uložení na lůžko?** Při zodpovídání této otázky odpovědělo 22 respondentů (36 %) odpovědí „do 15 minut“, 32 respondentů (52 %) vybralo odpověď „méně než jednu hodinu“, 6 respondentů (10 %) odpovědělo možnostmi „alespoň jednu, ale méně než 2 hodiny“ a jeden respondent (2 %) vybral odpověď „2 a více hodin“. Nikdo z respondentů nevybral možnost „nevím“.

**Otázka č. 3: Jak byste oznámkoval/a organizaci a plynulost přijetí pacienta na Vaše oddělení?** Při odpovědi na tuto otázku odpovědělo 13 respondentů (21 %) možnostmi „1 (nejlepší)“, 39 respondentů (64 %) vybralo odpověď „2“, 7 respondentů (12 %) vybralo odpověď „3“, 2 respondenti (3 %) vybrali odpověď „4“ a žádný z respondentů nevybral možnost „5 (nejhorší)“.

**Otázka č. 4: Je podle Vás možné optimalizovat postup příjmu pacienta na Vaše oddělení?** Při zodpovídání této otázky vybralo 34 respondentů (56 %) možnost „nikoliv, postup je dlouhodobě nastaven dobře, vyhovuje personálu i pacientům“, 18 respondentů (29 %) vybralo možnost „v posledních letech byly provedeny změny, které vedly ke zlepšení organizace příjmu pacienta“. K této odpovědi byla nabídnuta možnost vlastního vyjádření. Zdravotníci vyjmenovali několik změn, které byly na jejich odděleních provedeny, jako statisticky významně byla zastoupena odpověď „**příjem na ambulanci v den operace**“. Při odpovědi na tuto otázku vybrali 4 respondenti (7 %) možnost „naše oddělení má v plánu provést v organizaci příjmu pacienta tyto změny“. U této odpovědi z charakteru otázky vyplývá možnost vlastního vyjádření; tato možnost nebyla frekventně využita, nejčastěji bylo jmenováno opatření ve smyslu **navýšení počtu administrativních pracovníků**. Celkem 5 respondentů (8 %) zaznamenalo odpověď chybně.

**Otázka č. 5: Představí se ošetřující personál (lékař, sestra) pacientovi?** Při odpovědi na tuto otázku vybralo 51 respondentů (83 %) možnost „ano, vždy při prvním kontaktu s pacientem“, 6 respondentů (10 %) vybralo možnost „pouze při příjmu“ a 4 respondenti (7 %) vybrali možnost „ne, na našem pracovišti to není zvykem“.

**Otázka č. 6: Je pro Vás důležité, aby pacienti na Vašem oddělení znali svého ošetřujícího lékaře a zdravotní sestru?** Při zodpovídání této otázky vybralo 39 respondentů (64 %) odpověď „ano, vyžadují důsledné dodržování toho, aby se ošetřující personál vždy představil“, 20 respondentů (33 %) vybralo odpověď „ano, v budoucnu vidím prostor pro zlepšení v této oblasti“ a 2 respondenti (3 %) vybrali odpověď „ne, preferuji kvalitu poskytnuté lékařské/ošetrovatelské péče“.

**Otázka č. 7: Jak byste reagoval/a, pokud byste na Vašem oddělení cítil/a zvýšenou potřebu pacientů zapojit se do rozhodování o vlastní léčbě?** Při odpovědi na tuto otázku vybralo 19 respondentů (31 %) možnost odpovědi „tento proces funguje dobře, pacient vždy podepisuje informovaný souhlas s hospitalizací a ev. provedeným výkonem“, 39 respondentů (64 %) vybralo odpověď „vedle informovaného souhlasu má pacient vždy možnost vyjádřit se k navrženým vyšetřením, ordinaci léku a dalšímu průběhu hospitalizace“ a 1 respondent (2 %) vybral třetí možnost „v této problematice vidím do budoucna prostor pro zlepšení, chtěl/a bych se zasadit o:“. Charakter této odpovědi vybízí k vlastní formulaci odpovědi, respondent zde navrhuje **zlepšení informování o vyšetřeních a zlepšení plánování vyšetření**. Při odpovědi na tuto otázku 2 respondenti (3 %) zaznamenali svou odpověď chybně.

**Otázka č. 8: Stává se, že pacient dostane od personálu protichůdné informace?** Jako odpověď na tuto otázku vybrali 4 respondenti (6 %) možnost „ne, nikdy“, 45 respondentů (74 %) vybralo odpověď „pouze výjimečně, a to z důvodu nedorozumění“, 12 respondentů (20 %) vybralo možnost „občas, zejména z důvodu častého střídání ošetřujícího personálu“ a nikdo z respondentů nevybral možnost „často, tento jev je běžný“.

**Otázka č. 9: Snažíte se minimalizovat situace, kdy by pacient mohl dostat protichůdné informace od ošetřujícího personálu?** Při zodpovídání této otázky vybralo 30 respondentů (49 %) možnost „ano, na našem oddělení jsme již zavedli tato opatření: (prosím, vypište)“. Jako nejčastější opatření respondenti uvádějí **kvalitní předávání směny, zavedení velkých vizit, podávání informací pouze ošetřujícím lékařem, efektivní komunikace mezi lékařem a sestrou či minimalizace střídání personálu u jednoho pacienta**. Při odpovědi na tuto otázku vybralo 17 respondentů (28 %) odpověď „k výše uvedené situaci u nás nedochází“ a 11 respondentů (18 %) vybralo možnost „v budoucnu vidím v diskutované oblasti prostor pro zlepšení, plánujeme změnit: (prosím, vypište)“. Nejčastějším navrhovaným opatřením je **zlepšení komunikace mezi ošetřujícím personálem**. Při odpovědi na tuto otázku zaznamenali 3 respondenti (5 %) svou odpověď chybně.

**Otázka č. 10: Mají podle Vás pacienti dostatek soukromí během vyšetření, léčby, konzultací s lékařem apod.?** Při odpovědi na tuto otázku 16 respondentů (26 %) vybralo odpověď „ano, vždy, v běhu oddělení není potřeba z pohledu diskutovaného problému nic měnit“, 41 respondentů (67 %) vybralo možnost „ano, někdy je ale nutné probírat zdravotní stav pacienta před ostatními nemocnými na vícelůžkovém pokoji; závažné informace jsou sdělovány v soukromí“ a 3 respondenti (5 %) vybrali možnost „zdravotní stav pacienta je běžně diskutovaný na vícelůžkovém pokoji, což je nevyhovující stav – v budoucnosti vidím prostor pro zlepšení zavedením těchto opatření: (prosím, vypište)“. Nejčastěji doporučeným opatřením je **častější využití vyšetřoven**. Při zodpovídání této otázky jeden z respondentů (2 %) zapsal svoji odpověď chybně.

**Otázka č. 11: Jak hodnotíte objem času, který můžete věnovat pacientovi?** Při odpovědi na tuto otázku vybralo 11 respondentů (18 %) možnost „vždy dostatečný“, 25 respondentů (41 %) vybralo možnost odpovědi „někdy nedostatečný, zejména z důvodu rozsáhlé administrativy“, 5 respondentů (8 %) vybralo možnost „někdy nedostatečný, zejména z důvodu velkého počtu pacientů na jednoho lékaře/sestru“ a 17 respondentů (28 %) označilo možnost „nedostatečný pro kombinaci výše uvedených důvodů“. Odpověď na tuto otázku byla zaznamenána chybně u 3 respondentů (5 %).

**Otázka č. 12: Jaké možnosti nabízí Vaše oddělení v oblasti informačních technologií, které mohou pacienti využívat?** Při zodpovídání této otázky vybralo 39 respondentů (64 %) možnost „oddělení je vybaveno wi-fi internetovým připojením, pacienti (pokud jim to stav

dovolí) si mohou zakoupit denní tisk v bufetu, mohou libovolně používat mobilní telefony a mají k dispozici TV na každém pokoji“; 2 respondenti (3 %) vybrali možnost „platí výše uvedené bez wi-fi připojení“, 19 respondentů (31 %) vybralo možnost „platí výše uvedené, TV však k dispozici pouze na společenské místnosti/jídelně“. Nikdo z respondentů nevybral možnost „platí výše uvedené bez možnosti využívání telefonů“ ani možnost „pacienti nemohou využít dvě a více z nabízených eventualit“. V jednom případě (2 %) nebyla odpověď zaznamenána správně a nemohla proto být započítána.

**Otázka č. 13: Nabídka poskytovaných služeb v oblasti informačních technologií.** 20 respondentů (33 %) doplnilo tuto větu možností „se v poslední době na našem oddělení zvýšila: (prosím, vypište)“. V této souvislosti je ve většině dotazníků vypsána odpověď **wi-fi připojení, počítače pro pacienty a televizor na každém pokoji**. Při odpovědi na tuto otázku vybralo 36 respondentů (59 %) odpověď „v posledních letech zůstává neměnná a ani do budoucna neplánujeme zásadní změny“ a 2 respondenti (3 %) vybrali možnost „nabídku služeb plánujeme rozšířit o: (prosím, vypište)“ a v této souvislosti uvedli opatření jako **instalace televizorů na každý pokoj, zkvalitnění internetových stránek či dobrovolnické společenské aktivity**. Při zodpovídání této otázky byly 3 odpovědi (5 %) zaznamenány chybně a nemohly být započítány.

**Otázka č. 14: Používá ošetřující personál při komunikaci s pacientem odborné výrazy?** Při zodpovídání této otázky vybralo 7 respondentů (12 %) možnost „ano, běžně“, 38 respondentů (62 %) vybralo možnost odpovědi „ano, odborné výrazy jsou ale pacientovi vysvětleny“, 16 respondentů (26 %) vybralo možnost „ve velmi omezené míře, tak aby nebránily porozumění“. Nikdo z respondentů nevybral možnost „ne“.

**Otázka č. 15: Je pro Vás důležité, aby ošetřující personál hovořil před pacientem vždy srozumitelně?** Jako odpověď na tuto otázku vybralo 39 respondentů (64 %) možnost „ano, vyžadují důsledné dodržování toho, aby ošetřující personál hovořil před pacientem vždy srozumitelně“, 20 respondentů (33 %) vybralo možnost „ano, v budoucnu však vidím prostor pro zlepšení v této oblasti“ a 2 respondenti (3 %) vybrali možnost „ne, například při interní komunikaci mezi lékaři nebo při komunikaci lékař – sestra toto pro mě není prioritou“.

**Otázka č. 16: Pokládáte Vaše oddělení v noci za hlučné?** Při zodpovídání této otázky vybralo 40 respondentů (66 %) možnost „ne“, 4 respondenti (6 %) vybrali možnost „ano, hluk způsobují pacienti“, 2 respondenti (3 %) vybrali odpověď „ano, jedná se o hluk zvenčí“ a 14 respondentů (23 %) vybralo možnost „ano, kombinace různých faktorů (např. časté příjmy akutních pacientů). Při zodpovídání této otázky byla odpověď u jednoho z respondentů (2 %) zaznamenána chybně.

**Otázka č. 17: Jak hodnotíte úroveň čistoty pokojů a sociálních zařízení na oddělení?** Jako odpověď na tuto otázku vybralo 56 respondentů (92 %) možnost „vše v pořádku, úklid probíhá s dostatečnou frekvencí i kvalitou“, 4 respondenti (6 %) vybrali odpověď „pokoje v pořádku, nedostatky u toalet a sprch“ a 1 respondent (2 %) vybral možnost „nutno zvýšit kvalitu úklidu všech prostor“.

**Otázka č. 18: Zhodnoťte dobu probouzení pacientů.** Při zodpovídání této otázky vybralo 19 respondentů (31 %) možnost odpovědi „doba vyhovuje personálu i pacientům“, 35 respondentů (57 %) vybralo odpověď „pacienti jsou probouzeni časně z důvodu časové náročnosti činností, které musí být zvládnuty před ranní vizitou“, 3 respondenti (5 %) vybrali možnost „pacienti jsou buzení časně dle zvyklosti pracoviště“ a 1 respondent (2 %) vybral

možnost „pacienti jsou buzeni dle svého přání“. Ze všech odpovědí na tuto otázku byly 3 odpovědi (5 %) zaznamenány chybně a nemohly být zpracovány.

**Otázka č. 19: Vidíte prostor pro změnu doby, kdy jsou pacienti buzeni?** Při zodpovídání této otázky vybralo 19 respondentů (31 %) možnost „již ne, v nedávné době byl změněn denní řád oddělení tak, aby pacienti nebyli buzeni příliš časně“, 41 respondentů (67 %) označilo odpověď „ne, běh oddělení je nastaven jediným možným způsobem, který funguje“ a 1 respondent (2 %) vybral možnost „ano, v budoucnu plánujeme přijmout tato opatření: (prosím, vypište)“ a doplnil ji vyjmenováním opatření jako **zlepšení time managementu, lepší využití lidských zdrojů zejména v oblasti kompetencí sestry / sanitář a přesunutí ošetrovatelských výkonů z rána na dopoledne**.

**Otázka č. 20: Jak hodnotíte kvalitu a množství stravy podávané pacientům?** Při odpovědi na tuto otázku označilo 50 respondentů (82 %) možnost „obojí adekvátní“, 3 respondenti (5 %) označili odpověď „kvalita dobrá, neúměrně malé porce“, 4 respondenti (6 %) označili možnost „kvalita neodpovídající, porce přiměřené“ a 3 respondenti (5 %) označili odpověď „oba faktory nevyhovující“. V jednom případě (2 %) byla odpověď zaznamenána chybně a nemohla být započítána.

**Otázka č. 21: Považuje za nutnou změnu stravování pacientů?** Při odpovědi na tuto otázku označilo 46 respondentů (75 %) možnost „ne, stravování pacientů je adekvátní“, 6 respondentů (10 %) vybralo možnost „ne, podle mého názoru není změna možná z organizačních a ekonomických důvodů“ a 9 respondentů (15 %) vybralo odpověď „ano (konkretizujte, prosím)“ a doplnilo ji následujícími doporučeními, z nichž bylo nejčastějším a jediným statisticky významně zastoupeným **zlepšení vzhledu podávaných jídel**.

**Otázka č. 22: Dokážou lékaři Vašeho oddělení vyvolat v pacientech pocit důvěry?** Při zodpovídání této otázky vybral 1 respondent (2 %) možnost „vždy“, 59 respondentů (96 %) vybralo možnost „většinou ano“, 1 respondent (2 %) vybral možnost „většinou ne“ a nikdo nevybral možnost „ne“.

**Otázka č. 23: Vidíte prostor pro zlepšení v problematice dotazované v předchozí otázce?** Jako odpověď na tuto otázku vybralo 42 respondentů (69 %) možnost „ne, situaci hodnotím dlouhodobě jako uspokojivou“ a 19 respondentů (31 %) vybralo odpověď „ano, zejména zavedením těchto opatření: (prosím, vypište)“. Svě odpovědi doplnili vedoucí pracovníci oddělení doporučeními, z nichž jsou statisticky významně zastoupeny **edukace lékařů v oblasti empatie a zvýšení časové dotace pro kontakt s pacientem**.

**Otázka č. 24: Jak hodnotíte schopnost personálu zajistit uspokojení citových a duchovních potřeb pacientů?** Při zodpovídání uvedené otázky označilo 9 respondentů (15 %) odpověď „citové a duchovní potřeby pacientů jsou v dostatečné míře uspokojovány ošetrujícím personálem daného oddělení“, 44 respondentů (72 %) vybralo možnost „k uspokojení výše uvedených potřeb jsou často využíváni psychologové, ev. kaplan“ a 6 respondentů (10 %) vybralo odpověď „pacienti na našem oddělení zřídka požadují uspokojení citových a duchovních potřeb“. U dvou dotazníků (3 %) byla odpověď na tuto otázku zaznamenána chybně a nemohla proto být započítána.

**Otázka č. 25: Vidíte prostor pro zlepšení v problematice dotazované v předchozí otázce?** Jako odpověď na tuto otázku vybralo 50 respondentů (82 %) možnost odpovědi „ne, situaci hodnotím dlouhodobě jako uspokojivou“ a 11 respondentů (18 %) vybralo možnost „ano, zejména zavedením těchto opatření: (prosím, vypište)“. K této odpovědi respondenti připojili

doporučení, z nichž je statisticky významně zastoupeno **zintenzivnění školení personálu ve výše uvedené oblasti**.

**Otázka č. 26: Je podle Vašeho názoru doba návštěv vyhovující?** Jako odpověď na tuto otázku vybrali 4 respondenti (6 %) možnost „ano, doba návštěv je určena každodenně v odpoledních hodinách“, 54 respondentů (89 %) pak vybralo možnost „ano, doba návštěv je určena každodenně v odpoledních hodinách, po dohodě jsou umožněny návštěvy i dopoledne“ a 1 respondent (2 %) označil možnost „doba návštěv je nevyhovující, plánujeme navrhnout tyto změny: (prosím, vypište)“. Nabízenou možnost vlastního doplnění této odpovědi respondent nevyužil. U dvou dotazníků (3 %) byla odpověď zaznamenána chybně a nemohla být proto zpracována.

**Otázka č. 27: Je podle Vašeho názoru běžné, aby lékař či sestra na Vašem oddělení podali dostatek informací i rodině propouštěného pacienta?** Jako odpověď na tuto otázku označilo 14 respondentů (23 %) možnost „ano, tyto informace podává rodině lékař“, nikdo z dotazovaných neoznačil možnost „ano, tyto informace podává rodině sestra“, 42 respondentů (68 %) označilo odpověď „ano, tyto informace podává lékař i sestra“, 3 respondenti (5 %) označili možnost „ne, tyto informace dostává pouze propouštěný pacient“ a 1 respondent (2 %) vybral odpověď „ne, rodina propouštěného tyto informace nepožaduje“. V jednom případě (2 %) byla odpověď na tuto otázku zaznamenána špatně a nemohla být využita k dalšímu zpracování.

