

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Hana Benediktová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Hana Benediktová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SLEDOVÁNÍ SPOKOJENOSTI PACIENTŮ
HOSPITALIZOVANÝCH V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ**
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Simona Kubešová

PLZEŇ 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne: 21.3.2012

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Bc. Simoně Kubešové za odborné vedení, poskytování rad, připomínek a za věnované úsilí a podporu. Dále poděkování patří synovi za IT podporu a rodině, bez jejichž pomoci bych studium nemohla realizovat.

OBSAH

ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 HISTORIE PSYCHIATRIE	13
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PSYCHIATRII	15
2.1 Duševní zdraví a WHO.....	15
2.2 Nové pojetí psychiatrické péče.....	15
2.3 Specifika práce sestry na psychiatrii.....	17
3 KVALITA ŽIVOTA	18
3.1 Dotazník kvality života.....	19
4 KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE	20
4.1 Definice kvality zdravotní péče.....	22
4.2 Healthcare Institute	23
5 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	23
5.1 Spokojenost pacientů	24
5.1.1 Faktory ovlivňující spokojenost pacientů	25
5.2 Dimenze kvality péče	26
5.3 Zkušenosti ze světa.....	27
5.4 Projekt Kvalita očima pacientů.....	27
5.5 Spokojenost psychiatrických pacientů.....	28
6 ORGANIZACE, KTERÉ SE ZABÝVAJÍ A KONTROLUJÍ KVALITU PÉČE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	28
6.1 Spojená komise pro akreditaci zdravotnických organizací.....	28
6.2 Spojená komise pro mezinárodní akreditaci	28
6.3 Spojená akreditační komise	29
6.4 Mezinárodní organizace pro tvorbu norem.....	29
6.5 Další instituce zabývající se touto problematikou	30
7 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO PRACOVISTĚ	30
PRAKTICKÁ ČÁST	32
8 FORMULACE PROBLÉMU.....	32
9 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU.....	32
9.1 Dílčí cíle	32
10 METODIKA	32
11 HYPOTÉZY	33

12	VZOREK RESPONDENTŮ	33
13	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	34
14	DISKUZE.....	61
	ZÁVĚR	67
	LITERATURA A PRAMENY.....	68
	SEZNAM GRAFŮ	72
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	73
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74
	Přílohy.....	75

ANOTACE

Příjmení a jméno:	Benediktová Hana
Katedra:	Ošetrovatelství a porodní asistence
Název práce:	Sledování spokojenosti pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně
Vedoucí práce:	Mgr. Bc. Kubešová Simona
Počet stran:	číslované 57, nečíslované 30
Počet příloh:	5
Počet titulů použité literatury:	40
Klíčová slova: kvalita:	psychiatrie - spokojenost - ošetrovatelská péče - pacient - dimenze - kvalita

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou sledování spokojenosti pacientů, která je jedním z indikátorů kvality péče. Práce má charakter kvantitativního výzkumu a skládá se ze dvou částí. Teoretická část se věnuje kvalitě péče, sledování spokojenosti pacientů, zmíněna je historie psychiatrie, její nové pojetí a specifika psychiatrické péče. V empirické části jsou analyzovány výsledky průzkumného šetření, které bylo prováděno technikou anonymních dotazníků. Cílem bylo zjistit spokojenost pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně v Dobřanech. Na základě výzkumu byla porovnána spokojenost pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních. Výsledky šetření budou využity v oblasti zvyšování kvality péče v psychiatrické léčebně.

ANNOTATION

Surname and name:	Benediktová Hana
Department:	Department of Nursing and Midwifery
title of thesis:	Monitoring patients' satisfaction in Psychiatric care centre - asylum
Consultant:	Mgr. Bc. Kubešová Simona
Number of pages:	numbered 57, unnumbered 30
Number of appendices:	5
Number of literature items used:	40
Key words:	Psychiatry - Satisfaction - nursing care - the patient dimension - quality

Summary:

This bachelor's dissertation deals with problems of patients's satisfaction monitoring. This is one of the indicators, which refers to quality of care. This paper is a quantitative analysis and is divided in to two parts. Practical part focuses on care quality, patients's satisfaction monitoring, the history of psychiatry, its new conception and last but not least the specificity of psychiatric care. The empiric part analyzes the results of research, which was done by anonymous questionnaire. The main point was to detect the satisfaction of the patients, who were hospitalized in psychiatric health-resort in Dobřany. On the grounds of the research, the satisfaction of patients who were hospitalized on opened and on closed ward was compared. The results will be used for raising the care quality in psychiatric health-resort.

ÚVOD

V České republice má občan právo na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení. Aby mohlo toto právo být naplněno, je třeba, aby měl občan dostupné a hlavně dostatečné informace o kvalitě zdravotnických zařízení. Na základě těchto informací se pak může rozhodnout, které zařízení si vybere k poskytování péče.

Podle čeho by si měli pacienti vybírat konkrétní zařízení? Právě na základě objektivního srovnání konkrétních ukazatelů kvality zdravotnických zařízení. Z tohoto důvodu vznikl projekt „Kvalita očima pacientů“ (KOP) podporovaný Ministerstvem zdravotnictví České republiky.

Ve zdravotnictví mluvíme o kvalitě služby. Kvalita a úroveň poskytované péče je vždy závislá na mnoha faktorech, mezi které patří například personální obsazení oddělení, osobnostní rysy zaměstnanců, odborná kvalifikace, materiální vybavení, ale i mezilidské vztahy. Kvalitní péče je předpokladem pro spokojenost pacientů. Spokojenost je subjektivní a může do určité míry ovlivnit efekt léčby.

Specifickou skupinou při sledování spokojenosti jsou pacienti hospitalizovaní na psychiatrii. Při hodnocení kvality poskytované péče je třeba si uvědomit, že někteří pacienti jsou hospitalizováni proti své vůli – nedobrovolně, a ne všichni uznají, že přijetí bylo adekvátní momentálnímu zdravotnímu stavu.