**Otázka č. 28: Je podle Vás možné upravit postup informování pacienta a jeho rodiny při propuštění z Vašeho oddělení?** Při zodpovídání této otázky označilo 45 respondentů (74 %) možnost „nikoliv, postup je dlouhodobě nastaven dobře, vyhovuje personálu i pacientům“, 10 respondentů (16 %) vybralo odpověď „v posledních letech byly provedeny změny, které vedly ke zlepšení informovanosti pacienta i jeho blízkých: (vypište, prosím)“. Dotazovaní doplnili tuto odpověď několika opatřeními, z nichž statisticky významně je zastoupeno pouze **předání propouštěcí zprávy lékařem**. Jako odpověď na uvedenou otázku vybralo 6 respondentů (10 %) možnost „naše oddělení má v plánu provést v organizaci propuštění pacienta tyto změny s cílem zlepšení informovanosti pacienta a jeho rodiny: (vypište, prosím)“. Tato odpověď byla doplněna o doporučení při propuštění pacienta, z nichž statisticky významně je zastoupeno **použití informačního letáku shrnujícího důležité informace o pooperační péči** po propuštění nemocného.

**Otázka č. 29: Je na Vašem oddělení běžné, aby lékař či sestra poučili propouštěného pacienta o tom, na jaké nebezpečné příznaky se má zaměřit v souvislosti se zhoršením jeho zdravotního stavu?** Jako odpověď na tuto otázku zvolilo 22 respondentů (36 %) možnost „ano, je to běžné, tyto informace podává zejména lékař“, 1 respondent (2 %) zvolil odpověď „ano, je to běžné, tyto informace podává zejména sestra“, 36 dotazovaných (59 %) zvolilo odpověď „ano, je to běžné, tyto informace podává lékař i sestra, poučování pacientů hodnotím jako dostatečné“, 2 respondenti (3 %) vybrali možnost „tyto informace jsou podávány okrajově, v budoucnu zde vidím prostor pro zlepšení“ a nikdo z dotazovaných nevybral možnost odpovědi „tyto informace nejsou pacienty vyžadovány“.

**Otázka č. 30: Nabízí Vaše oddělení pomoc při zajišťování domácí péče u propouštěných pacientů?** Jako odpověď na tuto otázku zvolilo 43 respondentů (70 %) možnost „ano, tato péče je dlouhodobě aktivně propouštěným nabízena“, 17 respondentů (28 %) vybralo odpověď „ano, tato péče je nabízena v případě zájmu pacientů, v poslední době klademe na nabídku domácí péče zvýšený důraz“, 1 respondent (2 %) vybral odpověď „ne, zajištění domácí péče je v kompetenci praktického lékaře a rodiny propouštěného“. Nikdo



z dotazovaných ne zvolil možnost odpovědi „ne, pacienti o tyto služby neprojevují zájem“ ani možnost „ano, nabízíme pomoc při zajišťování domácí péče, v budoucnu však vidím prostor pro zlepšení, např. zavedením těchto opatření: (vypište, prosím)“. U této otázky byla nabízena možnost vlastního doplnění odpovědi, ta ale nebyla vzhledem k výše uvedenému využita.

### 4.3.3. Interpretace zjištěných dat

Na základě výše uvedených odpovědí na jednotlivé otázky dotazníku a jejich četnosti byla vypočítána vedoucími pracovníky očekávaná spokojenost pacientů v oblastech, na které byly zaměřeny otázky dotazníku. Bylo postupováno tak, že jednotlivé odpovědi u každé otázky byly seřazeny podle udávané míry spokojenosti od nejnižší k nejvyšší. Pak byl těmto odpovědím přiřazen počet bodů od nuly (odpovídající nejnižší spokojenosti) až do celkového počtu možných odpovědí sníženého o jeden (tato hodnota označovala odpověď s nejvyšší udávanou mírou spokojenosti). U každé odpovědi byl zjištěn výsledný počet bodů součinem počtu respondentů, kteří označili danou odpověď a počtem bodů přiřazených dané odpovědi. U každé hodnocené otázky byl vypočítán maximální možný počet bodů, které mohly být získány, a skutečný počet bodů, který byl získán součtem bodových zisků jednotlivých odpovědí. Výsledná míra spokojenosti v oblasti, kterou se zabývá konkrétní otázka je pak podílem získaného počtu bodů a maximálního možného počtu bodů u konkrétní otázky. Vedoucími pracovníky očekávaná spokojenost pacientů po jednotlivých otázkách je přehledně uvedena v Tabulce 3.

Tabulka 3 Stanovení očekávané míry spokojenosti pacientů (v %)

Otázka č.	Očekávaná spokojenost	Otázka č.	Očekávaná spokojenost	Otázka č.	Očekávaná spokojenost
1	90,56	11	45,08	21	neprovedeno
2	74,32	12	neprovedeno	22	66,67
3	75,82	13	neprovedeno	23	neprovedeno
4	neprovedeno	14	neprovedeno	24	81,97
5	88,52	15	80,33	25	neprovedeno
6	80,33	16	65,57	26	98,31
7	98,36	17	95,08	27	93,33
8	62,30	18	36,07	28	neprovedeno
9	neprovedeno	19	neprovedeno	29	96,72
10	60,83	20	89,17	30	89,07

Zdroj: vlastní výzkum

Otázky dotazníku označené v Tabulce 3 „neprovedeno“ nesloužily primárně ke zjišťování spokojenosti, a proto u nich nebyla stanovována očekávaná spokojenost pacientů. Jedná se o otázky, které doplňovaly předcházející či následující otázky dotazníku možnostmi vlastní tvorby odpovědi. Například otázka č. 3 zkoumá očekávanou spokojenost pacientů s rychlostí příjmu na oddělení a otázka č. 4 umožňuje respondentům vypsát změny, které byly provedeny, nebo jsou plánovány ke zlepšení procesu příjmu pacienta. Očekávaná spokojenost pacientů byla tedy kalkulována v otázce č. 3 a otázka č. 4 byla chápána jako doplňující.

V další části práce bude zjištěná vedoucími pracovníky očekávaná spokojenost pacientů porovnána s reálnou spokojeností pacientů, která byla zjištěna průzkumem spokojenosti pacientů, který byl proveden externí firmou v rámci projektu Kvalita očima pacienta.

#### 4.4 Porovnání dotazníkového šetření a výsledků spokojenosti pacientů

K uvedenému porovnání práce využívá periodické šetření provedené externí společností, ve kterém pacienti vyjadřují spokojenost se svým pobytem ve zdravotnickém zařízení formou dotazníkového šetření, které probíhá v určitém období v roce. Toto konkrétní šetření, jehož výsledky byly použity pro komparaci s výsledky vlastního dotazníkového šetření vytvořeného pro potřeby této práce proběhlo v roce 2015. V tomto šetření se používá dotazník „Kvalita očima pacientů (Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti pacientů)“, který, jak již bylo uvedeno výše, obsahuje 53 otázek rozdělených do devíti skupin a dále pak otázky na sociodemografické charakteristiky respondentů, jako je věk, nejvyšší dosažené vzdělání a pohlaví, aby bylo možné sledovat hodnocení i v závislosti na těchto charakteristikách.

Dále byl vedoucím pracovníkům jednotlivých oddělení a klinik Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice Praha z řad lékařů i nelékařského zdravotnického personálu zadán jednorázově dotazník zkonstruovaný pro potřeby této práce. Dotazník je podrobně popsán výše a přílohou č. 3 této práce. Semistrukturované dotazníkové šetření je nazváno „Dotazník pro vedoucí pracovníky oddělení“. Tento dotazník obsahuje 30 otázek a klade si za cíl zjistit pohled na kvalitu poskytované péče, a tedy očekávanou spokojenost pacientů ze strany vedoucích představitelů jednotlivých klinik a oddělení zdravotnického zařízení tak, aby bylo možno provést porovnání pohledu pacientů s pohledem představitelů poskytovatele zdravotnických služeb.

Otázky z obou výše uvedených dotazníků se obecně lišily jak v přesné formulaci, tak i v nabízených odpovědích, neboť otázky určené pacientům nelze beze změn aplikovat i pro potřeby ověření pohledu vedoucích pracovníků poskytovatele zdravotních služeb. Některé otázky, které jsou součástí dotazníku určeného pacientům, se v dotazníku určeném vedoucím pracovníkům zdravotnického zařízení neobjevují vůbec, některým otázkám slouží jako východisko dotazník určený pro pacienty, tyto otázky jsou pak formulovány tak, aby mohly být směřovány na vedoucí pracovníky zdravotnického zařízení. Některé otázky určené vedoucím pracovníkům naopak nejsou přímo zohledněny v dotazníku pro pacienty.

Porovnání výsledků spokojenosti pacientů s pobytem v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici s hodnocením kvality poskytované péče ze strany vedoucích pracovníků tohoto zdravotnického zařízení bylo provedeno po mapování jednotlivých otázek z dotazníku spokojenosti pacientů na odpovědi z dotazníku určeného vedoucím představitelům zdravotnického zařízení. Ke statistickému vyhodnocení byly použity t-testy. Konkrétně se jedná o oboustranný dvouvýběrový t-test, který testuje hypotézu shody středních hodnot dvou rozdělení při neznámém rozptylu. T-test je statistický test, který testuje nulovou hypotézu, že jsou střední hodnoty dvou rozdělení stejné; **nulovou hypotézou** pro toto statistické porovnání je, že **pacienti hodnotí daný faktor stejně, jako vedoucí pracovníci. Hladina významnosti testu je 0,05 (5 %)**. Podrobněji je metodika testování popsána v příslušné kapitole.

Testování je provedeno postupně v oblastech organizační kultury, které jsou reprezentovány jednotlivými otázkami „Dotazníku pro vedoucí pracovníky oddělení“. Některé otázky jsou z porovnání vynechány, neboť doplňují otázky předcházející o možnosti vlastní tvorby odpovědi. Níže je uveden přehled všech porovnávaných i z porovnání vynechaných otázek

z dotazníku určeného vedoucím pracovníkům, případně jejich úprava nezbytná pro provedení vyhodnocení se zdůvodněním nutnosti těchto úprav, případně zdůvodněním vynechání otázky z testování.

### **Otázka č. 1**

**Znění otázky: Informuje personál pacienta při přijetí dostatečně o jeho zdravotním stavu a plánu dalšího průběhu hospitalizace?**

Spokojenost pacientů v této oblasti je 84,3 %, očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků je 90,56 %. P-value = 0,0022.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení liší. Vedoucí pracovníci vnímají informovanost pacienta o jeho zdravotním stavu a plánu dalšího průběhu hospitalizace při příjmu lépe než pacienti samotní.

### **Otázka č. 2**

**Znění otázky: Jak dlouho čeká pacient při příjmu na uložení na lůžko?**

Spokojenost pacientů v této oblasti je 96,1 %, očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků je 74,32 %. P-value < 0,0001.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení statisticky významně liší. Pacienti vnímají čas, za který jsou přijati do nemocnice lépe, než vedoucí pracovníci.

### **Otázka č. 3**

**Znění otázky: Jak byste oznámkoval/a organizaci a plynulost přijetí pacienta na Vaše oddělení?**

Spokojenost pacientů v této oblasti je 74,3 %, očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků je 75,82 %. P-value = 0,4892.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů na organizaci a plynulost příjmu do nemocnice od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení neliší.

### **Otázka č. 4**

**Znění otázky: Je podle Vás možné optimalizovat postup příjmu pacienta na Vaše oddělení?**

Tato otázka nebyla do porovnávání zahrnuta, neboť byla koncipována jako doplnění předchozích dvou otázek možností vlastní tvorby odpovědi.

### **Otázka č. 5**

**Znění otázky: Představí se ošetřující personál (lékař, sestra) pacientovi?**

Spokojenost pacientů v této oblasti je 75,2 %, očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků je 88,52 %. P-value = 0,0004.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení liší v otázce, zda se vedoucí pracovník domnívá, že se ošetřující lékař pacientovi představí, přičemž pohled vedoucích pracovníků je optimističtější.

### **Otázka č. 6**

Znění otázky: **Je pro Vás důležité, aby pacienti na Vašem oddělení znali svého ošetřujícího lékaře a zdravotní sestru?**

Spokojenost pacientů v této oblasti je 75,2 %, očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků je 80,33 %. P-value = 0,1550.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů na tuto otázku od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení neliší.

### **Otázka č. 7**

Znění otázky: **Jak byste reagoval/a, pokud byste na Vašem oddělení cítil/a zvýšenou potřebu pacientů zapojit se do rozhodování o vlastní léčbě?**

Spokojenost pacientů v této oblasti je 85,1 %, očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků je 98,36 %. P-value < 0,0001.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení liší. Vedoucím pracovníkům se jeví zapojení pacientů do léčby jako naprosto dostačující, zatímco pacienti by si přáli být více zapojeni do rozhodování o své léčbě.

### **Otázka č. 8**

Znění otázky: **Stává se, že pacient dostane od personálu protichůdné informace?**

Spokojenost pacientů v této oblasti je 92,8 %, očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků je 62,30 %. P-value < 0,0001.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení liší, přičemž pacienti vnímají mnohem méně, že by se jim dostávalo od lékařů a sester protichůdných informací, než jaký je dojem vedoucích pracovníků.

### **Otázka č. 9**

Znění otázky: **Snažíte se minimalizovat situace, kdy by pacient mohl dostat protichůdné informace od ošetřujícího personálu?**

Tato otázka nebyla do porovnávání zahrnuta, neboť je chápána jako doplnění otázky č. 8. Respondentům byla dána možnost sdělit, jaká opatření byla (nebo budou) uskutečněna, aby nedocházelo k poskytování protichůdných opatření.

### **Otázka č. 10**

Znění otázky: **Mají podle Vás pacienti dostatek soukromí během vyšetření, léčby, konzultací s lékařem apod.?**

Spokojenost pacientů v oblasti vnímání soukromí při vyšetření je 90,8 %, spokojenost pacientů v oblasti vnímání soukromí při probírání zdravotního stavu je 85,7 % a očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků obecně v oblasti soukromí pacientů je 60,83 %. P-value < 0,0001 (u obou podotázek).

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení liší. Vedoucí pracovníci vnímají otázku soukromí pacientů jako více podhodnocenou než samotní pacienti.

### **Otázka č. 11**

Znění otázky: **Jak hodnotíte objem času, který můžete věnovat pacientovi?**

Spokojenost pacientů v oblasti dosažitelnosti personálu je 87,2 %, spokojenost pacientů v oblasti vnímání rychlosti pomoci je 85,5 %. Očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků obecně ve vnímání času, který jsou poskytovatelé zdravotní péče schopni věnovat pacientům je 45,08 %. P-value < 0,0001 (u obou podotázek).

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení liší. Vedoucí pracovníci vnímají otázku času, který mohou věnovat pacientovi jako více podhodnocenou než samotní pacienti.

### **Otázka č. 12**

Znění otázky: **Jaké možnosti nabízí Vaše oddělení v oblasti informačních technologií, které mohou pacienti využívat?**

Tato otázka nebyla do porovnání zahrnuta, v dotazníku „Kvalita očima pacientů (Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti pacientů)“ pro ni není korelát. Tato otázka si kladla za cíl monitorovat nabídku informačních technologií poskytovaných na pokojích jednotlivých klinik a oddělení sledovaného zdravotnického zařízení.

### **Otázka č. 13**

Znění otázky: **Nabídka poskytovaných služeb v oblasti informačních technologií.**

Tato otázka nebyla do porovnání zahrnuta, v dotazníku „Kvalita očima pacientů (Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti pacientů)“ pro ni není korelát. Tato otázka, podobně jako otázka č. 12, si kladla za cíl monitorovat nabídku informačních technologií, které mohou pacienti využívat. Tato otázka byla doplněna o možnost vlastní formulace odpovědi, konkrétně zlepšení v této oblasti, která byla (nebo budou) na konkrétním oddělení provedena.

### **Otázka č. 14**

Znění otázky: **Používá ošetřující personál při komunikaci s pacientem odborné výrazy?**

Tato otázka nebyla do porovnávání zahrnuta, byla chápána jako doplnění otázky následující, která se zabývá stejnou oblastí organizační kultury.

### **Otázka č. 15**

Znění otázky: **Je pro Vás důležité, aby ošetřující personál hovořil před pacientem vždy srozumitelně?**

Spokojenost pacientů se srozumitelností vyjadřování sester je 84,1 %, spokojenost pacientů se srozumitelností vyjadřování lékařů je 76,1 % a očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků obecně s vyjadřováním zdravotnického personálu (jak řad lékařů, tak i sester) je 80,33 %. P-value = 0,2936 (v případě sester), resp. P-value = 0,2397 (v případě lékařů).

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení neliší ani v posuzování srozumitelnosti vyjadřování sester, ani v posuzování srozumitelnosti vyjadřování lékařů. Pacienty jsou ale za méně srozumitelné ve vyjadřování považováni lékaři.

#### **Otázka č. 16**

**Znění otázky: Pokládáte Vaše oddělení v noci za hlučné?**

Spokojenost pacientů v této oblasti je 84,7 %, očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků je 65,57 %. P-value = 0,0028.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení liší v posouzení hlučnosti provozu zařízení v noci. Vedoucí pracovníci zdravotnického zařízení jej vnímají jako hlučnější než samotní pacienti.

#### **Otázka č. 17**

**Znění otázky: Jak hodnotíte úroveň čistoty pokojů a sociálních zařízení na oddělení?**

Spokojenost pacientů s čistotou pokojů je 91,0 %, spokojenost pacientů s čistotou sociálních zařízení je 86,9 %. Očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků obecně s úrovní čistoty je 95,08 %. P-value = 0,0746 při posuzování čistoty pokojů, resp. P-value = 0,0006 při posuzování čistoty sociálních zařízení.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení neliší v posouzení čistoty pokojů, ale liší se v posouzení čistoty sociálních zařízení (záchodů a sprch). Vedoucí pracovníci vnímají čistotu sociálních zařízení jako menší problém než samotní pacienti.

#### **Otázka č. 18**

**Znění otázky: Zhodnoťte dobu probouzení pacientů.**

Spokojenost pacientů v této oblasti je 65,8 %, očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků je 36,07 %. P-value < 0,0001.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení liší v posouzení spokojenosti s dobou buzení. Vedoucí pracovníci vnímají dobu probouzení pro pacienty i personál jako větší problém než samotní pacienti. Obě hodnocení této oblasti organizační kultury jsou jedněmi z nejnižších.

#### **Otázka č. 19**

**Znění otázky: Vidíte prostor pro změnu doby, kdy jsou pacienti buzeni?**

Tato otázka nebyla do porovnávání zahrnuta, neboť byla koncipována jako doplnění předchozí otázky možností vlastní tvorby odpovědi. Konkrétně respondenti mohli doplnit, jaká opatření budou provedena, aby pacienti nebyli buzeni tak časně.

#### **Otázka č. 20**

**Znění otázky: Jak hodnotíte kvalitu a množství stravy podávané pacientům?**

Spokojenost pacientů s množstvím jídla je 84,9 %, spokojenost pacientů s kvalitou stravy je 40,7 %. Očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků obecně s úrovní

stravy (co do množství i kvality) je 89,17 %. P-value = 0,2119 při posuzování množství jídla, resp. P-value < 0,0001 při hodnocení kvality podávaného jídla.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení neliší v posouzení spokojenosti s množstvím podávaného jídla. Liší se však dramaticky v posouzení spokojenosti s jeho kvalitou. Vedoucí pracovníci nepovažují kvalitu jídla za tak nízkou, jako pacienti.

### **Otázka č. 21**

Znění otázky: **Považuje za nutnou změnu stravování pacientů?**

Tato otázka nebyla do porovnávání zahrnuta, neboť je chápána jako doplnění otázky č. 20. Respondentům byla dána možnost sdělit, zda považují za nutnou změnu stravování. V případě, že ano, měli pak možnost doplnit vlastní odpověď, jaká opatření budou v této oblasti uskutečněna.

### **Otázka č. 22**

Znění otázky: **Dokážou lékaři Vašeho oddělení vyvolat v pacientech pocit důvěry?**

Spokojenost pacientů v této oblasti je 71,3 %, očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků je 66,67 %. P-value < 0,0001.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení liší v posouzení důvěry k ošetřujícímu lékaři. Vedoucí pracovníci hodnotí důvěru pacientů k ošetřujícím lékařům jako nižší než samotní pacienti.

### **Otázka č. 23**

Znění otázky: **Vidíte prostor pro zlepšení v problematice dotazované v předchozí otázce?**

Tato otázka nebyla do porovnávání zahrnuta, otázka dává respondentům možnost doplnit doporučení ke zlepšení oblasti organizační kultury, které se věnuje otázka č. 22.

### **Otázka č. 24**

Znění otázky: **Jak hodnotíte schopnost personálu zajistit uspokojení citových a duchovních potřeb pacientů?**

Spokojenost pacientů v této oblasti je 75,2 %, očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků je 81,97 %. P-value = 0,1778.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení neliší v posouzení kvality uspokojování citových a duchovních potřeb pacientů.

### **Otázka č. 25**

Znění otázky: **Vidíte prostor pro zlepšení v problematice dotazované v předchozí otázce?**

Tato otázka nebyla do porovnávání zahrnuta, otázka dává respondentům možnost doplnit doporučení zlepšení v oblasti uspokojování citových a duchovních potřeb pacientů, tedy doporučení v oblasti organizační kultury, které se věnuje i otázka č. 24.

### **Otázka č. 26**

Znění otázky: **Je podle Vašeho názoru doba návštěv vyhovující?**

Spokojenost pacientů v této oblasti je 96,6 %, očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků je 98,31 %. P-value = 0,3186.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení neliší v posouzení doby návštěv. Pacienti i vedoucí pracovníci ji považují za vesměs vyhovující.

#### **Otázka č. 27**

**Znění otázky: Je podle Vašeho názoru běžné, aby lékař či sestra na Vašem oddělení podali dostatek informací i rodině propouštěného pacienta?**

Spokojenost pacientů v této oblasti je 92,6 %, očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků je 93,33 %. P-value = 0,6097.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení neliší v posouzení informovanosti rodinných příslušníků pacienta. Pacienti i vedoucí pracovníci považují informovanost rodinných příslušníků propouštěného pacienta za vesměs vyhovující.

#### **Otázka č. 28**

**Znění otázky: Je podle Vás možné upravit postup informování pacienta a jeho rodiny při propuštění z Vašeho oddělení?**

Tato otázka nebyla do porovnávání zahrnuta, neboť byla koncipována jako doplnění předchozí otázky možností vlastní tvorby odpovědi. Konkrétně respondenti mohli doplnit, jaká opatření byla (nebo budou) provedena ke zlepšení procesu informování pacienta a jeho blízkých při propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení.

#### **Otázka č. 29**

**Znění otázky: Je na Vašem oddělení běžné, aby lékař či sestra poučili propouštěného pacienta o tom, na jaké nebezpečné příznaky se má zaměřit v souvislosti se zhoršením jeho zdravotního stavu?**

Spokojenost pacientů v této oblasti je 89,1 %, očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků je 96,72 %. P-value = 0,0016.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení liší v posouzení informovanosti pacienta o nebezpečných příznacích nemoci po propuštění. Pacienti hodnotí svoji informovanost o něco hůře, než jaký je dojem vedoucích pracovníků.

#### **Otázka č. 30**

**Znění otázky: Nabízí Vaše oddělení pomoc při zajišťování domácí péče u propouštěných pacientů?**

Spokojenost pacientů v této oblasti je 72,7 %, očekávaná spokojenost pacientů z pohledu vedoucích pracovníků je 89,07 %. P-value < 0,0001.

Na hladině významnosti 5% se pohled pacientů od pohledu vedoucích pracovníků zdravotnického zařízení liší v posouzení pomoci se zajišťováním domácí péče po propuštění z nemocnice. Pacienti hodnotí tuto pomoc podstatně hůře než vedoucí pracovníci zdravotnického zařízení.



## 4.5 Výstupy dotazníku a jeho porovnání se spokojeností pacientů

Jak bylo již uvedeno výše, cílem dotazníkového šetření vytvořeného pro potřeby této práce bylo zjistit pohled na kvalitu poskytované péče reprezentovanou očekávanou spokojeností pacientů ze strany vedoucích představitelů zdravotnického zařízení, aby bylo možné provést porovnání pohledu pacientů s pohledem představitelů poskytovatele zdravotnických služeb. Výstupy Dotazníku pro vedoucí pracovníky oddělení a jeho porovnání se spokojeností pacientů jsou uvedeny v následujícím textu.

### 4.5.1 Stanovení problematických oblastí organizační kultury

Po statistickém vyhodnocení dotazníkového šetření a jeho porovnání s úrovní spokojenosti pacientů bylo možné určit ty oblasti organizační kultury (reprezentované jednotlivými otázkami Dotazníku pro vedoucí pracovníky oddělení), ve kterých očekávaná spokojenost pacientů (pohledem vedoucích pracovníků jednotlivých oddělení) je statisticky významně vyšší než reálná spokojenost hospitalizovaných pacientů. V takových oblastech organizační kultury je jistě prostor pro její zlepšení s cílem pozitivního ovlivnění spokojenosti pacientů a kvality poskytované péče.

Mezi oblasti organizační kultury, ve kterých je spokojenost pacientů očekávaná vedoucími pracovníky oddělení je statisticky významně vyšší než reálná spokojenost pacientů, patří informovanost pacientů při příjmu, představení se pacientovi, zapojení pacientů do rozhodování o své léčbě, srozumitelnost vyjádření lékařů, čistota sociálních zařízení, kvalita stravy, upozornění na nebezpečné příznaky při propuštění a nabízení tzv. domácí péče při propuštění. **Problematické oblasti organizační kultury** jsou přehledně uvedeny v Tabulce 4.

### 4.5.2 Stanovení kladně hodnocených oblastí organizační kultury

Dalším výstupem porovnání Dotazníku pro vedoucí pracovníky oddělení a výsledků testování spokojenosti pacientů za pomoci projektu Kvalita očima pacientů (Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti pacientů) je stanovení takových oblastí organizační kultury, ve kterých je poskytovateli zdravotní péče očekávaná spokojenost pacientů statisticky významně nižší než reálná spokojenost pacientů. Obecně platí, že v těchto oblastech organizační kultury je reálná spokojenost pacientů ve většině případů velmi vysoká. Na tyto oblasti není tedy potřeba cílit doporučení ke zlepšení. **Výjimkou z výše uvedeného je problematika probouzení pacientů** v časných ranních hodinách, zde vedoucí pracovníci vnímají tento problém jako statisticky významnější než pacienti, ale reálná míra spokojenosti pacientů je pouze 65,8 %.

Mezi oblasti organizační kultury, ve kterých je očekávaná spokojenost pohledem vedoucích pracovníků statisticky významně nižší než reálná spokojenost hospitalizovaných pacientů, patří čekání na přijetí do nemocnice, protichůdnost podávaných informací, dostatek soukromí během léčby, čas věnovaný pacientovi, hluchost oddělení, již výše uvedená doba probouzení pacientů, pocit důvěry vyvolaný lékařem, doba návštěv a informovanost rodiny při propuštění pacienta. Tyto oblasti organizační kultury jsou nazvány jako **pozitivní zjištění** z Dotazníku pro vedoucí pracovníky oddělení a jejich výčet je přehledně uveden v Tabulce 4.

Tabulka 4 Výstupy porovnání dotazníkového šetření

<b>Problematické oblasti organizační kultury</b>	<b>Pozitivní zjištění</b>
informovanost pacientů při příjmu	čekání na přijetí do nemocnice
představení se pacientovi	protichůdnost podávaných informací
zapojení pacientů do rozhodování o léčbě	soukromí během léčby
srozumitelnost vyjádření lékařů	čas věnovaný pacientovi
čistota sociálních zařízení	hlučnost oddělení
kvalita stravy	čas probouzení pacientů
upozornění na nebezpečné příznaky při propuštění	pocit důvěry vyvolaný lékařem
nabízení tzv. domácí péče při propuštění	doba návštěv
	informovanost rodiny při propuštění pacienta

Zdroj: vlastní výzkum

Na výstupy uvedené přehledně v Tabulce 4 bude dále navazovat vymezení organizační kultury v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici uvedené níže a také diskuse a formulace doporučení pro management nemocnice, která budou formulována v Kapitole 5 této práce.

#### **4.5.3 Vyhodnocení odpovědí na otázky s možností vlastního vyjádření**

Ve dvanácti z celkových třiceti otázek Dotazníku pro vedoucí pracovníky oddělení byla respondentům poskytnuta možnost vlastní formulace, resp. vlastního doplnění nabízené odpovědi. Možnost vlastní tvorby či vlastního doplnění odpovědi byla cílena na uvedení konkrétních opatření, která byla (nebo budou) provedena ke zlepšení v konkrétní oblasti organizační kultury. Možnost vlastní formulace či vlastního doplnění odpovědi nebyla respondenty frekventně využívána. Jako statisticky významně zastoupená opatření byla vyhodnocena následující doporučení v konkrétních oblastech organizační kultury, které jsou uvedeny v závorce:

- příjem na ambulanci v den operace (optimalizace příjmu pacientů);
- navýšení počtu administrativních pracovníků (optimalizace příjmu pacientů);
- kvalitní předávání směny (podávání protichůdných informací);
- velké vizity (podávání protichůdných informací);
- podávání informací pouze ošetřujícím lékařem (podávání protichůdných informací);
- efektivní komunikace lékař – sestra (podávání protichůdných informací);
- minimalizace střídání personálu u pacienta (podávání protichůdných informací);
- zlepšení komunikace mezi ošetřujícím personálem (podávání protichůdných informací);
- optimalizace bezdrátového internetového připojení, počítače pro pacienty (nabídka informačních technologií);
- instalace televizoru na každý pokoj (nabídka informačních technologií);
- zlepšení vzhledu stravy (estetická stránka podávané stravy);
- edukace lékařů v oblasti empatie (vyvolání pocitu důvěry ve vztahu lékař – pacient);
- více času na pacienta (vyvolání pocitu důvěry ve vztahu lékař – pacient);
- zintenzivnění školení personálu (uspokojení citových a duchovních potřeb pacientů);

- předávání propouštěcí zprávy lékařem (informování pacientovy rodiny při propuštění z nemocnice);
- zavedení informačního letáku o pooperační péči (informování pacientovy rodiny při propuštění z nemocnice).

K uvedeným návrhům doporučení bude přihlédnuto v definitivní formulaci doporučení v dalším textu práce.

#### **4.6 Vymezení organizační kultury ve sledované organizaci**

Organizační kultura v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici Praha (ÚVN) je z obecného pohledu vymezena jednak celostátně platnými předpisy, jako jsou Ústava České republiky, zákony, vyhlášky a nařízení ministra obrany a ministra zdravotnictví. Konkrétně je pak organizační kultura dané organizace vymezena předpisy ÚVN, jako je provozní a nemocniční řád, nařízení a směrnice ředitele nemocnice, všeobecné standardy poskytování péče či domácí řády jednotlivých oddělení. Dále se v určení organizační kultury uplatňují pro potřeby Ústřední vojenské nemocnice upravené obecně platné dokumenty, jako jsou Etický kodex lékařů či Kodex práv pacientů. V neposlední řadě je organizační kultura sledované organizace ovlivněna i osobnostními rysy či entusiasmem jednotlivých pracovníků.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2013, s. 9) uvádí, že v ÚVN je vytvořen soubor pravidel pro dodržování etických norem a zlepšování organizační kultury ve všech oblastech činnosti. Norma dále uvádí, že ve věcech, které nejsou upraveny vnitřními předpisy ÚVN, se zaměstnanec řídí doporučeními Centrální etické komise Ministerstva zdravotnictví České republiky, pokyny nadřízených a také vlastním svědomím. Stejný zdroj také ukládá zaměstnancům se aktivně podílet na udržování a zlepšování zdravé organizační kultury.

V dalším textu bude podrobněji popsáno vymezení organizační kultury ve sledovaných oblastech korespondujících s výsledky dotazníkového šetření na základě zkoumání výše uvedených norem a předpisů vydaných zkoumanou organizací. V první části se tato stať věnuje oblastem, které jsou z pohledu pacientů vnímány negativně, v druhé části potom naopak těm oblastem organizační kultury, které pacienti hodnotí pozitivněji než dotazovaní vedoucí představitelé jednotlivých oddělení nemocnice.

#### **Informovanost pacientů při přijetí do nemocnice**

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2013, s. 19) stanoví, že lékař při příjmu informuje pacienta o tom, kdo je jeho ošetřující lékař, dále stejný zdroj ukládá informovat o zdravotním stavu, případně jeho změně vždy, pokud je to účelné. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2016b, s. 2) popisuje, jak má sestra postupovat při příjmu pacienta, důraz je zde kladen na seznámení pacienta s denním režimem oddělení, na rozmístění důležitých místností na oddělení (převazovna, toalety, koupelny), na seznámení pacienta s funkcemi lůžka. V žádné z norem není kladen důraz na nutnost informovat pacienta o průběhu hospitalizace, o dalším postupu léčby, o nutnosti dalších vyšetření. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015b) v bodech č. 3 a 4 stanoví, že pacient má právo být informován o svém zdravotním stavu a způsobu léčby a má být srozumitelně poučen o plánovaných výkonech.

## **Představení se pacientovi**

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2016b, s. 2) stanoví, že se sestra se při prvním kontaktu s pacientem představí. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015a) uvádí, že pracovníci v nemocnici se při prvním setkání s pacientem představí a uvedou svoji funkci. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015b) stanoví, že pacient má právo znát jména všech osob, které se účastní na procesu poskytování zdravotní péče.

Ve studované dokumentaci je dostatečně kodifikována nutnost představit se pacientovi při prvním kontaktu ošetřujícího personálu a pacienta.

## **Zapojení pacientů do procesu rozhodování o dalším průběhu léčby**

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015a) uvádí, že zaměstnanci musí vždy dodržovat pacientovo právo na informace, poskytovatelé péče průběžně informují pacienta o tom, jaká vyšetření či výkony plánují provádět. S invazivními výkony musí pacient souhlasit – podepsat informovaný souhlas. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015b) definuje právo pacientů na srozumitelné informování o dalším postupu léčby, právo na projevení nesouhlasu s výkonem, resp. odvolání již jednou projeveného souhlasu s výkonem. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2013, s. 6) rovněž diskutuje problematiku poskytování souhlasu s poskytováním zdravotní péče.

V relevantní dokumentaci není s výjimkou nutnosti sepsání informovaného souhlasu s provedením invazivních výkonů zanesena nutnost diskutovat s pacientem možnosti další léčby.

## **Srozumitelnost vyjádření lékařů**

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2013, s. 11) stanoví povinnost ÚVN zajistit srozumitelné informování pacienta o jeho zdravotním stavu a navrženém léčebném postupu. Stejně právo je pacientovi zajištěno i podle Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015b).

## **Úroveň čistoty sociálních zařízení**

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2013, s. 23) obecně upravuje hygienický režim ve zdravotnickém zařízení. Uvedená norma odkazuje na Provozní řád ÚVN, který stanoví hygienické a protiepidemické požadavky a zásady platné pro celou nemocnici tak, aby nedocházelo k šíření infekcí. Uvedená norma také stanovuje odpovědnost za dodržování uvedených, a to tak, že za dodržování opatření odpovídají vedoucí pracovníci jednotlivých oddělení.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2012, s. 61) stanoví, že minimální frekvence úklidu pokojů pacientů, vyšetřoven, toalet a pokojů pacientů je dvakrát denně, na pracovištích jednotek intenzivní péče je to třikrát denně. Norma uvádí, že úklid je prováděn za použití standardních úklidových prostředků, detergentů a dezinfekčních prostředků, které jsou v pravidelných časových intervalech střídány; úklid je prováděn vždy na vlhko. Uvedená norma také uvádí, že úklid je zajišťován dodavatelsky, tedy smluvně vázanou externí firmou. Mechanismus kontroly kvality a kvantity prováděného úklidu není v dané normě stanoven.

## **Kvalita a množství patientské stravy**

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2012, s. 61) uvádí, že strava pro pacienty je zajišťována ústavní kuchyní, nejedná se tedy o pokrmy dovážené z jiných provozů, tedy zajišťované dodavatelským systémem. Uvedená norma upozorňuje na nutnost dodržování hygienických podmínek při manipulaci se stravou a upravuje náležitosti podávání stravy. Provozní řád ÚVN odkazuje také na Provozně organizační řád stravovacího provozu a Harmonogram rozvozu stravy.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2016c, s. 2) podrobněji popisuje náležitosti stravování pacientů. V tomto předpisu je popsán postup určení diety pro konkrétního nemocného, včetně možnosti konzultace nutričního terapeuta na úrovni nelékařského zdravotnického personálu či lékaře. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2016c, s. 3) uvádí, že kontrola podávané stravy a řešení případných připomínek a námětů ke zkvalitnění stravy pacientů je v kompetenci staniční sestry oddělení. Uvedená norma také uvádí, že výše průměrné denní stravní dávky (tedy ceny potravin) je stanovena v rozkaze ředitele ÚVN a že provoz kuchyně je zodpovědný za pravidelné kontroly kvality, úplnosti a výdeje stravy. Uvedený standard také dovoluje pacientům ve zdravotnickém zařízení konzumovat vlastní donesenou stravu, tato strava je pak konzumována na vlastní zodpovědnost pacienta. Uvedená norma také garantuje, že pacientovi je strava podávána včas, přiměřeně teplá a v odpovídající konzistenci.