Jedním z cílů managementu Psychiatrické léčebny v Dobřanech je zvyšování kvality poskytované péče. Toto zařízení je zapojeno do projektu sledování spokojenosti pacientů. Po domluvě s vedením léčebny a s oddělením kvality ošetrovatelské péče bylo umožněno vedle tohoto projektu provést průzkumné šetření menšího rozsahu pro účely této bakalářské práce. Toto šetření bude následně probíhat v psychiatrické léčebně po celý rok. V bakalářské práci je zdůrazněno to nejpodstatnější, co se spokojeností pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně souvisí. S výsledky budou následně seznámeni i ostatní zaměstnanci a využity v praxi. Cílem práce je zjistit spokojenost pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně a porovnat výsledky mezi otevřenými a uzavřenými odděleními, popřípadě i s výsledky projektu KOP.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE PSYCHIATRIE

Psychiatrie je obor zabývající se studiem, prevencí, diagnostikou a léčbou duševních poruch. (1)

Duševní choroby představují problematiku tak starou, jak je stará historie medicíny. Výklad vzniku duševních chorob a stav zdravotnické péče o duševně nemocné (choré) probíhal v historii vždy v souvislosti s filozofickými směry, kulturní vyspělostí a přírodovědeckými znalostmi každé jednotlivé etapy společenského vývoje lidstva. Jak psychiatrická teorie, tak i její praxe byly vlastně vždy obrazem obecného historického procesu vývoje lidské společnosti.

Vývoj psychiatrické péče lze sledovat od primitivního léčitelství až po prvotní formy lékařství od Egypta přes Babylonii, Indii, Čínu, Izrael po Řecko, Řím a další. Je velmi historicky zajímavé sledovat postupně se vyvíjející úroveň péče od zaříkávání démonů, nošení amuletů až po počínající formu terapie, která odpovídala jak lékařskému myšlení, tak empiricky získaným poznatkům a zkušenostem.

Představu o lékařství ve starém Egyptě nám dávají texty staroegyptských papyrů, které patří mezi nejcennější zdroje informací. Z papyru zjišťujeme, že se zde neobjevuje slovo léčba, ale vyhánění, postrašení, rozbití. Následně nás informují o přeměnách chrámů na azyly pro duševně nemocné, kde léčba spočívala v tělesných cvičeních a procházkách po zahradách, v tanci, hudbě a zábavě.

Babylonské lékařství zase vycházelo z makro a mikrokosmu, kdy vše co se dělo na zemi bylo způsobeno tím, co se děje na nebi. Babylonská medicína vycházela z toho, že lidé se skládají z těla, které je hmotné a duše – nehmotné, sídlící v těle jen po dobu života člověka. Jak je známo z této doby, nejdůležitějšími orgány byly srdce a játra, které byly považovány za sídlo duševního zdraví a lidského myšlení. Příčiny duševních chorob byly dávány do souvislosti se zlými duchy. (1, 2, 3)

Velkým přínosem pro moderní psychiatrickou péči byla zdravotní péče o duševně choré v Indii. Byla používána tzv. léčba zlomem, což bylo pochopení významu a moci mluveného slova a psychoterapeutické síly, která vzbuzovala kladné emoce u nemocných. Dále byl zdůrazňován lidský přístup k duševně nemocným.

Tak jako u starého Orientu, tak i v Číně byl uplatňován náboženský kult. Nejvíce to byli kněží, kteří byli povoláním k tomu předurčení. Kulturní historie staročínského

lékařství je popisována asi 2000 let př. n. l. Otcem čínské medicíny je uváděn císař Singnunc. Sestavil lékařskou a lékopisnou knihu, která byla neustále doplňována. Z Číny také pochází klinické popisy epilepsií, apoplexií a dalších nepsychiatrických onemocnění. (2)

Řeční filozofové se oprostili od nadpřirozeného náboženského myšlení a naopak sbírali fakta, začali vytvářet a šířit nové přírodovědecké poznatky. Důležitou osobností tohoto období je Hippokrates, kterým vrcholí starořecké lékařství. Od doby jeho působení ve starořeckém lékařství můžeme sledovat soustavný vývoj zdravotnické péče o duševně choré. Většinu Hippokratových termínů používá psychiatrie dodnes. Jeho hlavní zásadou bylo odstranit z těla nemocného nadbytek tělesných šťáv – žluči, krve, slizu a černé žluči.

V neposlední řadě je třeba zmínit byzantské lékařství, které nám zanechalo odkaz nad jiné cenný a to informace o počátcích lůžkové péče o duševně nemocné.

Pro vývoj tohoto oboru bylo velmi důležité a rozhodující dvacáté století. Toto století přineslo účinné léčebné metody, důslednou psychiatrickou klasifikaci a pomohlo psychiatrii získat prestižní místo v medicíně a to po boku neurověd. (3, 4)

Samostatné ústavy pro duševně choré začaly vznikat až ke konci 18. století. První vznikl v Londýně, další v Paříži a následovala Vídeň. Samostatný ústav pro duševně choré v Čechách byl otevřen 1. listopadu v roce 1790 v Praze. Otevřením tohoto ústavu začíná v Čechách první kulturní a lidsky důstojná péče o tyto nemocné. Zpočátku bylo v ústavu 57 lůžek. Postupným rozšiřováním mohl tento ústav pojmout až 260 nemocných. Důležité pro obor bylo, že mohla být budována psychiatrie jako samostatné odvětví medicíny. Koncem roku 1850 už měla Praha účelně zařízený a vybavený ústav s kapacitou přes 500 lůžek. V této době patřil k nejlepším v Evropě. Součástí léčebného režimu se stala i pracovní terapie. Pacienti měli k dispozici tkalcovské, knihařské dílny a knihovnu. Zároveň byla velmi využívána zahrada a zakoupeny hudební nástroje. Kvalita ošetrovatelské péče se opírala hlavně o osobnostní přednosti pečujících. Velmi důležitá byla pečlivost, zodpovědnost, vlídnost a spolehlivost. Pražský ústav byl neustále přeplňován, a proto začaly vznikat pobočky. V roce 1863 byly otevřeny pobočky Brno – Černovice a Kosmonosy a v roce 1869 ve staré porodnici u Apolináře. Kapacita však stále nestačila, a proto rozšiřování pokračovalo výstavbou Zemského ústavu v Dobřanech, který byl otevřen roku 1883 (příloha 1). Dále pak byly vystavěny ústavy v Opařanech, Opavě, Horních Beřkovicích,

Šternberku, Jihlavě, Kroměříži, později v Praze - Bohnicích a Havlíčkově Brodě. (1, 2, 4)

Všechny tyto ústavy fungují i v současné době a byly zde vytvořeny nové podmínky, které zároveň poskytují nové možnosti kvalitní péče. (4)

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PSYCHIATRII

„Ošetřování nemocných jest povoláním těžkým, třikrát těžším, jedná-li se o ošetřování choromyslných!“

Dr. Jan Hraše

ředitel Královského českého ústavu pro choromyslné v Dobřanech

2.1 Duševní zdraví a WHO

Definice WHO z roku 1948 formuluje zdraví jako: *„Stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost choroby či poruchy nebo tělesné vady.“* (3, s. 15) Tato definice má tři základní charakteristiky pozitivní koncepce zdraví:

- zájem o jednotlivce jako celistvou osobu, ne jen o části,
- klade zdraví do vzájemného vztahu s prostředím,
- klade rovnítko mezi zdravím a produktivním, tvořivým životem.