## **Upozornění na nebezpečné příznaky při propuštění**

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2013, s. 22) upravuje propuštění pacienta do domácího prostředí. Předpis stanoví, že o propuštění pacienta do domácího léčení rozhoduje vedoucí, či jiný pověřený lékař. Dále stejný zdroj uvádí, že pokud se propouštěný pacient neobejde v domácím prostředí bez pomoci, musí být o propuštění nemocného nejprve vyrozuměna osoba blízká, která s nemocným sdílí společnou domácnost; v případě, že je propouštěný pacient osamělý, situace je řešena ve spolupráci se zdravotně sociálními pracovníky, kteří zajišťují další potřebnou péči v místě bydliště pacienta.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2018, s. 3) určuje ošetřujícího lékaře jako zodpovědnou osobu za poučení pacienta o dalším léčebném režimu a za vybavení propouštěného pacienta komplexní propouštěcí zprávou.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2016a, s. 3) upravuje činnost nelékařského zdravotnického personálu při propuštění pacienta. stejný zdroj připomíná, že pacient je o propuštění informován lékařem, a to v dostatečném předstihu. Dále norma popisuje postup při propuštění z pohledu nelékařského zdravotnického pracovníka (sestra či praktická sestra); tento pracovník propouštěného pacienta informuje o režimu v domácím prostředí, o léčebném režimu a vhodné životosprávě, informuje ho také o užívání léků. Uvedený všeobecný standard péče také umožňuje nelékařskému zdravotnickému personálu předat pacientovi propouštěcí zprávu, ve které jsou uvedena veškerá doporučení stran další péče a norma také poukazuje na nutnost kontroly, zda propouštěný nemocný porozuměl všem poskytnutým informacím.

Ve studované dokumentaci (ve směrnících, standardech a řádech) není explicitně uvedena nutnost poučit propouštěného pacienta o možných varovných příznacích značících zhoršení pacientova zdravotního stavu, i když tato skutečnost ze studovaných výše uvedených norem nepřimo vyplývá.

## **Zajištění (nabízení) domácí péče při propuštění**

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2013, s. 22) řeší problematiku propuštění pacienta, který žije v domácím prostředí sám. V tomto případě uvedená norma určuje následující postup: před propuštěním takového pacienta je kontaktována zdravotně sociální pracovnice, která pak zajistí další poskytování zdravotně sociálních služeb v místě bydliště pacienta a pacient může být tedy propuštěn až po zajištění výše uvedených služeb.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2018, s. 3) upravuje úlohu lékaře při propouštění pacienta do domácího prostředí. Tato norma ukládá lékaři poučit propouštěného pacienta o dalším léčebném postupu a vybavit jej propouštěcí zprávou. Uvedená norma také ukládá nelékařskému zdravotnickému personálu (ošetřující či staniční sestra) vybavit pacienta nezbytnými pomůckami.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2016a, s. 2) upravuje postup práce nelékařského zdravotnického personálu při propuštění pacienta. Žádná ze studovaných norem následnou zdravotně sociální péči v domácím prostředí (např. převazová péče prováděná agenturou domácí péče) přímo neřeší, ani neodkazuje na další normy, které by se danou problematikou zabývaly.

V následující části se práce věnuje těm okruhům organizační kultury, které jsou pacienty naopak vnímány pozitivněji než ošetřujícím personálem.

## **Čekání na příjem do nemocnice**

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2013, s. 19) upravuje obecně příjem pacienta. V uvedené normě jsou popsány indikační kritéria k příjmu pacienta, administrativní procedury příjmu, či rozlišení příjmu akutního a plánovaného. Norma pak také odkazuje na všeobecný standard péče Příjem pacienta, který upravuje podrobně činnost nelékařského zdravotnického personálu při příjmu pacienta a také na Směrnici ředitele č. 11/2018 Přijetí, propuštění a přeložení pacienta. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2013) neurčuje žádný konkrétní časový údaj či interval, během kterého má být nemocný přijatý k hospitalizaci. Stejně tak konkrétní časový interval či jiný časový údaj, do kdy má být pacient přijatý k hospitalizaci, neuvádí ani Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2016a), ani Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2018).

## **Podávání protichůdných informací**

Organizační kultura v oblasti sdělování informací je vymezena několika dokumenty. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2013, s. 10) definuje právo pacienta na poskytování veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci a v jiných zápisech, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu. Tato norma také popisuje povinnost zdravotnického zařízení umožnit pacientovi nahlédnutí do zdravotnické dokumentace a právo pacienta na získání kopie zdravotnické dokumentace. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2013, s. 11) vymezuje také povinnost zdravotnického zařízení zajistit, aby pacient byl srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o následujícím léčebném postupu a jeho eventuálních změnách a také aby pacient měl možnost klást doplňující otázky k výše uvedeným tématům a na tyto otázky se mu dostalo srozumitelné odpovědi. Informace

o zdravotním stavu jsou podle citované normy sděleny pacientovi při přijetí do nemocnice a dále vždy, kdy je to s ohledem na poskytované zdravotní služby účelné. Informace o zdravotním stavu předává pacientovi podle stejné normy zdravotnický pracovník způsobilý k podávání těchto informací podle svých kompetencí; záznam o podání informace pacientovi je učiněn do zdravotnické dokumentace.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015b) definuje práva pacientů na to, aby byli srozumitelně informováni o svém zdravotním stavu, o navrženém léčebném postupu a o jeho eventuálních změnách, alternativních možnostech a jeho výhodách či nevýhodách; pacient musí být informován o všech plánovaných výkonech, s těmito musí souhlasit, jinak tyto výkony nemohou být provedeny (s výjimkou situace, kdy pacient není vzhledem ke svému závažnému stavu schopen vyjádřit souhlas s výkonem, nebo se jedná o život zachraňující výkon). stejný zdroj uvádí také právo pacienta na konzultaci, tzv. „second opinion“, tedy druhý názor na jemu poskytovanou zdravotní péči.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015a) stanoví, že všichni pracovníci nemocnice jsou povinni dodržovat právo pacienta na informace. Podle tohoto kodexu mají být informace pacientovi podávány průběžně; souhlas s plánovaným výkonem je vyhotoven písemně (ve shodě s Kodexem práv pacientů ÚVN) ve formě signovaného informovaného souhlasu, jehož text je k dispozici na internetových stránkách nemocnice.

### **Soukromí během léčby**

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015b) garantuje pacientovi právo na ochranu svého soukromí při všech prováděných výkonech.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015a) uvádí povinnost zaměstnanců chránit při provádění jakýchkoli úkonů pacientovo soukromí včetně ochrany jeho osobních údajů; toto platí i v případě účasti jiných osob (zejména z výukových důvodů) při provádění všech výkonů. Pacient s touto přítomností dalších osob musí být podle Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015a) seznámen a také s ní musí souhlasit; podmiňování provedení plánovaného výkonu přítomností dalších osob je nepřijatelné. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015a) uvádí povinnost všech pracovníků v přítomnosti pacienta nehovořit o jiných osobách a o jejich zdravotním stavu, pokud tato informace nemá vztah k poskytované péči či osobě aktuálně vyšetřovaného pacienta.

### **Čas věnovaný pacientovi**

Doba věnovaná vlastní péči o pacienta, tedy kontaktu ošetřujícího personálu s pacientem je obecně stanovena Domácím řádem jednotlivých oddělení (viz příloha 4 Domácí řád Chirurgické kliniky). V tomto řádu jsou stanovena konkrétní časová rozmezí určená pro lékařské či sesterské vizity, vyšetřování pacientů, stravování či provádění dalších ordinací. Tato oblast je z části určena obtížně kodifikovatelnými osobnostními a charakterovými kvalitami ošetřujícího personálu, jejich motivací a entusiasmem.

### **Hlučnost oddělení**

Míra akceptovatelného hluku na jednotlivých odděleních není kodifikována v žádné ze studovaných směrnic, standardních postupů či řádů. Hlučnost daného oddělení je na základě

pozorování autora určena charakterem oddělení (akutní péče s vysokou fluktuací pacientů, s vysokým počtem vyšetření či naopak péče o chronicky nemocné v léčebnách dlouhodobě nemocných, kde nedochází k tak frekventní výměně pacientů a není prováděno srovnatelně vysoké množství vyšetření, jak uvádí Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2019, s. 38). Z určité části je hlučnost oddělení subjektivním vjemem konkrétních pacientů či poskytovatelů zdravotní péče.

### **Doba probouzení pacientů**

Čas, kdy jsou pacienti probouzeni, vyplývá z časového harmonogramu, který je stanoven Domácím řádem jednotlivých oddělení (viz příloha 4 Domácí řád Chirurgické kliniky). V domácím řádu je stanoven čas nočního klidu, ale i během něj může docházet k plnění jednotlivých ordinací lékaře. Exaktní čas probouzení pacientů tedy stanoven není.

### **Pocit důvěry mezi lékařem a pacientem**

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015a) upozorňuje na potřebu průběžného podávání informací o plánovaných výkonech či vyšetřeních; dobrá informovanost pacienta je podmínkou dobré spolupráce mezi poskytovatelem zdravotní péče a pacientem a je také prostředkem k omezení pocitu nejistoty u konkrétního pacienta.

V žádném dalším studovaném dokumentu (v Nemocničním řádu ÚVN či Domácích řádech jednotlivých klinik a oddělení, ve směrnicích, ve standardech péče či ve výše uvedeném Kodexu práv pacientů ÚVN či v Etickém kodexu zaměstnanců ÚVN) není tento vztah přesně upraven. Pocit důvěry mezi lékařem (resp. poskytovatelem zdravotní péče) a pacientem je veličinou z části subjektivní a vychází tedy i z osobnostních charakteristik či charakterových rysů jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče, jako jsou schopnost porozumění, citlivý přístup ke sdělovaným závažným skutečnostem či schopnost empatie.

### **Doba návštěv**

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2013, s. 21) upravuje dobu návštěv. Uvedený zdroj garantuje právo pacienta přijímat návštěvy nepřetržitě, v souladu se svým zdravotním stavem a také v souladu s Domácím řádem jednotlivých oddělení. Předpis také stanoví případy, kdy je možné návštěvy omezit (zejména se jedná o důvody epidemiologické či závažné provozní důvody). Domácí řád (viz např. Domácí řád Chirurgické kliniky uvedený v příloze 4) uvádí v souladu s Nemocničním řádem, že návštěvy jsou v ÚVN neomezené, upravuje pouze návštěvy na jednotkách intenzivní péče; na těchto odděleních mohou být návštěvy pouze se souhlasem lékaře a na určitou omezenou dobu, vzhledem k závažnému stavu hospitalizovaných pacientů.

### **Informace poskytované osobám blízkým**

Problematiku poskytování informací příbuzným pacientů či jiným osobám určeným pacientem v informovaném souhlasu s hospitalizací upravují následující předpisy. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2013, s. 21), že informace o zdravotním stavu pacienta jsou podávány takovým způsobem, aby se osoby blízké mohly stát aktivními spolupracovníky při léčebném procesu.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015b) stanoví nejen právo pacienta, aby byl srozumitelným způsobem informován o svém zdravotním stavu či



navrhovaném léčebném postupu, ale umožňuje mu i to, aby určil osobu, které budou výše uvedené informace o jeho zdravotním stavu či plánovaném léčebném postupu sděleny.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015a) ve shodě s výše uvedenými normami uvádí, že poskytovatelé zdravotní péče sdělují informace pouze těm osobám, které pacient uvedl v Souhlasu s hospitalizací. V uvedeném kodexu je uvedena i možnost, že poskytovatel zdravotní péče může sdělovat informace i osobě, kterou pacient přímo označí v přítomnosti konkrétního lékaře či sestry; u pacientů v bezvědomí (pokud takový pacient dříve neurčil jinak) se podávání informací omezí jen na osoby blízké a rozsah podávaných informací je omezen pouze na nezbytně nutný objem těchto podávaných informací.

## 5 Diskuze a doporučení

V předchozí části práce byly představeny výsledky dotazníkového šetření Dotazník pro vedoucí pracovníky oddělení. Výsledkem byla vedoucími pracovníky očekávaná spokojenost pacientů s konkrétními oblastmi organizační kultury v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské nemocnici Praha. Uvedené výsledky byly dále statisticky porovnány s výsledky šetření spokojenosti pacientů provedené v rámci projektu Kvalita očima pacientů (Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti pacientů). Na základě tohoto porovnání byly identifikovány „problematické“ oblasti organizační kultury, tedy takové oblasti organizační kultury, kdy vedoucími pracovníky očekávaná spokojenost pacientů je statisticky významně vyšší než reálná spokojenost pacientů. Na tyto oblasti organizační kultury budou v souladu s určeným cílem této práce cílit doporučení pro management zdravotnického zařízení. Doporučení budou formulována na základě akreditačních standardů akreditací, jejichž je sledovaná organizace nositelem, na základě odborné literatury. Přihlédnuto bude i k doporučením vyplývajícím z dotazníkového šetření, konkrétně z odpovědí na ty otázky, kde měli respondenti možnost vlastní formulace odpovědi. Doporučení budou pro přehlednost formulována ve stejném pořadí, jako bylo v předchozí části práce uvedeno vymezení jednotlivých oblastí organizační kultury. Zlepšení organizační kultury v těchto problematických oblastech může vést ke zlepšení spokojenosti pacientů, která je jedním ze zásadních ukazatelů kvality poskytované péče.

### Informovanost pacientů při přijetí do nemocnice

Jak vyplývá z vymezení organizační kultury v této oblasti, které bylo uvedeno v předchozí kapitole, v žádné z norem, která upravuje činnost ošetřujícího personálu při příjmu pacienta do zdravotnického zařízení není explicitně vyjádřena nutnost informovat pacienta o průběhu hospitalizace, o dalším postupu léčby, o nutnosti dalších vyšetření. Marx a Vlček (2013, s. 33) stanoví, že pacienti jsou přiměřeně informováni o povaze onemocnění, o typu navrhované léčby, o možných výhodách a zejména rizicích léčby, o možných alternativách navrhovaného postupu a také o důsledcích případného odmítnutí postupu. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015b) garantuje právo pacienta na to, aby byl informován o svém zdravotním stavu, způsobu léčby a o dalších plánovaných výkonech. Z otázek dotazníku směřujících na tuto oblast organizační kultury rovněž vyplývá, že oddělení provedla (nebo se chystá provést) opatření se zaměřením na optimalizaci procesu příjmu pacienta, ale zejména v oblasti jeho logistického a provozního zajištění, nikoli v jeho části vlastní komunikace s pacientem. V odborné literatuře se rovněž objevují doporučení v oblasti informování pacientů; Prakash (2010, s. 152) ve své práci zdůrazňuje nutnost důsledného a podrobného informování o navržené terapii či plánovaných výkonech. Na základě syntézy výše uvedených skutečností je stanoveno doporučení **implementovat do směrníc upravujících příjem pacienta povinnost lékaře a sestry informovat při příjmu pacienta o dalším průběhu hospitalizace v rozsahu jejich kompetencí**. Kontrola vykonávání obsahu tohoto doporučení je odpovědností vedoucích pracovníků oddělení.

### Představení se pacientovi

Z výše uvedeného vymezení organizační kultury v této její oblasti vyplývá, že sledovaná problematika je v interních dokumentech kodifikována dostatečně. Povinnost poskytovatelů zdravotní péče představit se pacientovi při prvním kontaktu je stanovena v předpisech upravujících činnost personálu při příjmu pacienta do zdravotnického zařízení, ale také vyplývá z Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015b). Povinnost poskytovatelů zdravotní péče představit se při prvním kontaktu s pacientem často

uvádí i odborná literatura, např. Ondriová, Hudáková a Pavelková (2013) rozebírají chování, jaké pacient očekává od ošetřujícího personálu a uvádí, že vhodné oslovování či představení se při prvním kontaktu je základem profesionálního chování zdravotnického pracovníka. Prakash (2010, s. 152) rovněž upozorňuje na nutnost dodržování etikety, mezi kterou řadí i povinnost představit se. Na základě výše uvedeného je doporučeno **zdůraznit povinnost představit se pacientovi při vstupním školení zaměstnanců**, dále **tuto povinnost připomínat při provozních schůzích** jednotlivých oddělení a **kontrolovat provádění této činnosti prostřednictvím vedoucích pracovníků** jednotlivých oddělení.

### Zapojení pacientů do procesu rozhodování o dalším průběhu léčby

Jak bylo uvedeno v předchozí kapitole, ve studované interní dokumentaci není s výjimkou nutnosti sepsání informovaného souhlasu s provedením invazivních výkonů zanesena nutnost diskutovat s pacientem možnosti další léčby. Marx a Vlček (2013, s. 31) uvádí, že nemocnice má podporovat účast pacientů na rozhodování o poskytování zdravotní péče. Stejný zdroj uvádí také povinnost pracovníků znát své povinnosti v diskutované oblasti. Prakash (2010, s. 152) jako jedno z nejdůležitějších doporučení s cílem zvýšit spokojenost pacientů uvádí zapojení pacienta o rozhodování o dalším postupu léčby. Na základě uvedených informací je stanoveno doporučení do **Etického kodexu zaměstnanců ÚVN** a do **Nemocničního řádu ÚVN zanést bod upozorňující na nutnost zapojit pacienta do rozhodování o dalším průběhu léčby**, diskutovat s pacientem i dílčí kroky v postupu léčby a aktivně žádat názory pacienta. Dále je doporučeno **kontrolovat dodržování norem prostřednictvím vedoucích pracovníků** jednotlivých klinik a oddělení.

### Srozumitelnost vyjádření lékařů

Nutnost srozumitelného vyjadřování garantuje Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2013, s. 11). Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2015b) zajišťuje pacientovi právo být srozumitelně informován. Na nutnost srozumitelného vyjadřování poukazuje i odborná literatura. Na nutnost podrobného informování pacientů odkazuje ve své práci Prakash (2010, s. 152), autor ke zvýšení srozumitelnosti sdělovaných informací doporučuje také použití obrazových materiálů či vlastních nákresů. Také Langer et al. (2013, s. 9) upozorňuje na dalekosáhlý význam srozumitelnosti vyjádření. Autoři uvádí, že kvůli nesrozumitelnému vyjadřování musí posluchač (pacient) vyvinout obrovské úsilí na pochopení složitých sdělení, někdy může posluchač i trpět svou neschopností pochopit takto komplikované sdělení. Langer et al. (2013, s. 10) uvádí, že za nesrozumitelností vyjádření může často stát lhostejnost či omezené schopnosti autorů těchto vyjádření. Na základě uvedených informací je doporučeno klást prostřednictvím školení vedoucích představitelů oddělení (staniční lékaři a staniční sestry) **důraz na srozumitelnost podávaných informací**. Zejména je nutné zaměřit se **zejména na informace podávané lékaři**; tyto informace musí **být podány jazykem srozumitelným pacientovi**, který je velmi často v oblasti medicíny laikem. Kodifikace těchto opatření je v interní dokumentaci organizace dostatečná.

### Úroveň čistoty sociálních zařízení

Marx a Vlček (2013, s. 98) doporučují stanovit a dodržovat rozpis úklidu na jednotlivých pracovištích. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2013, s. 23) odkazuje v problematice úklidu na Provozní řád ÚVN. Úklid sociálních zařízení je podle Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2012, s. 63) prováděn dvakrát denně. Norma také přesně stanoví způsob úklidu a jeho zajištění externí firmou.

V odborné literatuře se podle literární rešerše provedené Dancerovou a Kramerem (2018, s. 1) nevyskytují na důkazech založené práce přesně popisující systematický přístup k úklidu ve zdravotnických zařízeních, avšak podle dostupné literatury je zřejmé, že systematický proces úklidu snižuje výskyt nozokomiálních infekcí a zvyšuje důvěru ve zdravotní péči a její kvalitu vnímanou pacienty. Podle Maďara (2006, s. 174) je v diskutovaných prostorách postačující provádět úklid jednou denně, kontrola prováděného úklidu by měla spadat do kompetence vedoucí sestry na daném úseku či oddělení. Z výše uvedených informací je zřejmé, že problematika úklidu je dostatečně zohledněna v interní provozní dokumentaci sledované organizace a podle dostupné literatury je frekvence úklidu dostatečná. Doporučením pro management nemocnice je **zintenzivnění kontrol prováděného úklidu prostřednictvím staničních sester či vedoucích sester směny**. Namátková **kontrola** by měla být provedena **dvakrát za den**.

### **Kvalita patientské stravy**

Problematika stravování je v interní dokumentaci Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice Praha široce ukotvena. Tuto problematiku popisuje Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2012, s. 61) Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2016c, s. 2) popisuje postup určení diety pro konkrétního pacienta, je uvedena možnost využití nutričního terapeuta či konzultace lékaře nutriční ambulance. Ve stejné normě je nastaven i kontrolní mechanismus, kontrola podávané stravy a řešení případných připomínek a námětů ke zkvalitnění stravy pacientů je v kompetenci staničních sester oddělení. Stejná norma také odkazuje na rozkaz ředitele ÚVN, ve kterém je stanovena denní stravní dávka, tedy maximální cena potravin. Stejná norma povoluje pacientům i možnost konzumace donesené stravy. Vzhledem k velmi významnému rozdílu spokojenosti pacientů s kvalitou podávané stravy s spokojeností očekávanou vedoucími pracovníky (přibližně 41 % : 89 %) bylo provedeno pozorování na pracovišti, které neodhalilo zásadní problémy, ve shodě s dokumentací bylo hojně využíváno služeb nutričních terapeutů, úroveň stravy byla uspokojivá. Vzhledem k výše uvedené neshodě je doporučením pro management **uspořádat** cestou Oddělení řízení kvality péče **průzkum metodou dotazníkového šetření zaměřený na kvalitu stravy** s cílem odhalit nedostatky. Tato metoda se jeví jako nezatěžující rozpočet nemocnice v porovnání například promptním a neuváženým navyšováním denní stravní dávky bez předchozího stanovení problematických kvalit podávané stravy. (Při jednoduché teoretické kalkulaci získáme při průměrné 80% obloženosti nemocnice s 677 lůžky při navýšení denní stravní dávky o 20 Kč roční zatížení rozpočtu nemocnice přibližně o 4 miliony korun). Dalším doporučením v této oblasti je **akcentace možnosti konzumace vlastní donesené stravy** po konzultaci s ošetřujícím lékařem. Mimo rozměry této práce je podrobné rozebírání nutričních náležitostí podávané stravy a podávání odborných doporučení v této oblasti.

### **Upozornění na nebezpečné příznaky při propuštění**

V předchozí kapitole byla podrobně prostudována interní dokumentace upravující proces propuštění pacienta do domácího léčení; jedná se konkrétně o dokumenty Nemocničního řád ÚVN, Směrnice ředitele Přijetí, propuštění a přeložení pacienta v ÚVN a všeobecný standard péče Překlad a propuštění pacienta. Jak bylo již uvedeno v předchozím textu, v uvedené dokumentaci není explicitně uvedena nutnost poučit propuštěného pacienta o možných varovných příznacích značících zhoršení pacientova zdravotního stavu. Marx a Vlček (2013, s. 33) uvádí, že pacient má být informován o problémech, které je možno očekávat v průběhu procesu jeho uzdravování. Doporučením v této oblasti je **implementace pokynu upozornění pacienta na nebezpečné příznaky**, které mohou vzniknout po jeho propuštění **do výše**

**uvedené interní dokumentace**, stejně tak jako povinnosti zkontrolovat, zda pacient uvedeným doporučením rozumí. Kontrola vykonávání toho opatření spadá do kompetence vedoucích lékařů a staničních sester. Dalším doporučením v této oblasti organizační kultury je **zavedení informačního letáku o pooperační péči** s vyjmenováním možných komplikací, které se mohou objevit po propuštění. Toto opatření bylo jedním z výstupů otázek s možností vlastní tvorby odpovědi v Dotazníku pro vedoucí pracovníky oddělení.

### **Zajištění (nabízení) domácí péče při propuštění**

V předcházející kapitole byla podrobně zkoumána interní dokumentace upravující proces propuštění pacienta do domácího léčení; jedná se konkrétně o dokumenty Nemocničního řád ÚVN, Směrnice ředitele Přijetí, propuštění a přeložení pacienta v ÚVN a všeobecný standard péče Překlad a propuštění pacienta. Stejně jako v předchozí oblasti organizační kultury se ani v této žádné ze studovaných norem následnou zdravotně sociální péči v domácím prostředí (např. převazová péče prováděná agenturou domácí péče) přímo nezabývá, ani neodkazuje na další normy, které by danou problematiku řešily. Pole výzkumu prezentovaného Kopčilovou (2013, s. 55) jsou pacienti s domácí péčí (přesněji péči poskytovanou agenturou domácí péče) obecně spokojeni, uvědomují si její výhody a také dávají tomuto druhu péče přednost před hospitalizací na lůžku následné péče. Dále podle Kopčilové (2013, s. 61) mají sestry pracující na lůžkovém oddělení dostatečné informace o agenturách domácí péče a znají rovněž jejich výhody. Doporučením v této oblasti je **zařazení pokynu aktivního dotazování se na potřebu péče poskytovanou v domácím prostředí do interních směrnic upravujících propuštění pacienta** (Nemocničního řád ÚVN, Směrnice ředitele Přijetí, propuštění a přeložení pacienta v ÚVN a všeobecný standard péče Překlad a propuštění pacienta). Dalším doporučením je pak **vícetupňová kontrola provádění uvedeného opatření**, a to na úrovni lékaře, zdravotní sestry a sociálního pracovníka.

### **Čas probouzení pacientů**

Na základě statistického porovnání Dotazníku pro vedoucí pracovníky a výsledků měření spokojenosti pacientů prostřednictvím projektu Kvalita očima pacienta byl čas probouzení pacientů vyhodnocen jako „pozitivní zjištění“ neboť očekávaná míra spokojenosti pohledem vedoucích pracovníků oddělení byla statisticky významně nižší, než reálná spokojenost pacientů (přibližně 66% spokojenost u pacientů vs. 36% očekávaná spokojenost pacientů pohledem ošetřujícího personálu). Vzhledem k velmi nízké míře očekávané i reálné spokojenosti pacientů budou doporučení cílena i na tuto oblast. Jak bylo uvedeno v předchozí kapitole, čas, kdy jsou pacienti probouzeni, vyplývá z časového harmonogramu, který je stanoven domácím řádem jednotlivých oddělení; domácí řád stanoví čas nočního klidu, během kterého může docházet k plnění ordinací lékařů. Přesný čas probouzení pacientů stanoven není. V odborné literatuře není dostatek na důkazech založených studií, které by definovaly optimální čas, kdy by měli být pacienti probouzeni. Nicméně, Wesselius et al. (2018) ve své multicentrické studii uvádí, že pacienti v nemocnici spí průměrně o 83 minut méně než doma a probouzejí se o 43 minut dříve než v domácím prostředí. Autoři také uvádí, že omezení výše uvedených faktorů, které ruší spánek, může vést ke zlepšení hojení. Gladkij (2003, s. 292) pak uvádí, že hojení je jedním z indikátorů kvality poskytované zdravotní péče. Doporučením v této oblasti je **posunutí času buzení** v závislosti na jednotlivých oddělení **na 15 minut před začátkem lékařské vizity**.

## 6 Závěr

V současné době, kdy zdravotnictví stále prochází významným vývojem, je management nemocnic výrazně orientován na pacienta. Proto jednou ze základních snah představitelů zdravotnických zařízení je docílit takové péče, která uspokojí všechny potřeby pacienta. Sledování spokojenosti pacienta se tak stává jedním ze základních nástrojů hodnocení kvality poskytované péče. Bylo ukázáno, že organizační kultura, tedy podle Drennana (1992, s. 3) to, „jak se u nás věci dělají“, ovlivňuje spokojenost pacientů, a tedy i kvalitu poskytované zdravotní péče.

Tato práce si kladla za cíl formulovat taková doporučení pro management Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice Praha v oblasti změny organizační kultury, která mohou přispět ke zlepšení spokojenosti pacientů a tím i k pozitivnějšímu hodnocení kvality poskytované péče, které je periodicky prováděno.

Na základě statistického porovnání vedoucími zaměstnanci očekávané spokojenosti pacientů a reálné spokojenosti pacientů byly identifikovány problematické oblasti organizační kultury, tedy takové oblasti, ve kterých je spokojenost pacientů statisticky významně nižší než očekávaná spokojenost pacientů viděná očima vedoucích pracovníků. Na tyto oblasti organizační kultury pak mířila doporučení, která byla opřena o akreditační standardy akreditací, kterými je sledované zdravotnické zařízení hodnoceno, o odbornou literaturu, ale i o výstupy z vlastního dotazníkového šetření. Uvedená doporučení jsou stručně uvedena v Tabulce 5.

Tabulka 5 Formulovaná doporučení

Oblast organizační kultury	Doporučení
informovanost pacientů při příjmu	implementace do interní dokumentace, kontrola
představení se pacientovi	edukace při vstupním školení zaměstnanců, kontrola
	zdůraznění problému na provozních schůzích
zapojení pacientů do rozhodování	implementace povinnosti do interní dokumentace
srozumitelnost vyjádření lékařů	edukace ve srozumitelnost podávaných informací
čistota sociálních zařízení	kontrola prováděného úklidu dvakrát denně
kvalita stravy	dotazníkové šetření na kvalitu stravy
	akcentace možnosti konzumace donesené stravy
upozornění na nebezpečné příznaky při propuštění	implementace pokynu do interní dokumentace
	zavedení informačního letáku o pooperační péči
nabízení tzv. domácí péče při propuštění	zařazení pokynu do interní dokumentace, kontrola
čas probouzení pacientů	probouzení 15 minut před začátkem lékařské vizity

Zdroj: vlastní výzkum

Konkrétně v oblasti informovanosti pacientů při příjmu k hospitalizaci je doporučeno implementovat do směrnic upravujících příjem pacienta povinnost lékaře a sestry informovat při příjmu pacienta o dalším průběhu hospitalizace v rozsahu kompetencí odpovídajících pracovnímu zařazení personálu. Dále je doporučeno zdůraznění povinnosti lékařů a sester představit se při prvním kontaktu s pacientem, konkrétně už při vstupním školení a dále při

provozních schůzích jednotlivých oddělení. Dalším doporučením je zanést do Etického kodexu zaměstnanců a do Nemocničního řádu bod upozorňující na nutnost zapojit pacienta do rozhodování o dalším průběhu léčby, diskutovat s pacientem i dílčí kroky v postupu léčby a aktivně žádat názory pacienta. V oblasti srozumitelnosti vyjadřování lékařů je doporučena opakovaná edukace personálu v této problematice. Dalším doporučením je zintenzivnění kontrol prováděného úklidu sociálních zařízení, úklid by měl být proveden a zaznamenán dvakrát za den. V oblasti kvality stravy podávané pacientům je doporučeno provedení dotazníkového šetření s cílem odhalit konkrétní nedostatky v kvalitě stravy; dále je doporučena i akcentace možnosti konzumace vlastní (pacienty donesené) stravy prostřednictvím ošetřujících sester i lékařů. V problematice poučení o nebezpečných příznacích, které mohou vzniknout po propuštění z nemocnice, je doporučena implementace pokynu upozornění pacienta na nebezpečné příznaky, které mohou vzniknout po jeho propuštění do výše uvedené interní dokumentace zabývající se propuštěním pacienta, stejně tak jako povinnost zkontrolovat, zda pacient uvedeným doporučením rozumí; dalším doporučením v této oblasti je vytvoření informačního letáku, ve kterém bude pacient upozorněn na možné komplikace, které se mohou objevit po propuštění do domácího léčení. V problematice zajišťování tzv. domácí péče je doporučeno implementovat do směrnic zabývajících se propouštěním pacientů pokyn, aby byli pacienti aktivně tázáni na potřebu péče poskytovanou domácím prostředím.

Výše uvedená doporučení byla formulována s důrazem na minimalizaci nákladů nutných k jejich realizaci. Většina z formulovaných opatření obsahuje pouze úpravu běžně prováděných činností, či takové činnosti, které jsou prováděny v režii oddělení top managementu a nevyžadují žádné vícenáklady.

Dalším výstupem z komparace vedoucími zaměstnanci očekávané spokojenosti pacientů a reálné spokojenosti pacientů byla formulace pozitivních oblastí organizační kultury, tedy takových oblastí, kde očekávaná míra spokojenosti je významně nižší než reálná spokojenost. Těmito oblastmi organizační kultury jsou:

- čekání na přijetí do nemocnice;
- protichůdnost informací podávaných pacientovi;
- soukromí během léčby;
- čas věnovaný pacientovi;
- hlučnost oddělení;
- pocit důvěry ve vztahu mezi lékařem a pacientem;
- doba návštěv;
- informovanost rodiny při propuštění pacienta.

U těchto oblastí je spokojenost pacientů až na výjimky velmi vysoká, proto je neúčelné na tyto oblasti cílit jakákoliv doporučení a je možno soustředit se oblastí problematické uvedené v Tabulce 4. Onou popisovanou výjimkou mezi pozitivními oblastmi je problematika časného probouzení pacientů. Zde je sice očekávaná míra spokojenosti je významně nižší než reálná spokojenost pacientů, ale ta je velmi nízká, a proto i na tuto oblast organizační kultury je cíleno doporučení; konkrétně se jedná o doporučení posunutí času buzení pacientů na čas 15 minut před začátkem lékařské vizity. Nedílnou součástí všech doporučení je i doporučení kontroly vykonávání uvedených doporučení, které je v kompetenci staničních lékařů a sester.

Otázkou pro další výzkum zůstává hodnocení změny organizační kultury a také změny spokojenosti pacientů, která je odrazem organizační kultury.

## Literatura

ARMSTRONG, M., TAYLOR, S. *Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy*. Praha : Grada Publishing, 2015. 928 s. ISBN 978-80-247-5258-7.

ARMSTRONG PERSILY, C. *Team Leadership and Partnering in Nursing and Health Care*. New York : Springer Publishing Company, LLC, 2013. 272 s. ISBN 978-0-8261-9988-1.

BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.

BUSSE, R. et al. *Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies* [online]. Kodaň : World Health Organization, 2019 [cit. 2020-06-25]. 445 s. ISBN 9789289051750. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549276/>.

CAMERON, K. S., QUINN, R. E. *Diagnosing and changing organizational culture*. Reading : Addison-Wesley, 1999. 160 s. ISBN 0-201-33871-8.

CLEGG, S. R., KORNBERGER, M., PITSIS, T. S. *Managing and Organizations : An Introduction to Theory and Practice*. Londýn : SAGE Publications Ltd, 2016. 712 s. ISBN 978-1-4462-9836-7.

COLE, N. L. So What Is Culture, Exactly? *ThoughtCo*. [online]. 2019 [cit. 2020-06-23]. Dostupný z WWW: <https://www.thoughtco.com/culture-definition-4135409>.

CRAIGIE, F. C. Jr., HOBBS, R. F. 3rd. Exploring the organizational culture of exemplary community health center practices. *Family medicine* [online], 2004 [cit. 2016-04-23], vol. 36, no. 10, p. 733-8. ISSN 0742-3225. Dostupný z WWW: <https://www.stfm.org/fmhub/fm2004/November/Frederic733.pdf>.

DANCER, S. J., KRAMER, A. Four Steps to Clean Hospitals : Look; Plan; Clean; and Dry. *Journal of Hospital Infection* [online], 2018 [cit. 2020-04-10], vol. 103, no. 1, p. 1-8. ISSN 1532-2939. Dostupný z WWW: [https://www.researchgate.net/publication/329955018\\_Four\\_Steps\\_to\\_Clean\\_Hospitals\\_Look\\_Plan\\_Clean\\_and\\_Dry](https://www.researchgate.net/publication/329955018_Four_Steps_to_Clean_Hospitals_Look_Plan_Clean_and_Dry).