To vše lze shrnout v jedno = holistické pojetí zdraví.

Duševní zdraví tedy znamená dobrou kondici celé osobnosti, a ne jen nepřítomnost duševní poruchy. Evropský region WHO stanovil 21 cílů pro uskutečnění záměru „Zdraví pro všechny.“ Zlepšením duševního zdraví se zabývá cíl číslo 6. Tento cíl předpokládá, že do roku 2020 by se měla zlepšit psychosociální pohoda obyvatel a pro lidi s duševními problémy by měly být zcela dostupné kompletní služby. Zabývá se i akutní péčí a potřebou restrukturalizace následné péče v psychiatrických léčebnách s přesunem části kapacit do komunitní péče. (4)

2.2 Nové pojetí psychiatrické péče

Mezi jednotlivými státy Evropy existuje rozdíl v pojetí psychiatrické péče. Mnoho zemí západní Evropy již snížilo počty lůžek a je snaha o tyto pacienty pečovat

v místních komunitách, kde pacienti s duševní poruchou žijí a pracují. Naplnění tohoto záměru je však velmi finančně, někdy i organizačně náročné. Stejným nebo podobným směrem se snaží jít i Česká republika. Cílem komunitní péče je pomoci lidem žít co nejvíce v podmínkách běžného života. Mezi postupy komunitní péče patří mimo léčby podpora sociálních rolí. Tato péče je od poloviny 20. století dominantním trendem. V roce 2007 již existovalo v České republice 29 neziskových organizací, které poskytují služby psychiatrické rehabilitace. Komunitní služby v ČR zaštiťuje Asociace komunitních služeb a FOKUS – sdružení pro péči o duševně nemocné. V současné době jsou to právě finanční důvody, proč je tento záměr realizován pomalu. Prozatím je většina duševně nemocných ošetřována v psychiatrických zařízeních. Úkolem zdravotníků je dbát na jejich spokojenost, která přispívá ke zlepšení zdravotního stavu, na dodržování etických kodexů, práv pacientů (příloha 2) a na uspokojování bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb. (5)

Hodnocení spokojenosti pacientů, a to i na psychiatrických pracovištích, je cennou zpětnou vazbou nejen pro management zdravotnických zařízení, ale hlavně pro veškerý ošetrovatelský personál.

Opakované výzkumy bohužel ukazují, že psychiatrie není ve srovnání s jinými lékařskými obory oceňována a nemá dostatečnou vážnost nejen mezi zdravotníky, ale i laiky. Jedním z důvodů je to, že se tento medicínský obor zabývá stigmatizovanými jedinci. (3)

Péče o pacienty byla v minulosti vedena paternalisticky. V současnosti tvoří základ vztahu sestra versus pacient rovnocenný vztah. Velmi důležité je zapojit pacienta do procesu péče. To znamená, že vyžadujeme od pacienta aktivní spoluúčast, spolurozhodování a domluvu se sestrou a oba se pak snaží společně sledovat a vyhodnocovat pacientovy potřeby. Daří se to tehdy, když sestra pacientovi nabízí intervence, které snižují stigma duševní poruchy, když systematicky řeší problémy pacienta prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Sestra by měla být schopna identifikovat individuální potřeby nemocného a reagovat na ně. Současně by měla reagovat také na potřeby jeho rodiny a blízkých osob.

Péče o pacienty s duševní poruchou se uskutečňuje vždy v týmu. Tým se zpravidla skládá z lékaře psychiatra, psychologa, nelékařů (sestry, sociální pracovnice, psychoterapeuti, fyzioterapeuti) a případně i dalších odborníků. (1, 3, 7)

2.3 Specifika práce sestry na psychiatrii

Práce sestry na psychiatrii je velmi specifická a její těžiště je od práce na jiných odděleních zcela odlišné. Pod vlivem společenských změn se upřednostňuje nedirektivní přístup. Ošetrovatelský režim je volnější. Je třeba, aby sestra znala individuální potřeby pacienta a poznala jeho problematiku. Jen tak se může podílet na zvyšování terapeutického působení. Důležité je navázání blízkého vztahu s pacienty, vytváření nových bezpečných struktur denního života. Provázení pacientů v jejich těžkých obdobích – to vše patří k denní činnosti sestry. Osobnostní předpoklady sestry ovlivňují kvalitu poskytované péče více než v jiných oborech. U sester pracujících na psychiatrii se vyžaduje nejen ohleduplnost, obětavost, trpělivost, vysoká odborná úroveň a lidskost, ale hlavně schopnost ovládat svoje emoce, zachovávat klid a rozvahu v každé situaci. Je zde velmi vysoký nárok na přizpůsobení ošetrovatelské péče individualitě pacienta. Správné vyhodnocení příčin pacientova chování umožní sestře držet patřičný odstup od pacienta. Hlavně při agresi vůči personálu a ostatním pacientům je třeba toto mít na mysli. Dále je třeba zvládat efektivní komunikaci, být schopen pomoci nemocnému získat důvěru v okolí, navázat kontakt s ostatními, dát prostor pacientům k vyjádření svých potřeb a problémů. Sestra je členem terapeutického týmu a účastní se psychoterapeutických aktivit. Od ošetrovatelské péče v psychiatrii pacient očekává hlavně neformální a lidský zájem o svoji osobu a pochopení svých potřeb a problémů. Proto je třeba v tomto oboru neustálého specializačního vzdělávání. (3)

Práce sestry vyžaduje citlivý, empatický postoj k „obtížným“ pacientům. Jednou z nepostradatelných dovedností sestry je zvládnutí získávání údajů od pacienta, mezi které patří rozhovor, pozorování, umění naslouchat. Specifická je i ošetrovatelská diagnostika v psychiatrii. Je nutná znalost symptomatologie duševních poruch, orientace v psychoterapii, znalost psychofarmak a jejich působení a vedlejších účinků a v neposlední řadě i znalost nových metod a přístupů v ošetrování pacientů, protože podle průběhu onemocnění je třeba volit vhodný model ošetrovatelské péče. (3, 7)

Sestra psychiatricky nemocné při své péči vede k samostatnosti, snaží se předcházet vzniku závislosti pacienta na zdravotnickém zařízení a zároveň se snaží o co nejmenší zásah do jejich sebezpečí. Kromě poskytování základní ošetrovatelské péče sestra vykonává další okruhy činností, mezi které patří sledování pacientů, kteří ohrožují sebe a okolí, podávání psychofarmak s nutností sledování jejich užití u

pacientů s problematickým přístupem k léčbě, zároveň sleduje nástup účinku, symptomy a případné příznaky předávkování. Nepostradatelná je také při asistenci při specifických druzích léčby, mezi které patří elektrokonvulzivní terapie a spánková deprivace. Sestra pracující na psychiatrii se musí orientovat v právní problematice zvláště v oblasti ochranné léčby a nedobrovolné hospitalizace. Zaměřuje se na resocializaci nemocných a podílí se na edukaci v oblasti duševního zdraví. (3, 8)

3 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je velmi často skloňované téma. O kvalitě života se začalo hovořit v ekonomii dvacátých let. Ve vyspělých státech bylo zjištěno, že ukazatelem spokojenosti není jen hojnost spotřebovaného, ale subjektivní prožitek, kde je rozhodující emocionální hodnocení.