DENISON, D. R. *Corporate Culture and Organizational Effectiveness*. New York : John Wiley and Sons, 1990. 267 s. ISBN 0-471-80021-X.

DIDONATO, T., GILL, N. Changing an Organization's Culture, Without Resistance or Blame. *Harvard Business Review* [online], 2015 [cit. 2020-07-03]. ISSN 0017-8012. Dostupný z WWW: <https://hbr.org/2015/07/changing-an-organizations-culture-without-resistance-or-blame>.

DONABEDIAN, A. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Mich. : Health Administration Press, 1980. 163 s. ISBN 0914904485.



DONABEDIAN, A. The Quality of Care. *JAMA* [online], 1988 [cit. 2016-10-22], vol. 260, no. 12, p. 1743-8. ISSN 0098-7484. Dostupný z WWW: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1988.03410120089033>.

DRENNAN, D. *Transforming company culture : getting your company from where you are now to where you want to be*. New York : McGraw-Hill Book Co., 1992. 320 s. ISBN 0077076605.

DRISKILL, G. W., BRENTON L., A. L. *Organizational Culture in Action : A Cultural Analysis Workbook*. Londýn : SAGE Publications, Inc., 2011. 239 s. ISBN 9781412981088.

GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. Brno : Computer Press, 2003. 392 s. ISBN 80-7226-996-8.

GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno : IDVPZ, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.

GROENE, O., KRINGOS, D., SUNOL, R. Seven ways to improve quality and safety in hospitals. An evidence-based guide. *DUQuE Collaboration* [online]. 2014 [cit. 2016-06-23]. Dostupný z WWW: [http://www.duque.eu/uploads/DUQuE\\_Seven\\_Ways\\_To\\_Improve\\_Quality\\_And\\_Safety\\_2014.pdf](http://www.duque.eu/uploads/DUQuE_Seven_Ways_To_Improve_Quality_And_Safety_2014.pdf).

HÁJEK, M. et al. *Chirurgie v extrémních podmínkách*. Praha : Grada Publishing, 2015. 584 s. ISBN 978-80-247-4587-9.

HEALTHCARE INSTITUTE. O nás. *HealthCare Institute : Zvyšování kvality a efektivity ve zdravotnictví* [online]. 2013 [cit. 2016-10-13]. Dostupný z WWW: <http://www.hc-institute.org/cz/o-nas.html>.

IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. BRNO : NCO NZO, 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, překlad 3. vydání*. Praha : Grada Publishing, 2008. 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2.

KEŘKOVSKÝ, M., VYKYPĚL, O. *Strategické řízení : teorie pro praxi*. Praha : C. H. Beck, 2006. 206 s. ISBN 80-7179-453-8.

KOPČILOVÁ, J. *Výhody a nevýhody domácí péče z pohledu pacienta a sestry*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Vedoucí práce Bohumila Hajšmanová.

LANGER, I. et al. *Srozumitelné vyjadřování*. Praha : Grada Publishing, 2013. 234 s. ISBN 978-80-247-4296-0.

LUKÁŠOVÁ, R. *Organizační kultura a její změna*. Praha : Grada Publishing, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2951-0.

MADAR, J., NĚMCOVÁ, K., ZEMAN, M. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení : vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. Praha : Grada Publishing, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.

MAĎAR, R. et al. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha : Grada Publishing, 2011. 178 s. ISBN 978-80-247-6277-7.

MANNION, R., DAVIES, H. Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *BMJ* [online], 2018 [cit. 2020-06-20], vol. 363, p. 1-4. ISSN 2044-6055. Dostupný z WWW: <https://www.bmj.com/content/363/bmj.k4907>.

MARX, D., VLČEK, F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice : manuál a metodika plnění: účinné od 1. 1. 2014*. Praha : Spojená akreditační komise ČR, 2013. 168 s. ISBN 978-80-87323-04-05.

MAXWELL, R. J. Quality assessment in health. *British Medical Journal (Clinicalresearched)* [online], 1984 [cit. 2016-10-15], vol. 288, p. 1470-1472. ISSN 0267-0623. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441041/>.

NEŠPOR, Z. R., MATĚJŮ, M., SOUKUP, V. Kultura. *Sociologická encyklopedie* [online]. 2018 [cit. 2020-06-20]. Dostupný z WWW: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Kultura>.

ONDRIOVÁ, I., HUDÁKOVÁ, A., PAVELKOVÁ, M. Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče. *Zdravotnictví a medicína*. [online]. 2013 [cit. 2020-02-10]. Dostupný z WWW: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/spokojenost-pacientu-jako-indikator-kvality-pece-468686>.

OVSEIKO, P. V., BUCHAN, A. M. Organizational Culture in an Academic Health Center. *Academic Medicine* [online], 2012 [cit. 2016-04-23], vol. 3, no. 1, p. 709-18. ISSN 1040-2446. Dostupný z WWW: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-201206000-00014>.

POHNÁN, R., HÁNA, L. Český polní chirurgický tým v Afghánistánu. *Military Medical Science Letters*, 2019, vol. 88, no. 1, p. 63-70. ISSN 0372-7025.

PRAKASH, B. Patient satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery* [online], 2010 [cit. 2016-06-24], vol. 3, no. 3, p. 151-155. ISSN 0974-2077. Dostupný z WWW: <http://www.jcasonline.com/text.asp?2010/3/3/151/74491>.

RAITER, T. *Kvalita očima pacientů; hodnocení lůžkové péče*. Praha : Kvalita očima pacientů – hodnocení nemocnic, 2015a.

RAITER, T. O projektu. *Kvalita očima pacientů : Hodnocení nemocnic* [online]. 2010 [cit. 2016-10-15]. Dostupný z WWW: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Oprojektu.html>.

RAITER, T. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice. *Kvalita očima pacientů : Hodnocení nemocnic* [online]. 2015b [cit. 2016-10-20]. Dostupný z WWW: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Zaverecne-zpravy-ke-stazeni--.html>.

RAITEROVÁ, E. *Statistika pro nelékařské zdravotnické obory*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. 103 s. ISBN 978-80-244-5082-7.

SCAMMON, D. L., TABLER, J., BRUNISHOLZ, K. et al. Organizational Culture Associated With Provider Satisfaction. *The Journal of the American Board of Family Medicine* [online], 2014 [online], vol. 27, no. 2, p. 219-228. ISSN 1557-2625. Dostupný z WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4097883/>.

SEDLÁČKOVÁ, H., BUCHTA, K. *Strategická analýza*. Praha : C. H. Beck, 2006. 121 s. ISBN 80-7179-367-1.

SCHEIN, E. *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco : Jossey Bass Publishers, 1992. 418 s. ISBN 1-55542-487-2.

SCHEIN, E. *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco : Jossey Bass Publishers, 2004. 464 s. ISBN 0-7879-6845-5.

SLAVÍK, J. *Marketing a strategické řízení ve veřejných službách : Jak poskytovat zákaznický orientované veřejné služby*. Praha : Grada Publishing, 2014. 192 s. ISBN 978-80-247-4819-1.

SOUKUP, P. Nesprávná užívání statistické významnosti a jejich možná řešení. *Data a výzkum - SDA Info* [online], 2010 [cit. 2019-10-23], vol. 4, no. 2, p. 77-104. ISSN 2336-2391. Dostupný z WWW: [http://dlib.lib.cas.cz/6488/1/DaV10\\_2\\_s77\\_104.pdf](http://dlib.lib.cas.cz/6488/1/DaV10_2_s77_104.pdf).

SZYDLO, J., GRZEŚ-BUKLAHO, J. Relations between National and Organisational Culture—Case Study. *Sustainability* [online], 2020 [cit. 2020-06-20], vol. 12, no. 4, p. 1-23. ISSN 2071-1050. Dostupný z WWW: <https://www.mdpi.com/2071-1050/12/4/1522>.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha : Grada Publishing, 2008. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

TOSIC, B., RUSO, J., FILIPOVIC, J. Quality Management in Health Care : Concepts, Principles and Standards. *3rd International Conference on Quality of Life* [online]. Kopaonik : Faculty of Engineering, University of Kragujevac, 2018 [cit. 2020-06-20]. s. 193-200. ISBN 978-86-6335-056-4 Dostupný z WWW: [http://cqmqm.rs/2018/cd1/pdf/papers/focus\\_1/33.pdf](http://cqmqm.rs/2018/cd1/pdf/papers/focus_1/33.pdf).

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE – VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE PRAHA. O nás. *Ústřední vojenská nemocnice – vojenská fakultní nemocnice Praha : Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice – O nás* [online]. 2020 [cit. 2020-04-01]. Dostupný z WWW: <https://www.uvn.cz/cs/o-nas>.

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE – VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE PRAHA. Výroční zpráva za rok 2018. *Ústřední vojenská nemocnice – vojenská fakultní nemocnice Praha : Výroční zprávy* [online]. 2019 [cit. 2020-04-01]. 107 s. Dostupný z WWW: <https://www.uvn.cz/cs/vyrocnizpravy>.

VÁLKOVÁ, M. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha : IPVZ, 2015. 78 s. ISBN 978-80-87023-45-7.

VAVŘINA, D. *První část, hospitalizovaní pacienti Fakultní nemocnice Hradec Králové. Vyhodnocení celostátního měření spokojenosti pacientů českých nemocnic 2013* [online]. Ostrava : HealthCare Institute, 2013 [cit. 2020-07-01]. 22 s. Dostupný z WWW: <https://www.fnhk.cz/fs1718/detailni-hodnoceni-spokojenosti-hospitalizovanych-pacientu-2013fakultni-nemocnice-hradec-kralovefinal.pdf>.

WALLACE, D. P., VAN FLEET C. J. *Knowledge into Action : Research and Evaluation in Library and Information Science*. Santa Barbara : ABC-CLIO, 2012. 388 s. ISBN 978-1-59884-975-2.

WESSELIUS, H. M. et al. Quality and Quantity of Sleep and Factors Associated With Sleep Disturbance in Hospitalized Patients. *JAMA Internal Medicine* [online], 2018 [cit. 2020-04-01], vol. 178, no. 9, p. 1201-1208. ISSN 2168-6106. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6142965/>.

### **Ostatní zdroje – interní materiály organizace**

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE – VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE PRAHA. *Domácí řád – Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN*. Praha : Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, 2017.

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE – VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE PRAHA. *Etický kodex zaměstnanců ÚVN*. Praha : Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, 2015a.

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE – VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE PRAHA. *Kodex práv pacientů ÚVN*. Praha : Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, 2015b.

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE – VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE PRAHA. *Nemocniční řád*. Praha : Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, 2013. 41 s.

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE – VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE PRAHA. *Provozní řád*. Praha : Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, 2012. 65 s.

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE – VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE PRAHA. *Překlad a propuštění pacienta*. Praha : Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, 2016a. 6 s.

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE – VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE PRAHA. *Příjem pacienta*. Praha : Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, 2016b. 5 s.

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE – VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE PRAHA. *Směrnice ředitele ÚVN č. 11/2018 Přijetí, propuštění a přeložení pacienta v ÚVN*. Praha : Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, 2018. 15 s.

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE – VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE PRAHA. *Stravování nemocných*. Praha : Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, 2016c. 12 s.

## **Seznam příloh**

Příloha 1 Dotazník projektu Kvalita očima pacientů (KOP).....	I
Příloha 2 Úroveň spokojenosti pacientů podle projektu KOP.....	IX
Příloha 3 Dotazník pro vedoucí pracovníky oddělení.....	XI
Příloha 4 Domácí řád Chirurgické kliniky ÚVN.....	XVIII

## Příloha 1 Dotazník projektu Kvalita očima pacienta



KVALITA OČIMA PACIENTŮ  
www.hodnoceni-nemocnic.cz

# KVALITA OČIMA PACIENTŮ

## HODNOCENÍ LŮŽKOVÉ PÉČE

**H-02**

Název zdravotnického zařízení: Ústřední vojenská nemocnice – VoFN Praha

Kód oddělení 1 – lůžko

--	--	--	--	--

(Kód odd. 2 – oš. lékař)

--	--	--	--	--

Kodér

--	--

Děrovač 1

--	--

Děrovač 2

--	--

Dotazník by měl pacient vyplnit sám. Pokud potřebuje při vyplňování pomoc, měly by odpovědi vyjadřovat jeho názory, nikoliv názory pomáhající osoby. Pomáhající osobou nesmí být personál zdravotnického zařízení, ale může jí být kdokoliv další, komu pacient důvěřuje. Dotazník prosím vyplňte, zalepte do přiložené obálky a při odchodu ze zdravotnického zařízení vhodte do sběrné schránky, která je k tomuto účelu zřízena na oddělení. Dotazník je anonymní, se všemi uvedenými údaji bude zacházeno jako s důvěrnými a budou použity výhradně ke zlepšování kvality péče o pacienty. Zdravotnický personál jednotlivých oddělení nemá k vyplněným dotazníkům přístup.

Vážená paní, vážený pane,

Zvyšování kvality zdravotní péče je jednou z priorit tohoto zdravotnického zařízení. Vaše odpovědi nám umožní zjistit, jaké jsou potřeby pacientů a co je třeba v lůžkové zdravotní péči zlepšit.

Obracíme se proto na Vás s dotazníkem, který se týká spokojenosti s průběhem Vaší současné hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Cílem výzkumu je podpora trvalého zvyšování kvality zdravotní péče a zavedení standardní metodiky používané ve vyspělých zemích Evropské unie.

Prosíme Vás, abyste věnoval/a přibližně dvacet minut pečlivému vyplnění tohoto dotazníku. Nejde o nic složitého, na stejné otázky odpovídají v této době tisíce pacientů po celé republice.

Dotazník je sestaven do přehledných kapitol, které se vždy týkají určité oblasti péče o pacienty. U každé otázky označte, prosím, zakřížkováním do příslušného okénka tu odpověď, která nejvíce odpovídá Vaší současné zkušenosti. Rádi bychom získali maximální možný počet odpovědí na položené otázky, proto Vás žádáme o trpělivost při vyplňování dotazníku. Vaše odpovědi na položené otázky by měly co nejvěrněji popsat Vaši zkušenost s touto Vaší hospitalizací. Nebojte se proto kritiky u těch oblastí, se kterými jste zde nebyl/a spokojen/a, a naopak kladného hodnocení v případě, že jste spokojen/a byl/a. Pokud na některou otázku nedokážete z nějakého důvodu odpovědět, zaznamenejte čitelně tuto skutečnost u dané otázky. Pokud se při vyplňování zmýlíte, stačí chybnou odpověď zřetelně přeškrtnout a vyplnit správné okénko.

V případě dotazů, nejasností či žádostí o vysvětlení se můžete obrátit na personál nebo vedení zdravotnického zařízení, případně na řešitele projektu.

Děkujeme Vám za spolupráci a za čas, který věnujete vyplnění dotazníku. Velmi si Vaší ochoty vážíme.

RNDr. Tomáš Raiter  
autor projektu Kvalita Očima Pacientů  
e-mail: info@hodnoceni-nemocnic.cz

**Upozornění: Prosím, nezapomeňte, že tento dotazník se týká pouze Vaší současné návštěvy ve zdravotnickém zařízení a posledního oddělení, ze kterého budete nyní propuštěn/a.**

**1. Byl/a jste v tomto zařízení, kde právě ležíte, hospitalizován/a plánovaně nebo jako akutní případ?**

- 1  Neplánovaně, jako akutní případ
- 2  Plánovaně, byl/a jsem objednan/a předem
- 3  Byl/a jsem převezen/a odjinud

### PLÁNOVANÉ PŘIJETÍ / PŘEVOZ DO ZAŘÍZENÍ

*Tuto část dotazníku vyplňte pouze pokud bylo Vaše přijetí či převoz do tohoto zařízení předem plánováno. Netýká-li se Vás tato část, přejděte k otázce číslo 6 („Jak na Vás působil první kontakt se zařízením“).*

**2. Jak dlouho jste čekal/a na přijetí do zařízení?**

- 1  Nečekal/a jsem
- 2  2-3 dny
- 3  Do jednoho týdne
- 4  Do jednoho měsíce
- 5  Do půl roku
- 6  Do roka
- 7  Do dvou let
- 8  Více než dva roky
- 9  Nevím

**3. Byl termín Vašeho přijetí zdravotnickým zařízením změněn?**

- 1  Ne
- 2  Ano, jednou
- 3  Ano, 2-3 ×
- 4  Ano, 4 × nebo vícekrát
- 5  Nevím

**4. Zdála se Vám doba čekání na přijetí do zařízení vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu:**

- 1  Příliš dlouhá
- 2  Tak akorát
- 3  Byl/a jsem přijat/a dříve, než jsem předpokládal/a
- 4  Nevím

**5. Zhoršily se Vaše zdravotní potíže během čekání na přijetí do zařízení?**

- 1  Ano
- 2  Ne

### JAK PROBÍHALO VLASTNÍ PŘIJETÍ DO ZAŘÍZENÍ

**6. Jak na Vás působil první kontakt se zařízením (na pohotovosti, na příjmu apod.)? Zapůsobil na mně:**

- 1  Velmi dobře a profesionálně
- 2  Průměrně
- 3  Velmi špatně
- 4  Nevzpomínám si

**7. Dostal/a jste během přijetí dostatek informací o svém zdravotním stavu a dalším průběhu Vaší léčby?**

- 1  Ano
- 2  Ano, v omezené míře
- 3  Ne, ačkoliv jsem je žádal/a
- 4  Ne, nežádal/a jsem informace

**8. Jak dlouho jste při příjmu do zařízení čekal/a na uložení na lůžko?**

- 1  Do 15 minut
- 2  Méně než jednu hodinu
- 3  Alespoň jednu, ale méně než dvě hodiny
- 4  Dvě a více hodin
- 5  Nepamatuji se

9. **Zakroužkujte, jak byste oznámkoval/a organizaci a plynulost Vašeho přijetí do zařízení.**

(1 = nejlepší známka, 5 = nejhorší známka)

1.....2.....3.....4.....5

### POBYT V ZAŘÍZENÍ

10. **Rušil Vás v noci hluk?**

- 1  Ne
- 2  Ano, hluk ostatních pacientů
- 3  Ano, hluk zaměstnanců zařízení
- 4  Ano, hluk zvenčí

11. **Jak jste byl/a spokojen/a s čistotou pokojů?**

- 1  Velmi spokojen/a
- 2  Spíše spokojen/a
- 3  Spíše nespokojen/a
- 4  Zcela nespokojen/a

12. **Jak jste byl/a spokojen/a s čistotou toalet a sprch?**

- 1  Velmi spokojen/a
- 2  Spíše spokojen/a
- 3  Spíše nespokojen/a
- 4  Zcela nespokojen/a
- 5  Toalety/sprchy jsem nepoužíval/a

13. **Vyhovovala Vám teplota ve Vašem pokoji?**

- 1  Ano
- 2  Spíše ano
- 3  Spíše ne
- 4  Ne
- 5  Nevím

14. **Vyhovovala Vám doba ranního buzení?**

- 1  Ano
- 2  Spíše ano
- 3  Spíše ne
- 4  Ne
- 5  Nevím

15. **Vyhovovala Vám doba návštěv?**

- 1  Ano
- 2  Spíše ano
- 3  Spíše ne
- 4  Ne
- 5  Nevím

16. **Jak byste ohodnotil/a kvalitu jídla?**

- 1  Velmi dobrá
- 2  Spíše dobrá
- 3  Spíše špatná
- 4  Velmi špatná
- 5  Nemocniční stravu jsem nejedl/a

17. **Měl/a jste dietu?**

- 1  Ano
- 2  Ne
- 3  Nevím

18. **Jaké množství jídla jste dostával/a?**

- 1  Příliš mnoho
- 2  Přiměřeně
- 3  Příliš málo
- 4  Nemocniční stravu jsem nejedl/a

19. **Vyhovovala Vám doba podávání jídel?**

- 1  Ano
- 2  Ne
- 3  Nemocniční stravu jsem nejedl/a

20. **Byl/a jste celkově spokojen/a s takovými službami zařízení, jako je např. možnost telefonovat, sledovat TV, zakoupit si noviny atd.?**

- 1  Velmi spokojen/a
- 2  Spíše spokojen/a
- 3  Spíše nespokojen/a
- 4  Zcela nespokojen/a
- 5  Nevím



21. Stalo se Vám někdy, že jste spadl/a z lůžka?

- 1  Ano
- 2  Ne
- 3  Nevím

### OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

22. Znal/a jste svého ošetřujícího lékaře?

- 1  Ano, znal/a jsem ho jménem
- 2  Ano, ale neznal/a jsem ho jménem
- 3  Ne, nevím kdo byl můj ošetřující lékař

23. Vyhovovalo Vám, jak často Vás ošetřující lékař navštěvoval?

- 1  Ano
- 2  Ne

24. Jak byste zhodnotil/a Váš vztah k ošetřujícímu lékaři z hlediska důvěry? Můžete říci, že Váš vztah byl:

- 1  Velmi dobrý
- 2  Dobrý
- 3  Nepříliš dobrý
- 4  Špatný

### LÉKAŘI OBECNĚ

25. Když jste položil/a lékaři důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?

- 1  Vždy
- 2  Většinou
- 3  Občas
- 4  Nikdy
- 5  Neptal/a jsem se

26. Pokud jste měl/a strach nebo obavy ze svého stavu nebo léčby, byl lékař ochotný si s Vámi promluvit?

- 1  Vždy
- 2  Většinou
- 3  Občas
- 4  Nikdy
- 5  Neměl/a jsem strach ani obavy

27. Hovořil před Vámi lékař tak, jako byste nebyl/a přítomen/a?

- 1  Často
- 2  Občas
- 3  Nikdy

28. Hovořil s Vámi lékař každý den?

- 1  Ano
- 2  Ne

### ZDRAVOTNÍ SESTRY

29. Když jste položil/a zdravotní sestře důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?

- 1  Vždy
- 2  Většinou
- 3  Občas
- 4  Nikdy
- 5  Neptal/a jsem se

30. Pokud jste měl/a strach nebo obavy ze svého stavu nebo léčby, byla zdravotní sestra ochotna si s Vámi promluvit?

- 1  Vždy
- 2  Většinou
- 3  Občas
- 4  Nikdy
- 5  Neměl/a jsem strach ani obavy

31. Hovořila před Vámi zdravotní sestra tak, jako byste nebyl/a přítomen/a?

- 1  Často
- 2  Občas
- 3  Nikdy

32. Měl/a jste důvěru ke zdravotním sestřím, které Vás ošetřovaly?

- 1  Určitě ano
- 2  Většinou ano
- 3  Většinou ne
- 4  Vůbec ne

### ZDRAVOTNÍ PÉČE / LÉČBA

33. Stalo se Vám, že jste dostal/a během pobytu v zařízení od zdravotnického personálu (lékařů, sester) protichůdné informace?

- 1  Často
- 2  Občas
- 3  Nikdy

34. Vyhovovala Vám dosažitelnost zdravotnického personálu v zařízení?

- 1  Určitě ano
- 2  Spíše ano
- 3  Spíše ne
- 4  Určitě ne
- 5  Nevím

35. Chtěl/a jste být více zapojen/a do rozhodování o své léčbě, než Vám bylo umožněno?

- 1  Ano
- 2  Ne
- 3  Nevím

36. Měli Vaši blízcí dostatek příležitosti hovořit s lékařem?

- 1  Ano
- 2  Ne
- 3  Nevím

37. Měl/a jste dostatek soukromí, když s Vámi lékař probíral Váš zdravotní stav nebo léčbu?

- 1  Vždy
- 2  Občas
- 3  Nikdy
- 4  Lékař se mnou nehovořil

38. Měl/a jste dostatek soukromí během vyšetření nebo léčby?

- 1  Vždy
- 2  Občas
- 3  Nikdy

39. Jak jste byl/a celkově spokojen/a s rychlostí, s jakou Vám personál poskytl pomoc, když jste ji potřeboval/a?

- 1  Velmi spokojen/a
- 2  Spíše spokojen/a
- 3  Spíše nespokojen/a
- 4  Zcela nespokojen/a
- 5  Nepotřeboval/a jsem pomoc

40. Byl/a jste seznámen/a s právy nemocného?

- 1  Ano
- 2  Ne
- 3  Nevím

41. Pokud jste byl/a předem informován/a o vyšetření či zákroku, který jste měl/a podstoupit, stalo se, že jeho termín nebyl dodržen?

- 1  Často se stalo, že termín nebyl dodržen
- 2  Občas se stalo, že termín nebyl dodržen
- 3  Jen výjimečně se stalo, že termín nebyl dodržen
- 4  Termíny byly vždy dodrženy
- 5  Žádná vyšetření či zákroky jsem nepodstoupil/a
- 6  O vyšetřeních či zákrocích jsem nebyl/a předem informován/a

42. Vezmete-li v úvahu množství léků, které jste dostával/a na utišení bolesti, myslíte si, že jste:

- 1  Dostával/a více léků než bylo třeba
- 2  Dostával/a optimální množství léků
- 3  Dostával/a méně léků než bylo třeba
- 4  Léky na bolest jsem nepotřeboval/a
- 5  Nevím

## PROPUŠTĚNÍ ZE ZAŘÍZENÍ

*Tato část dotazníku se týká propouštěcí procedury, proto ji vyplňte až těsně před opuštěním zdravotnického zařízení.*

**43. Vyskytly se nějaké problémy, které způsobily odklad Vašeho propuštění ze zařízení?**

- 1  Ne
- 2  Ano, měl/a jsem zdravotní komplikace
- 3  Ano, čekal/a jsem na léky
- 4  Ano, čekal/a jsem na prohlídku u lékaře
- 5  Ano, čekal/a jsem na sanitku
- 6  Ano, z jiného důvodu

**44. Vysvětlili Vám zdravotníci, jak o sebe máte pečovat a jak užívat léky po propuštění ze zařízení?**

- 1  Jasně a srozumitelně
- 2  Málo srozumitelně
- 3  Nesrozumitelně
- 4  Nevysvětlili vůbec

**45. Řekl Vám někdo, jaké nebezpečné příznaky Vašeho zdravotního stavu máte po propuštění ze zařízení sledovat?**

- 1  Jasně a srozumitelně
- 2  Málo srozumitelně
- 3  Nesrozumitelně
- 4  Neřekl vůbec

**46. Vysvětlili lékaři nebo zdravotní sestry Vaším blízkým, jakou pomoc potřebujete při zotavování?**

- 1  Jasně a srozumitelně
- 2  Málo srozumitelně
- 3  Nesrozumitelně
- 4  Nevysvětlili vůbec
- 5  Moji blízcí nebyli přítomni při mém propuštění ze zařízení

**47. Nabídli Vám zdravotníci pomoc při zajišťování domácí péče po propuštění ze zařízení (např. pečovatelská služba, sociální pracovník apod.)?**

- 1  Ano
- 2  Ne
- 3  Můj zdravotní stav to nevyžadoval

## OBECNÉ HODNOCENÍ ZAŘÍZENÍ

**48. Cítíte celkově, že jste byl/a léčen/a s úctou a respektem?**

- 1  Určitě ano
- 2  Spíše ano
- 3  Spíše ne
- 4  Určitě ne

**49. Jak hodnotíte postoj celého personálu tohoto zařízení? Řekl/a byste, že postoj byl soucitný a uklidňující a jeho schopnost vzbudit ve Vás dobré pocity byla:**

- 1  Výjimečně velká
- 2  Velká
- 3  Malá
- 4  Nedostatečná

**50. Jak jste byl/a spokojen/a s tím, jak personál zařízení zajistil Vaše citové a duchovní potřeby?**

- 1  Velmi spokojen/a
- 2  Spíše spokojen/a
- 3  Spíše nespokojen/a
- 4  Zcela nespokojen/a

**51. Jak byste celkově ohodnotil/a péči, která Vám zde byla poskytnuta?**

- 1  Výborná
- 2  Velmi dobrá
- 3  Dobrá
- 4  Dostatečná
- 5  Nedostatečná

52. Jak byste hodnotil/a Váš zdravotní stav při propuštění:

- 1  Lepší  
2  Stejný  
3  Horší

53. Doporučil/a byste toto zdravotnické zařízení rodině nebo přátelům?

- 1  Určitě ano  
2  Spíše ano  
3  Spíše ne  
4  Určitě ne

### SOCIO-DEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY

S1. Jste muž nebo žena?

- 1  Muž  
2  Žena

S2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- 1  Základní bez vyučení  
2  Vyučení bez maturity  
3  Maturita  
4  Vysokoškolské

S3. Rok narození (prosím dopište):

19

S4. Vyplnil jste tento dotazník samostatně?

- 1  Ano, zcela samostatně.  
2  Ano, potřeboval/a jsem jen vysvětlit některé otázky, ale při vyplňování odpovědí mi nikdo nepomáhal.  
3  Ne, při vyplňování odpovědí jsem potřeboval/a pomoc další osoby, nebyl to ale nikdo z personálu zařízení.  
4  Ne, při vyplňování odpovědí mi pomáhala sestra nebo někdo jiný z personálu zařízení.

S5. Zapište, prosím, dnešní datum:

Den:   Měsíc:   Rok:  2  0  1

### OSTATNÍ PŘIPOMÍNKY

*Jestliže chcete zmínit ještě nějaké další zkušenosti z Vašeho pobytu v tomto zařízení, napište je, prosím, do následujícího rámečku (případně na zadní stranu tohoto dotazníku):*



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

Zkontrolujte, prosím, zda jste zodpověděl/a všechny otázky, které se Vás týkaly.

Vyplněný dotazník zalepte do obálky a tu, prosím, vhod'te do schránky umístěné na Vašem oddělení.

Zdroj: Raiter (2015a)

## **Příloha 2 Úroveň spokojenosti pacientů podle projektu Kvalita očima pacientů**

V otázce **informovanosti pacientů o jejich zdravotním stavu a plánu dalšího průběhu hospitalizace při příjmu** do zdravotnického zařízení uvádí Raiter (2015b, s. 27) úroveň spokojenosti pacientů **84,3 %**.

V otázce **doby, po kterou je pacient nucen čekat na uložení na lůžko** uvádí Raiter (2015b, s. 27) úroveň spokojenosti pacientů **96,1 %**.

V otázce **hodnocení organizace a plynulosti přijetí pacienta na lůžkové oddělení** uvádí Raiter (2015b, s. 27) úroveň spokojenosti pacientů **74,3 %**.

Při dotazu na to, **zda se ošetřující personál pacientům představí**, uvádí Raiter (2015b, s. 30) úroveň spokojenosti pacientů **75,2 %**.

Při dotazování, **jak byli pacienti spokojeni s možností zapojit se do procesu rozhodování o své léčbě**, uvádí Raiter (2015b, s. 30) úroveň spokojenosti pacientů **85,1 %**.

Při otázce, **zda pacienti dostávali od ošetřujícího personálu protichůdné informace**, uvádí Raiter (2015b, s. 33) úroveň spokojenosti pacientů **92,8 %**.

Při dotazování, **zda se pacientům dostávalo dostatečného soukromí** uvádí Raiter (2015b, s. 33) úroveň spokojenosti pacientů **90,8 %** v **při vyšetřování lékařem** a **85,7 %** v **případě konzultací zdravotního stavu s lékařem**.

V otázce **dosažitelnosti personálu** uvádí Raiter (2015b, s. 33) úroveň spokojenosti pacientů **87,2 %** a v otázce **rychlosti poskytnutí pomoci** uvádí Raiter (2015b, s. 33) úroveň spokojenosti pacientů **85,5 %**.

Při dotazování na **problematiku hlučnosti oddělení** uvádí Raiter (2015b, s. 39) úroveň spokojenosti pacientů **84,7 %**.

V otázce **vnímání čistoty pokojů** uvádí Raiter (2015b, s. 39) úroveň spokojenosti pacientů **91 %** a v otázce **čistoty sociálních zařízení** pak **86,9 %**.

V případě dotazování na **dobu probouzení** uvádí Raiter (2015b, s. 39) úroveň spokojenosti pacientů **65,8 %**.

Při dotazování na stravu podávanou pacientům uvádí Raiter (2015b, s. 39) úroveň spokojenosti pacientů **84,9 %** při posuzování **množství jídla**, při hodnocení **kvality stravy** uvádí pak stejný zdroj úroveň spokojenosti pacientů **40,7 %**.

V otázce **důvěry mezi lékařem a pacientem** uvádí Raiter (2015b, s. 42) úroveň spokojenosti pacientů **71,3 %**.

V problematice **schopnosti personálu zajistit uspokojení citových a duchovních potřeb pacientů** uvádí Raiter (2015b, s. 42) úroveň spokojenosti pacientů **75,2 %**.

V otázce **vnímání doby návštěv** uvádí Raiter (2015, s. 45) úroveň spokojenosti pacientů **96,6 %**.

Pokud byli pacienti dotazováni na to, zda **lékař či sestra podají dostatek informací při propouštění pacienta i jeho rodině**, uvádí Raiter (2015b, s. 45) úroveň spokojenosti pacientů **92,6 %**.

V případě dotazování pacientů na to, zda byli **před propuštěním informováni ošetřujícím zdravotnickým personálem o nebezpečných příznacích, které mají po propuštění z nemocnice sledovat**, uvádí Raiter (2015b, s. 48) úroveň spokojenosti pacientů **89,1 %**.

Při dotazování pacientů na to, zda jim bylo **před propuštěním z nemocnice nabídnuto zajištění tzv. domácí péče** po propuštění z nemocnice uvádí Raiter (2015b, s. 48) úroveň spokojenosti pacientů **72,7 %**.

Tabulka 1 Úroveň spokojenosti pacientů ve vybraných oblastech organizační kultury (v %)

Otázka	Spokojenost
informovanost pacientů při příjmu	84,3
doba, po kterou je pacient nucen čekat na uložení na lůžko	96,1
hodnocení organizace a plynulosti přijetí pacienta na lůžkové oddělení	74,3
zda se ošetřující personál pacientům představí	75,2
spokojenost s možností zapojit se do procesu rozhodování o své léčbě	85,1
získávání protichůdných informací od ošetřujícího personálu	92,8
dostatečné soukromí při vyšetřování lékařem	90,8
dostatečné soukromí při konzultaci zdravotního stavu s lékařem	85,7
dosažitelnost personálu	87,2
rychlost poskytnutí pomoci	85,5
hlučnost oddělení	84,7
čistota pokojů	91,0
čistota sociálních zařízení	86,9
doba probouzení	65,8
množství stravy	84,9
kvality stravy	40,7
důvěra mezi lékařem a pacientem	71,3
schopnost personálu zajistit uspokojení citových a duchovních potřeb	75,2
doba návštěv	96,6
podávání dostatku informací při propouštění i rodině pacienta	92,6
informování o nebezpečných příznacích v době po propuštění	89,1
zajištění domácí péče (pečovatelská služba, apod.)	72,7

Zdroj: Raiter (2015b)

### **Příloha 3 Dotazník pro vedoucí pracovníky oddělení**

## **Dotazník pro vedoucí pracovníky oddělení**

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolil jsem si obrátit se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako podklad mé závěrečné práce na Vysoké škole ekonomie a managementu.

Vyplnění dotazníku by Vám nemělo zabrat více než 30 minut. Dotazník je anonymní, není zadáván managementem ÚVN a výsledky budou sloužit výhradně pro zpracování mé závěrečné práce. Otázky týkající se Vašich osobních údajů a pracovního zařazení slouží ke snazšímu zpracování výsledků, odpovědi nejsou určeny ke zveřejnění a budou zpracovány výhradně mou osobou. V každé otázce vyberte, prosím, právě jednu odpověď, která nejvíce vystihuje Váš názor. Pokud je Vámi vybraná odpověď doplněna možností vlastního vyjádření (prázdné řádky s označením A, B, C), využijte ji, prosím.

Předem Vám velmi děkuji za vyplnění dotazníku.

### **Personální zařazení, osobní údaje**

Oddělení, na kterém pracujete: .....

Vaše pracovní zařazení: (zakroužkujte, prosím)

TOP management

přednosta kliniky/primář oddělení

zástupce přednosta/primáře

vedoucí lékař oddělení

zástupce vedoucího lékaře

vrchní sestra

zástupce vrchní sestry

staniční sestra

zástupce staniční sestry

Pohlaví: M / Ž

Věk: .....

Délka praxe: .....

Nejvyšší dosažené vzdělání: (zakroužkujte, prosím)

vysokoškolské - doktorské (Ph.D.)

vyšší odborné (Dis.)

vysokoškolské - magisterské (MUDr., Mgr.)

středoškolské

vysokoškolské - bakalářské (Bc.)