Kvalita života není přesně definována, což je dáno její interdisciplinárností a různými metodologickými přístupy k jejímu pojetí a zkoumání. Vyskytuje se totiž v různých vědních disciplínách, jako je například mimo medicíny psychologie, sociologie, antropologie a třeba i ekologie. Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb. Přestože existuje celá řada definic kvality života, žádnou z nich nelze všeobecně akceptovat. Mají však jedno společné. Pojem by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince. Zároveň je na kvalitu života nahlíženo jako na více rozměrovou veličinu. Zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale v celkovém pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, ekonomické aspekty. (9, 10)

Komplexně se může kvalita života hodnotit ve třech hierarchicky odlišných sférách. V makro-rovině, kdy se jedná o kvalitu života velkých společenských celků. Problematika kvality života se v této rovině stává součástí základních politických úvah řešící např. problematiku boje s epidemiemi, hladomorem, chudobou. Dále v mezo-rovině, kdy jsou řešeny otázky kvality života malých sociálních celků. Další rovinou, která patří mezi nejjednoznačněji definované, je osobní nebo také personální rovina. Každý člověk v této dimenzi hodnotí kvalitu vlastního života. Zde pak do hodnocení kvality života vstupují osobní hodnoty jednotlivce, mezi které patří pojetí, naděje, očekávání, představy a přesvědčení. (11)

3.1 Dotazník kvality života

K hodnocení kvality života u pacientů jsou používány dotazníky, které kvantifikují dopad nemoci na běžný život pacientů standardizovaným postupem. Účelem měření není zjištění přítomnosti a závažnosti symptomů onemocnění. Důraz je kladen na to, jak je léčba prožívána. Byla vytvořena celá řada dotazníků ke zvyšování kvality života. Základní oblasti zkoumané v dotaznících vytvářejí nebo ovlivňují kvalitu života. Jedná se o sledování těchto oblastí:

1. fyzikální funkce – soběstačnost, mobilita
2. emocionalita – deprese, lítostivost, pocit strachu
3. sociální funkce – vztahy v rodině, náplň volného času, vztahy k okolí
4. práce, domácí práce
5. bolest
6. spánek a jeho kvalita
7. symptomy specifické pro dané onemocnění (9)

Efektivnost léčby duševních poruch bývá obvykle vyjadřována ústupem psychopatologických jevů. Léčebnými postupy sice potlačíme rozvoj onemocnění, ale je třeba v konečné fázi zlepšit život nemocného. Jednou z hodnotících škál kvality života používaných v psychiatrii je škála Q-LES-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction), která vznikla v USA. Tato škála (dotazník) je široce využívána v různých diagnostických skupinách. Pacient vyplňuje tento dotazník samostatně, eventuálně s pomocí zdravotníka. Obsahuje 93 otázek, které jsou rozděleny do 8 dimenzí a jsou zodpovídaný pomocí pětibodové škály. Dimenze týkající se fyzického zdraví, volného času, sociálních vztahů, pocitů a celkového pohledu na kvalitu života hodnotí všichni pacienti. Zbýlé tři „Škola“, „Práce“ a „Domácnost“ vyplňují pouze pacienti, kteří jsou schopni tyto činnosti vykonávat. První studie v ČR byla provedena ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové na Psychiatrické klinice. Po zpracování byla vytvořena finální forma. Dotazník byl validován pro diagnózu depresivní poruchy. (9, 12)

4 KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE

Otázky zajišťování kvality obecně a zvláště pak nemocniční péče byly rozpracovány a ověřovány v USA a později se jim věnovaly i západoevropské země. V roce 1974 byly americkým kongresem vytvořeny první organizace, které se věnovaly tvorbě a posuzování profesionálních standardů.

Zájem o kvalitu péče se postupně přenesl i do Evropy a koncem osmdesátých let bylo zajišťování kvality péče v řadě vyspělých evropských států zabudováno do zdravotnické legislativy. Odlišností evropských států od USA bylo to, že iniciátory zlepšování kvality byli v první řadě sami lékaři a zdravotničtí pracovníci, a teprve v druhé řadě instituce zdravotníků, nemocenského pojištění a státu.

Chceme-li se zmínit o snaze zlepšování kvality péče v České republice, je třeba podotknout, že i v minulém systému našeho zdravotnictví se již vyskytovaly některé známky zajišťování kvality péče. Je možné zmínit proočkovanost, analýzy kojenecké úmrtnosti, komise pro účelnou farmakoterapii, klinickopatologické semináře a dále například zřízení funkcí hlavních, krajských a okresních odborníků a jejich metodické listy. Většina těchto činností nebyla veřejnosti známa a lékaři na ně nahlíželi jako na institut nařizování. Ošetrovatelského hlediska se téměř nedotýkala. (13)

Jednotlivé odborné společnosti vykonaly jak v minulosti, tak v současnosti mnoho pro zvyšování odbornosti svých členů a tím i pro kvalitu zdravotní péče, která se začala sledovat, hodnotit a měřit od 90. let 20. století. Důležitým prvkem správného hodnocení ošetrovatelské péče je odpovídající kvalifikace hodnotitelů. Základní znalosti o kvalitě zdravotní péče získají všeobecné sestry již v kvalifikačním vzdělávání, dále pak ve specializačním vzdělávání, kde jsou v odborném modulu zařazeny předměty Moderní management v ošetrovatelské péči a Kvalita a bezpečí zdravotní péče. Kontinuální vzdělávání sester je jedním z nástrojů, které ovlivňují úroveň kvality ošetrovatelské péče. Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče se věnují i odborná sdružení nelékařů, mezi které patří Česká asociace sester. Je třeba zmínit i aktivity ministerstva zdravotnictví, které v roce 1996 zřídilo Oddělení kvality péče. Také Asociace nemocnic České republiky má velké zásluhy na rozvíjení zlepšování kvality péče.

Zajišťování kvality je tedy spjata s růstem profesionality a efektivity péče. Výzkumy ukazují, že ve vyspělých státech je zajišťování a sledování kvality věnována stále větší pozornost. Zatímco na začátku sedmdesátých let bylo zajišťování kvality

považováno pouze za otázku klinické znamenitosti, v devadesátých letech se stává soustavné zlepšování kvality nedílnou součástí nebo dokonce předpokladem manažerské vyspělosti a kultury. V současné době to nejsou jen manažeři nemocnic a vědečtí pracovníci, ale i zdravotničtí pracovníci, kteří si uvědomují urychlenou potřebu vytvoření systému, který se soustředí na úroveň poskytované péče. (13, 14)

Kvalita zdravotní péče se staví na první místo mezi tradiční hodnoty zdravotní péče. S růstem nových poznatků bohužel narůstají i finanční náklady na zdravotní péči. Vedle otázek účinnosti se tedy dostávají do popředí ekonomické otázky, otázky efektivnosti, medicínské účelnosti, dostupnosti a v současnosti i bezpečnosti poskytované péče. (13) Ministerstvo zdravotnictví podporuje všechny aktivity, které vedou ke zkvalitnění zdravotní péče. (15) Proto postupně zavedlo a zavádí systémová opatření, vedoucí k zajištění vyšší bezpečnosti pacientů i vyšší kvalitě poskytované péče. Jedním z opatření je vyhlášení Resortních bezpečnostních cílů, které jsou součástí kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období let 2010-2012. Resortní bezpečnostní cíle vychází z Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně infekcí spojených se zdravotní péčí a jednotlivých doporučení WHO Světové aliance pro bezpečnost pacientů. Cíle byly přizpůsobeny národním podmínkám. (16)

Při zajišťování a řízení kvality je vyvoláváno stále více otázek, zejména - co rozumíme kvalitou zdravotní péče, jak může být kvalita měřena a kdo má kvalitu měřit. Dále jaké jsou vztahy mezi kvalitou a náklady zdravotní péče a způsobem financování zdravotní péče, mezi kvalitou a řízením péče a v neposlední řadě mezi kvalitou a spokojeností pacientů a občanů. (13)

Podle Donebediana kvalita zdravotní péče obsahuje tři vzájemně spjaté prvky:

- struktura péče – zahrnuje klienty (jejich počet, skladbu diagnóz aj.), poskytovatele zdravotních služeb (počet zdravotnických zařízení, jejich rozmístění, kvalifikace zdravotnických pracovníků) a zdroje (lidské, technické vybavení, způsob financování aj.),
- vlastní proces – například diagnostické a léčebné postupy a jednání zdravotnických pracovníků s pacienty,
- výstupy a výsledky péče - například změny v současném a budoucím zdravotním stavu klienta. Možná hlediska hodnocení: délka pobytu v nemocnici, zdraví (fyzické a psychické), aspekty výkonnosti (postoje klienta včetně spokojenosti), kvality života a délka dalšího života.

Dále vyvstávají nejčastější otázky, jak může být kvalita poskytované péče zlepšována v jednotlivých oborech a jednotlivých zařízeních a jak vše monitorovat, jaké metody zlepšování kvality se ve světě osvědčily, jaké metody by bylo vhodné používat. Významné místo v hodnocení péče mají indikátory a standardy. Monitorování je důležitým krokem pro správný výběr a zvažování projektů zlepšování kvality. (17)

4.1 Definice kvality zdravotní péče

Podle Gladkého můžeme systém kvality definovat jako: „*Souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž pečují.*“ (17, s. 289) Systém kvality je tedy tvořen celou škálou postupů, sběru informací, standardů a hodnocení všeho, co ve zdravotnictví chápeme jako zdravotní péči a zdravotnické služby.

V literatuře najdeme mnoho dalších definic kvality, což znamená, že definovat kvalitu je obtížné. Světová zdravotnická organizace definuje zdravotní péči v roce 1966 jako: „*Souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě věd a praxe.*“ (13, s. 12)

Kvalitu péče definovali například Donabedian, Williamson, americká Medicare a další. Jedna z novějších definic WHO říká: „*Kvalita péče je stupeň dokonalosti poskytování zdravotní péče ve vztahu k současné úrovni znalostí a technologického vývoje.*“ (13, s. 13)

Definice kvality je ve svých principech jedinečná v návaznosti na obsažené hodnoty v rámci dané profesionální i etnické kultury. Je tedy nemožné definovat kvalitu péče a nezvažovat při tom hodnoty, které tvoří pozadí konkrétní individuální společenské a profesionální situace. Je velké množství profesionálně určených dimenzí kvality péče a je nutno dodat, že se v průběhu času mění a rostou a jejich definice se mění s poznatky a objevy moderní doby. Člověk, který hodnotí kvalitu, ať je to pacient, zdravotník či manažer, každý má rozdílné priority péče. A protože kvalita je relativní, může být neustále zvyšována, což je středem všech iniciativ v této oblasti. Úkol manažerů zdravotnických zařízení v procesu zlepšování kvality se tak přesouvá od

prostého sledování plnění úkolů k systémovým změnám, které přinášejí zlepšení. (13, 17)

„Správní lidé a dokonalé procesy vytvářejí kvalitní zdravotní služby.“ (13, s. 172)

4.2 HealthCare Institute

Tato nezisková organizace pomáhá zvyšovat kvalitu péče o pacienty ve zdravotnických zařízeních, zejména pak v nemocnicích ČR. Kvalitu hodnotí nejen ve smyslu porozumění zdravotnického personálu pacientům, ale také v oblasti dodržování Kodexu Práv pacientů. Tato organizace provedla první celostátní průzkum kvality poskytované péče a služeb. Průzkumy jsou prováděné jednotnou metodikou. Pacienti tak mohou srovnávat kvalitu péče ve zdravotnických zařízeních. (18)

5 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Kvalita má velký význam všude, ve zdravotnictví obzvlášť. Čím je dána kvalita? Je dána kulturním a sociálním prostředím. Kvalitní služba je vlastně výsledek konsenzu mezi zdravotníky a pacienty a ostatními zúčastněnými, jako je vláda, ministerstvo, které kontrolují zdroje. V minulosti byly možnosti nelékařů ovlivňovat kvalitu zdravotní péče výrazně omezeny. Řadu let totiž převládaly pouze biomedicínské definice zdraví. Ty rovněž určovaly, co je a není ve zdravotnictví důležité. Velmi důležité je zajištění kvality ošetrovatelské péče. (19) Nelékaři tvoří největší skupinu poskytovatelů a mají v systému péče nezastupitelnou úlohu. V potřebě zajištění kvalitní péče je nutné definovat kvalitní péči, která však musí být měřitelná na základě objektivních kritérií. Kritéria jsou zpravidla vyjádřena ve standardech, podle nichž se poskytovaná ošetrovatelská péče posuzuje. Ošetrovatelským standardem se rozumí předem dohodnutá profesní norma kvality. Ošetrovatelské standardy musí stanovit oblast péče, které se týká, kritéria požadované kvality nebo normy, dále pak způsob hodnocení dosažené kvality a v neposlední řadě metodiku kontroly. Management zařízení je povinen pravidelně hodnotit ve svém zařízení výsledky sledování kvality poskytované péče, mezi které bezpochybně patří spokojenost pacientů s ošetrovatelskou

pěčí, profesionální přístup nelékařů k pacientům a organizace práce nelékařů. To vše je hodnoceno pomocí ošetrovatelského auditu.