1. Informuje personál pacienta při přijetí dostatečně o jeho zdravotním stavu a plánu dalšího průběhu hospitalizace?
  - a) ano
  - b) ano, v omezené míře, spíše zodpovídá dotazy pacienta
  - c) ne, informování pacienta je záležitostí personálu v ambulanci
  - d) ne, příjem pacienta je pouze formální, administrativní záležitost
  
2. Jak dlouho čeká pacient při příjmu na uložení na lůžko?
  - a) do 15 minut
  - b) méně než jednu hodinu
  - c) alespoň jednu, ale méně než dvě hodiny
  - d) dvě a více hodin
  - e) nevím
  
3. Jak byste oznámkoval/a organizaci a plynulost přijetí pacienta na Vaše oddělení?
  - a) 1 (nejlepší)
  - b) 2
  - c) 3
  - d) 4
  - e) 5 (nejhorší)
  
4. Je podle Vás možné optimalizovat postup příjmu pacienta na Vaše oddělení?
  - a) nikoliv, postup je dlouhodobě nastaven dobře, vyhovuje personálu i pacientům
  - b) v posledních letech byly provedeny změny, které vedly ke zlepšení organizace příjmu pacienta: (vypište, prosím)
    - A. ....
    - B. ....
    - C. ....
  - c) naše oddělení má v plánu provést v organizaci příjmu pacienta tyto změny: (vypište, prosím)
    - A. ....
    - B. ....
    - C. ....
  
5. Představí se ošetřující personál (lékař, sestra) pacientovi?
  - a) ano, vždy při prvním kontaktu s pacientem
  - b) pouze při příjmu
  - c) ne, na našem pracovišti to není zvykem
  
6. Je pro Vás důležité, aby pacienti na Vašem oddělení znali svého ošetřujícího lékaře a zdravotní sestru?
  - a) ano, vyžadují důsledné dodržování toho, aby se ošetřující personál vždy představil
  - b) ano, v budoucnu vidím prostor pro zlepšení v této oblasti
  - c) ne, preferuji kvalitu poskytnuté lékařské/ošetřovatelské péče

7. Jak byste reagoval/a, pokud byste na Vašem oddělení cítil/a zvýšenou potřebu pacientů zapojit se do rozhodování o vlastní léčbě?
- tento proces funguje dobře, pacient vždy podepisuje informovaný souhlas s hospitalizací a ev. provedeným výkonem
  - vedle informovaného souhlasu má pacient vždy možnost vyjádřit se k navrženým vyšetřením, ordinaci léku a dalšímu průběhu hospitalizace
  - v této problematice vidím do budoucna prostor pro zlepšení, chtěl/a bych se zasadit o: (prosím, vypište)
    - .....
    - .....
    - .....
8. Stává se, že pacient dostane od personálu protichůdné informace?
- ne, nikdy
  - pouze výjimečně, a to z důvodu nedorozumění
  - občas, zejména z důvodu častého střídání ošetřujícího personálu
  - často, tento jev je běžný
9. Snažíte se minimalizovat situace, kdy by pacient mohl dostat protichůdné informace od ošetřujícího personálu?
- ano, na našem oddělení jsme již zavedli tato opatření: (prosím, vypište)
    - .....
    - .....
    - .....
  - k výše uvedené situaci u nás nedochází
  - v budoucnu vidím v diskutované oblasti prostor pro zlepšení, plánujeme změnit: (prosím, vypište)
    - .....
    - .....
    - .....
10. Mají podle Vás pacienti dostatek soukromí během vyšetření, léčby, konzultací s lékařem apod.?
- ano, vždy, v běhu oddělení není potřeba z pohledu diskutovaného problému nic měnit
  - ano, někdy je ale nutné probírat zdravotní stav pacienta před ostatními nemocnými na vícelůžkovém pokoji; závažné informace jsou sdělovány v soukromí
  - zdravotní stav pacienta je běžně diskutovaný na vícelůžkovém pokoji, což je nevyhovující stav - v budoucnosti vidím prostor pro zlepšení zavedením těchto opatření: (prosím, vypište)
    - .....
    - .....
    - .....
11. Jak hodnotíte objem času, který můžete věnovat pacientovi?
- vždy dostatečný
  - někdy nedostatečný, zejména z důvodu rozsáhlé administrativy
  - někdy nedostatečný, zejména z důvodu velkého počtu pacientů na jednoho lékaře/sestru
  - nedostatečný pro kombinaci výše uvedených důvodů

12. Jaké možnosti nabízí Vaše oddělení v oblasti informačních technologií, které mohou pacienti využívat?
- oddělení je vybaveno wi-fi internetovým připojením, pacienti (pokud jim to stav dovolí) si mohou zakoupit denní tisk v bufetu, mohou libovolně používat mobilní telefony a mají k dispozici TV na každém pokoji.
  - platí výše uvedené bez wi-fi připojení
  - platí výše uvedené bez možnosti využívání telefonů
  - platí výše uvedené, TV však k dispozici pouze na společenské místnosti/jídelně
  - pacienti nemohou využít dvě a více z nabízených eventualit
13. Nabídka poskytovaných služeb v oblasti informačních technologií:
- se v poslední době na našem oddělení zvýšila: (prosím, vypište)
    - .....
    - .....
    - .....
  - v posledních letech zůstává neměnná a ani do budoucna neplánujeme zásadní změny
  - nabídku služeb plánujeme rozšířit o: (prosím, vypište)
    - .....
    - .....
    - .....
14. Používá ošetřující personál při komunikaci s pacientem odborné výrazy?
- ano, běžně
  - ano, odborné výrazy jsou ale pacientovi vysvětleny
  - ve velmi omezené míře, tak aby nebránily porozumění
  - ne
15. Je pro Vás důležité, aby ošetřující personál hovořil před pacientem vždy srozumitelně?
- ano, vyžadují důsledné dodržování toho, aby ošetřující personál hovořil před pacientem vždy srozumitelně
  - ano, v budoucnu však vidím prostor pro zlepšení v této oblasti
  - ne, například při interní komunikaci mezi lékaři nebo při komunikaci lékař - sestra toto pro mě není prioritou
16. Pokládáte Vaše oddělení v noci za hlučné?
- ne
  - ano, hluk způsobují pacienti
  - ano, jedná se o hluk zvenčí
  - ano, kombinace různých faktorů (např. časté příjmy akutních pacientů)
17. Jak hodnotíte úroveň čistoty pokojů a sociálních zařízení na oddělení?
- vše v pořádku, úklid probíhá s dostatečnou frekvencí i kvalitou
  - pokoje v pořádku, nedostatky u toalet a sprch
  - nutno zvýšit kvalitu úklidu všech prostor

18. Zhodnoťte dobu probouzení pacientů:
- doba vyhovuje personálu i pacientům
  - pacienti jsou probouzeni časně z důvodu časové náročnosti činností, které musí být zvládnuty před ranní vizitou
  - pacienti jsou buzeni časně dle zvyklosti pracoviště
  - pacienti jsou buzeni dle svého přání
19. Vidíte prostor pro změnu doby, kdy jsou pacienti buzeni?
- již ne, v nedávné době byl změněn denní řád oddělení tak, aby pacienti nebyli buzeni příliš časně
  - ne, běh oddělení je nastaven jediným možným způsobem, který funguje
  - ano, v budoucnu plánujeme přijmout tato opatření: (prosím, vypište)
    - .....
    - .....
    - .....
20. Jak hodnotíte kvalitu a množství stravy podávané pacientům?
- obojí adekvátní
  - kvalita dobrá, neúměrně malé porce
  - kvalita neodpovídající, porce přiměřené
  - oba faktory nevyhovující
21. Považujete za nutnou změnu stravování pacientů?
- ne, stravování pacientů je adekvátní
  - ne, podle mého názoru není změna možná z organizačních a ekonomických důvodů
  - ano (konkretizujte, prosím)
    - .....
    - .....
    - .....
22. Dokážou lékaři Vašeho oddělení vyvolat v pacientech pocit důvěry?
- vždy
  - většinou ano
  - většinou ne
  - nikdy
23. Vidíte prostor pro zlepšení v problematice dotazované v předchozí otázce?
- ne, situaci hodnotím dlouhodobě jako uspokojivou
  - ano, zejména zavedením těchto opatření: (prosím, vypište)
    - .....
    - .....
    - .....

24. Jak hodnotíte schopnost personálu zajistit uspokojení citových a duchovních potřeb pacientů?
- a) citové a duchovní potřeby pacientů jsou v dostatečné míře uspokojovány ošetřujícím personálem daného oddělení
  - b) k uspokojení výše uvedených potřeb jsou často využíváni psychologové, ev. kaplan
  - c) pacienti na našem oddělení zřídka požadují uspokojení citových a duchovních potřeb
25. Vidíte prostor pro zlepšení v problematice dotazované v předchozí otázce?
- a) ne, situaci hodnotím dlouhodobě jako uspokojivou
  - b) ano, zejména zavedením těchto opatření: (prosím, vypište)
    - A. ....
    - B. ....
    - C. ....
26. Je podle Vašeho názoru doba návštěv vyhovující?
- a) ano, doba návštěv je určena každodenně v odpoledních hodinách
  - b) ano, doba návštěv je určena každodenně v odpoledních hodinách, po dohodě jsou umožněny návštěvy i dopoledne
  - c) doba návštěv je nevyhovující, plánujeme navrhnout tyto změny: (prosím, vypište)
    - A. ....
    - B. ....
    - C. ....
27. Je podle Vašeho názoru běžné, aby lékař či sestra na Vašem oddělení podali dostatek informací i rodině propouštěného pacienta?
- a) ano, tyto informace podává rodině lékař
  - b) ano, tyto informace podává rodině sestra
  - c) ano, tyto informace podává lékař i sestra
  - d) ne, tyto informace dostává pouze propouštěný pacient
  - e) ne, rodina propouštěného tyto informace nepožaduje
28. Je podle Vás možné upravit postup informování pacienta a jeho rodiny při propuštění z Vašeho oddělení?
- a) nikoliv, postup je dlouhodobě nastaven dobře, vyhovuje personálu i pacientům
  - b) v posledních letech byly provedeny změny, které vedly ke zlepšení informovanosti pacienta i jeho blízkých: (vypište, prosím)
    - A. ....
    - B. ....
    - C. ....
  - c) naše oddělení má v plánu provést v organizaci propuštění pacienta tyto změny s cílem zlepšení informovanosti pacienta a jeho rodiny: (vypište, prosím)
    - A. ....
    - B. ....
    - C. ....

29. Je na Vašem oddělení běžné, aby lékař či sestra poučili propouštěného pacienta o tom, na jaké nebezpečné příznaky se má zaměřit v souvislosti se zhoršením jeho zdravotního stavu?
- a) ano, je to běžné, tyto informace podává zejména lékař
  - b) ano, je to běžné, tyto informace podává zejména sestra
  - c) ano, je to běžné, tyto informace podává lékař i sestra, poučování pacientů hodnotím jako dostatečné
  - d) tyto informace jsou podávány okrajově, v budoucnu zde vidím prostor pro zlepšení
  - e) tyto informace nejsou pacienty vyžadovány
30. Nabízí Vaše oddělení pomoc při zajišťování domácí péče u propouštěných pacientů?
- a) ano, tato péče je dlouhodobě aktivně propouštěným nabízena
  - b) ano, tato péče je nabízena v případě zájmu pacientů, v poslední době klademe na nabídku domácí péče zvýšený důraz
  - c) ano, nabízíme pomoc při zajišťování domácí péče, v budoucnu však vidím prostor pro zlepšení, např. zavedením těchto opatření: (vypište, prosím)
    - A. ....
    - B. ....
    - C. ....
  - d) ne, pacienti o tyto služby neprojevují zájem
  - e) ne, zajištění domácí péče je v kompetenci praktického lékaře a rodiny propouštěného

Ještě jednou Vám děkuji za spolupráci, velmi si vážím času, který jste věnoval/a vyplnění dotazníku.

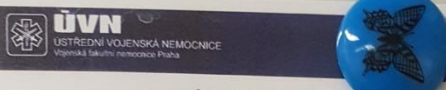
S úctou

mjr. MUDr. Luděk Hána

Zdroj: vlastní výzkum

## Příloha 4 Domácí řád Chirurgické kliniky ÚVN

Obrázek 4 Domácí řád – Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN



**ÚVN**  
ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE  
Vojenská fakulta nemocnice Praha

e-mail: chir@uvn.cz  
Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN  
tel.: +420 973 202 901  
internet: www.uvn.cz  
tel.: +420 973 202 900

### DOMÁCÍ ŘÁD - CHIRURGICKÁ KLINIKA 2. LF UK A ÚVN

**Přednost kliniky:** prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.  
**Zástupce přednosti kliniky:** doc. MUDr. František Bělina, CSc.  
**Zástupce pro poskytování zdravotních služeb:** MUDr. Jiří Pudil  
**Zástupce pro vzdělávací a vědeckou činnost:** prof. MUDr. Mojmír Kasalický, CSc.  
**Zástupce pro vojenské záležitosti:** plk. MUDr. Radek Doležel

**Vrchní sestra kliniky:** Mgr. Lucie Kubátová  
**Zástupce vrchní sestry:** Bc. Stanislava Grégrová

**Sekretariát kliniky:** Radka Schrötterová, Vladimíra Hůlková  
**Kancelář kliniky:** Daniela Soukupová, Jiřina Husáková  
**telefon:** 973 202 901  
**telefon:** 973 202 900

**LŮŽKOVÁ ČÁST: oddělení standardních lůžek Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN, oddělení A + oddělení B**  
**Vedoucí lékař oddělení A:** mjr. MUDr. Kateřina Menclová  
**Vedoucí lékař oddělení B:** MUDr. Pavel Záruba  
**Staniční sestra oddělení A:** Alena Arnoldová  
**Staniční sestra oddělení B:** Bc. Tereza Hůlková

Oddělení má 44 lůžek, z toho 6 jednolůžkových pokojů s nadstandardním vybavením a 2 dvoulůžkové pokoje s nadstandardním vybavením. Cena za pobyt na nadstandardním pokoji: jednolůžkový pokoj 700 Kč/den, dvoulůžkový pokoj 1 000 Kč/den, telefonické hovory se platí zvlášť.  
Návštěvy pacientů jsou v ÚVN neomezené. Informace o zdravotním stavu podává ošetřující lékař osobám uvedeným pacientem v Souhlasu s hospitalizací.

**LŮŽKOVÁ ČÁST: oddělení mezioborové jednotky intenzivní péče Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN, JIP1**  
**Vedoucí lékař:** MUDr. Eva Kobihová  
**Staniční sestra:** Bc. Stanislava Grégrová

Oddělení má 9 lůžek na jedno a dvoulůžkových boxech. Na lůžkách JIP jsou primárně ošetřováni pacienti chirurgické kliniky.  
Návštěvy na jednotkách intenzivní péče jsou možné pouze se souhlasem lékaře na omezenou dobu. Informace o zdravotním stavu podává ošetřující lékař osobám uvedeným pacientem v Souhlasu s hospitalizací.  
V areálu nemocnice je připojení k WI-FI síti zdarma.

**Denní provoz oddělení:**  
06.30 – 08.30 hod. předání služby sester; ranní hygiena, lékařská vizita, převazy; snídaně;  
07.30 – 11.30 hod. plnění ordinací, příprava pacientů k operacím dle operačního programu, převoz pacientů z a na operační sály, k vyšetřování, příjem a propouštění pacientů, rehabilitace, příjem pacientů po operacích;  
12.00 – 12.30 hod. oběd;  
12.30 – 16.30 hod. plnění ordinací, příprava pacientů k operacím dle operačního programu, převoz pacientů na operační sály;  
15.45 – 18.30 hod. odpolední vizita, příjem pacientů po operacích;  
16.30 – 17.30 hod. plnění ordinací;  
17.00 – 18.30 hod. večeře;  
18.30 – 19.00 hod. předání služby sester na pokojích pacientů;  
19.00 – 21.00 hod. plnění ordinací;  
22.00 – 06.00 hod. noční klid, plnění ordinací;  
06.00 – 06.30 hod. stání lůžek.

**AMBULANTNÍ ČÁST: ambulanti oddělení Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN**  
**Vedoucí lékaři:** MUDr. Jiří Jarošek  
**Staniční sestry:** Bc. Olga Staňková  
**Recepce:** Karla Mandíková

**Provoz ambulance č. 2: pondělí až čtvrtek od 07.30 do 15.30 hod., pátek od 07.30 do 14.15 hod.**  
Provoz ostatních ambulancí-odborných poraden (č. 1, 3, 4 a 5) je určen dle konkrétních časů objednaných pacientů. Konkrétní seznam a provoz odborných poraden je k dispozici na [www.uvn.cz](http://www.uvn.cz), v odkazu Chirurgická klinika.  
Na ambulanci se pacienti objednávají telefonicky na čísle: 973 202 913 nebo osobně na recepci oddělení na základě doporučení praktického lékaře nebo specialisty. Objednávka je adresná, zahrnuje jméno lékaře, datum a čas plánovaného vyšetření.  
**Nemocní s akutními obtížemi jsou ošetřeni přednostně bez objednání v chirurgické ambulanci na oddělení Emergency.**  
Práva pacientů jsou formulována v souladu s §28 zákona č. 372/2011 Sb.  
Seznam a ceník výkonů, které nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami je umístěn na chodbě oddělení na informační nástěnce.  
ÚVN nabízí pacientům i rodinným příslušníkům duchovní službu. Kaplanem ÚVN je mjr. Mgr. Jan Blažek, tel. 973 208 262, e-mail: [jan.blazek@uvn.cz](mailto:jan.blazek@uvn.cz)  
Vyřizování stížností v ÚVN – Odbor právní – telefon: 973 208 366, 973 203 550, e-mail: [podatelna@uvn.cz](mailto:podatelna@uvn.cz), ID: bāmp8k.  
V areálu ÚVN je kouření zakázáno, kromě míst pro kouření vyhrazených. Požární evakuační plány jsou vyvěšeny na chodbě oddělení. Objekty ÚVN jsou monitorovány kamerovým systémem.

V Praze, dne 1. září 2017

Zpracovala:  
Mgr. Lucie Kubátová  
vrchní sestra Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN

Schválí:  
prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.  
přednost Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN

prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.  
ředitel Ústřední vojenské nemocnice –  
Vojenská fakultní nemocnice Praha

2. LF UK – 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Zdroj: Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (2017)