Auditem také posuzujeme, zda je ošetrovatelský standard stále platný, či zda je třeba provést změny. Audit je jednoznačně nedílnou součástí managementu kvality a sestra je důležitým členem auditního týmu. K tomu potřebuje mít odbornou způsobilost auditora, kterou získá absolvováním školení, nezbytná je i dostatečná praxe. Odborná způsobilost zahrnuje znalosti norem, standardů, terminologie a dovednosti používat nástroje pro vyhodnocování auditů, zpracování metodiky apod.. Sestra jako auditorka má nejen velkou odpovědnost za přípravu požadované dokumentace před auditem, za jeho organizaci a včasné vypracování zprávy, ale má také pravomoci sestavovat auditní tým, vyžádat si experta, seznámit se s dokumentací v prověřované oblasti, definovat neshody a předčasně ukončit audit, pokud jsou překážky. (35)

Nejčastěji je kvalitní ošetrovatelská péče charakterizovaná několika znaky:

V zemi, ale i v konkrétním zařízení existuje jasná koncepce ošetrovatelství, péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu, je odvozena od potřeb pacienta, práce v zařízení je týmová, ošetrovatelský personál je dobře motivovaný a odborně připravený, tým si stanovil reálné cíle, ošetrovatelský personál dodržuje profesionální etický kodex. Péče je poskytována na vědeckých základech a jsou do péče aktivně zapojeni pacienti. Existuje účinná mezioborová spolupráce. (20, 21)

Kvalitní péče o pacienty rovněž závisí na celoživotním vzdělávání všech zdravotnických pracovníků. Studie ukazují a dokládají, že indikátory kvality péče jsou snižovány právě pomocí průběžného vzdělávání sester. Zajištění dostatečného vzdělávání má také dopad na spokojenost pacientů. (15)

5.1 Spokojenost pacientů

Spokojenost pacientů je jedním z ukazatelů – indikátorů kvality zdravotních služeb. V současnosti je standardně užívaným měřítkem, podle kterého se kvalita péče hodnotí. Jelikož je dnes pacient nazýván klientem nebo konzumentem, tak právě toto označení podtrhuje novou orientaci ve zdravotnictví. Poskytují se zdravotnické služby a ty znamenají snahu o docílení spokojenosti pacienta. To znamená, že poskytování zdravotní péče by mělo být zaměřeno na uspokojování potřeb pacientů. (22)

Kdo všechno má zájem, aby byl pacient spokojen? Je to on sám, ale i zdravotnické zařízení, pojišťovny, pochopitelně rodina, příbuzní, známí. Pod pojmem spokojenost si určitě každý představí něco jiného. Je tedy nutné si ujasnit a upřesnit, co chceme měřit, jak spokojenost měřit a co všechno tuto spokojenost ovlivňuje.

Jak definujeme spokojenost? Literatura uvádí, že míru spokojenosti lze definovat jako matematický vztah, kdy spokojenost se rovná vnímané hodnotě – splněné očekávání. Lze tedy říci, že je-li očekávání větší než je vnímaná hodnota, pak výsledky spokojenosti jsou negativní. Má-li však opačný výsledek, spokojenost nabývá kladných hodnot. Spokojenost se tedy může chápat jako výsledek porovnání osobní zkušenosti s očekáváním. Podle psychologického slovníku je spokojenost „*příjemný pocit z dobrých vztahů a dobře vykonané činnosti.*“ (23, s. 556). Podle medicínského slovníku je spokojenost pacientů se zdravotní péčí uváděna jako stav, při kterém dochází ze strany pacienta k hodnocení účinnosti, přijatelnosti a přiměřenosti zdravotnických služeb ve srovnání s očekáváním, představami a zkušenostmi. (24)

5.1.1 Faktory ovlivňující spokojenost pacientů

Faktory, které spokojenost ovlivňují, můžeme rozdělit do čtyř okruhů:

1. sociodemografické proměnné – vzdělání, pohlaví, rodinný stav, věk, zaměstnání, etnická příslušnost
2. psychologické proměnné – životní zkušenosti, očekávání a požadavky klienta
3. zdravotní proměnné – akutní a chronická onemocnění, pacientův zdravotní stav, četnost návštěv v zařízení
4. externí faktory – rodina a přátelé klientů, prezentace zdravotnictví a její reformy, sdělovací prostředky

Problematiku měření kvality péče je třeba formovat do různých oblastí. Co pacienti chtějí, co oceňují a čeho si váží a co pomáhá a následně brání ve schopnosti pacientů zvládat zdravotní potíže. Dále pak jaké aspekty zdravotní péče jsou pro pacienty a jejich rodinné příslušníky nejdůležitější? Výsledkem těchto otázek je osm různých dimenzí, které se významným způsobem podílejí na tom, zda se cítí pacient po kontaktu se zdravotnickým zařízením spokojený či naopak. Touto problematikou se v současné době zabývá a využívá společnost STEM/MARK a.s. (25)

5.2 Dimenze kvality péče

Dimenze kvality zdravotní péče jsou v podstatě definované oblasti péče o pacienta. Žádná z těchto dimenzí nehodnotí vlastní medicínský výkon. Pacient totiž hodnotí jen to, k čemu je schopen se vyjadřovat. Jednotlivé dimenze se týkají:

- Přijetí do nemocnice - výsledky průzkumu popisují jako častý zdroj nespokojenosti nemocných opoždění péče.
- Respekt, ohled, úcta - výsledky se věnují popisování pocitu anonymity a ztráty identity.
- Koordinace a integrace péče.
- Informace, komunikace a vzdělávání - klienti se v této dimenzi často obávají, že nebudou dostatečně informováni o nemoci a prognóze.
- Tělesné pohodlí - nemocní zde zdůrazňují pocit strachu z vybavení nemocnic, oceňují čistotu, pohodlí a příjemné prostředí. Zároveň i zachování intimity.
- Citová opora - je velmi důležitá při zmírnění strachu a úzkosti.
- Zapojení rodiny a přátel – nemocní se zde spoléhají na rodinné příslušníky a nejbližší přátele a zároveň se obávají jejich ztráty v případě onemocnění.
- Propuštění a pokračování péče - může být stejně obtížné jako přijetí. Někteří klienti vyjadřují obavy z užívání léků a jejich vedlejších účinků mimo dohled zdravotníků.

Společnost STEM/MARK doplňuje tyto dimenze ještě o měření kvality života. Kvalita života je měřena pomocí pěti ukazatelů fyzického a psychického zdraví pacienta. (25)

Je empiricky ověřeno, že úroveň spokojenosti pacienta je závislá v první řadě na jeho onemocnění a na tom, jaký typ péče mu byl z medicínského hlediska poskytnut. Pokud má pacient negativní zkušenosti se zdravotnickým zařízením, i to se významným způsobem podílí na jeho hodnocení. Co všechno však ovlivňuje jeho očekávání od určité kvality je velmi těžko určitelné. Míra spokojenosti pacientů potom formuje jejich další chování ve vztahu ke zdravotnictví. (22)

5.3 Zkušenosti ze světa

Za nejznámější autority působící v oblasti sledování spokojenosti klientů jsou považováni Harvey a Jean Pickerovi. Výsledky zjišťování spokojenosti pacientů sledované ve Spojených státech amerických do poloviny 80. let 20. století neodpovídaly skutečnosti, neměly žádnou vypovídací hodnotu a neposkytovaly zpětnou vazbu pro zlepšování služeb. Proto v roce 1987 vzniká za asistence dalších institucí Pickerův institut, který zaměřil svoji činnost na zlepšování kvality péče právě systematickým výzkumem. Poznatky tohoto institutu se staly základem pro světový standard zabývající se měřením výkonů zdravotnických zařízení očima pacientů. (25)

5.4 Projekt Kvalita očima pacientů

Zdravotnická zařízení v České republice reagovala na spontánní krok, kdy si sami pacienti začali vynucovat vyšší kvalitu péče a vzájemně si vyměňovat informace o zkušenostech s různými zdravotními institucemi. Postupně se touto problematikou začal zabývat management většiny nemocnic. V posledních dvanácti letech se tento výzkum neustále vyvíjel. Každé zařízení však mělo rozdílnou metodiku měření. Proto v letech 2000 - 2001 vznikla iniciativa ve Sdružení fakultních nemocnic sjednotit monitoring spokojenosti pacientů. Propagátorem této myšlenky byl PhDr. Miroslav Bílek z Centra řízení kvality péče ve Fakultní nemocnici Plzeň. Ministerstvo zdravotnictví podpořilo tvorbu standardizované metodiky projektu „*Kvalita očima pacientů*“. V současnosti jsou mezi zdravotnickými zařízeními pouze výjimky, které se této problematice, tedy sledování spokojenosti pacientů, nevěnují. (25)

Projekt měření se stal součástí Národní politiky podpory jakosti. Zároveň je v souladu s programem WHO „Zdraví 21“ a požadavkem Evropské unie zavádět systém kontinuálního rozvoje kvality. Tento výzkum patří mezi významné metody hodnocení kvality péče. (26)

5.5 Spokojenost psychiatrických pacientů

Při hodnocení spokojenosti psychiatrickými pacienty je nutné si uvědomit, že asi 10% pacientů je hospitalizováno proti své vůli – nedobrovolně. Převážně jsou hospitalizováni z iniciativy příbuzných nebo nařízení orgánu policie či soudu. Pouze polovina pacientů také uzná, že přijetí k hospitalizaci bylo adekvátní momentálnímu zdravotnímu stavu. Důležitým poznatkem pro psychiatrii je mezinárodní porovnání, ze kterého vyplývá, že spokojenost psychiatrických pacientů v České republice je buď stejná nebo dokonce vyšší než spokojenost pacientů psychiatrických center v zemích Evropské unie. (27)

6 ORGANIZACE, KTERÉ SE ZABÝVAJÍ A KONTROLUJÍ KVALITU PÉČE VE ZDRAVOTNICTVÍ

6.1 Spojená komise pro akreditaci zdravotnických organizací

V kolébce akreditací nemocnic (v USA) se o tento proces stará JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations. Počátky této organizace jsou zmiňovány již rokem 1910. Cílem organizace je zvyšovat kvalitu péče. Tato organizace provádí v USA pravidelně více jak 20 tisíc certifikací. Svoji činnost rozšířila z nemocnic i na ostatní zdravotnická zařízení. Proto, aby se mohla akreditace uplatňovat mimo USA, vznikla dceřinná společnost JCAHO - JCIA .

6.2 Spojená komise pro mezinárodní akreditaci

Od roku 1994 provádí JCIA (Joint Commission International Accreditation) konzultační činnost téměř ve 40 zemích. Podle standardů, které byly vytvořeny v roce 1999 bylo již akreditováno ve světě 42 nemocnic, v Evropě 28. Na podkladě spolupráce mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR, Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně a Českou lékařskou komorou se i v České republice rozběhl v roce 1998 rozsáhlý proces přípravy zdravotnických standardů, a byla ustanovena Spojená akreditační komise Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic. V České republice byla JCI akreditována tato zdravotnická zařízení:

Ústřední vojenská nemocnice v Praze, Fakultní nemocnice v Ostravě, Nemocnice na Homolce v Praze a Ústav hematologie a krevní transfúze v Praze.

6.3 Spojená akreditační komise

SAK vznikla v roce 1998. Jejím úkolem a cílem je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v České republice. Dále se odborně věnuje zdravotnickým zařízením připravujícím se na akreditaci, vydává národní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení. Neméně významnou činností je organizování vzdělávacích akcí zaměřených na problematiku kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů. Komise původně vypracovala padesát akreditačních standardů. S narůstajícími požadavky na některé oblasti jako je dodržování Práv pacientů, nutriční péče, hygienicko-epidemiologická problematika, ošetrovatelský proces apod. byly vydány nové standardy v počtu sedmdesát čtyři a jsou platné od 1. září 2009. V těchto standardech je mimo jiné zaneseno i sledování spokojenosti pacientů. (32)

6.4 Mezinárodní organizace pro tvorbu norem

ISO je mezinárodní organizace pro normalizaci, jejímž cílem je koordinovat uspořádání a publikování schválených norem v oblasti systému řízení kvality. Založena byla v Ženevě. V roce 1987 vydala první soubor mezinárodně platných norem.

Série, která se zabývá kvalitou ve zdravotnictví:

ISO 9001 – systém managementu kvality (QMS)

ISO 9004 – systém řízení kvality

ISO 9001:2000 – sjednocuje všechny standardy série 9000 a je zaměřena na procesy, zákazníka a na zaměstnance, dokumentaci a kontinuální zvyšování kvality.

Je zapotřebí si uvědomit, že certifikace podle ISO 9001 není posudek odborné způsobilosti, ale posouzení systému řízení kvality vedoucí organizace k excelenci, kvalitě a ekonomické výkonnosti.

6.5 Další instituce zabývající se touto problematikou

Další institucí zabývající se danou problematikou je např. NASKL – Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře při České lékařské společnosti J. E. Purkyně, Český institut pro akreditaci, o.p.s založený vládou ČR (ČIA), SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv - státní organizace, která dohlíží na výrobu, distribuci, skladování léčiv a provádí certifikaci lékáren. Státní ústav pro jadernou bezpečnost (SÚJB), který vykonává státní správu a dozor při využívání jaderné energie i ionizujícího záření v oblasti radiační ochrany. V listopadu 2011 vznikla na základě příkazu ministra zdravotnictví č. 30/2011 pracovní skupina pro Bezpečí pacientů a kvalitu zdravotní péče. Skupina je iniciačním orgánem a stala se platformou pro výměnu informací o aktuální činnosti v oblasti bezpečnosti pacientů a kvality zdravotní péče v České republice. Byla zřízena na základě Doporučení Rady EU a Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 – 2012. (33, 34)

7 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO PRACOVÍŠTĚ

Psychiatrická léčebna v Dobřanech je státní příspěvkovou organizací v přímé řídicí působnosti Ministerstva zdravotnictví, je samostatným právním subjektem. Organizace je odborným lůžkovým zdravotnickým zařízením, které zabezpečuje především dlouhodobou léčbu a léčebnou rehabilitaci psychicky nemocným pacientům všech věkových kategorií v návaznosti na akutní psychiatrickou léčbu. Diferencování péče je zajištěno prostřednictvím specializovaných oddělení, jako jsou pedopsychiatrie, gerontopsychiatrie, oddělení pro léčbu závislostí, oddělení somatická pro psychicky léčené pacienty – neurologické, plicní, interní. Léčebna zaměstnává 70 lékařů, 686 NELZP, 12 klinických psychologů. Celkový počet fyzických zaměstnanců činí 987.

Je druhým největším zařízením svého typu v České republice a má své pevné místo v systému zajištění lůžkové péče o psychiatricky nemocné pacienty. Tak jako opakovaně v minulosti, tak i v současné době, docházelo k profilizaci lůžek, k nutným úpravám a modernizací pavilonů spolu s jejich zařízením, doplňování odborného personálu se zájmem o obor, což dává předpoklad, že léčebna bude i do budoucna na předním místě v zajišťování psychiatrické péče.

Léčebna disponuje 1210 lůžky rozdělenými na 29 oddělení. Z toho je jedna třetina oddělení otevřených. Tato oddělení jsou určena pro pacienty k doléčování

psychotických stavů, afektivních a neurotických poruch, poruch osobnosti, okrajově i poruch příjmu potravy. Dále jsou na otevřená oddělení přijímáni pacienti k léčbě alkoholismu a patologického hráčství (příloha 3). Léčba těchto pacientů má v psychiatrické léčebně velkou tradici. Na uzavřená oddělení jsou přijímáni pacienti k léčbě akutních psychotických poruch, závažných depresivních poruch a manických fází psychóz spojených s ohrožením sebe nebo okolí, stavy spojené s agitovaností a negativismem (příloha 4). Na uzavřená oddělení jsou také přijímáni pacienti nedobrovolně hospitalizovaní a pacienti s nařízenou ochrannou ústavní léčbou.

K dalším činnostem léčebny patří tedy i výkon ochranných léčeb a hospitalizace osob v rámci soudně znaleckého pozorování. Dále zajištění preventivní péče pro zaměstnance, zajištění ambulantní péče, výkon ekonomické, provozní, technické, investiční, administrativní a další obdobné činnosti v rozsahu potřebném pro funkčnost zařízení. Léčebna má vlastní kuchyň, prádelnu, dopravní sanitní službu, údržbu. Psychiatrická léčebna získala jednu z cen „Českých 100 nejlepších“, v kategorii zdravotnictví se umístila mezi šesti nejlepšími z celé České republiky. Ocenění převzal na Pražském hradě ředitel léčebny MUDr. Vladislav Žižka. (36)

PRAKTICKÁ ČÁST

8 FORMULACE PROBLÉMU

Úkolem managementu zdravotnických zařízení je nastavení systému kontinuálního zvyšování kvality poskytované péče, jehož součástí je sledování spokojenosti pacientů. Na základě výsledků dotazníkového šetření je nutno průběžně provádět opatření ke zlepšení či nápravě.

9 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Cílem práce je zjistit míru spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí v Psychiatrické léčebně v Dobřanech a porovnání spokojenosti pacientů s péčí na uzavřených a otevřených odděleních.

9.1 Dílčí cíle

1. Zjistit spokojenost pacientů s organizací při přijetí do léčebny
2. Zjistit spokojenost pacientů s ošetřujícím lékařem
3. Zjistit spokojenost pacientů s NELZP
4. Porovnat spokojenost s kvalitou péče u pacientů z otevřených a uzavřených oddělení
5. Zjistit spokojenost pacientů s poskytovanými službami

10 METODIKA

Práce byla zpracována formou kvantitativního výzkumu, technikou dotazníku (příloha 5). Dotazník byl pacientům předán na oddělení jeden den před propuštěním nebo v den propuštění. Dotazníky byly anonymní. Respondenti měli možnost vhodit vyplněný dotazník do uzamčené schránky u východu z léčebny. Bylo jich rozdáno 200. Zpět se jich vrátilo 195, návratnost tedy činila 97,5%. Po mechanickém zpracování bylo vyřazeno 8 dotazníků z důvodu nesprávného nebo neúplného vyplnění dat. Ke statistickému zpracování bylo použito 187 dotazníků.

Dotazníky byly sestaveny z 27 uzavřených otázek. Nabízeny byly jak konkrétní odpovědi, tak odpovědi s použitím stupnice 1 – 5. Z důvodu obsáhlosti dotazníku nebyly použity demograficky zaměřené otázky. Dotazník byl rozdělen na jednotlivé oblasti. Oblasti prvního kontaktu se zařízením při přijetí se týkaly otázky č. 1 – 4. Pobyt v léčebně hodnotili pacienti v otázkách č. 5 – 8. Spokojenosti s lékaři se týkaly otázky č. 9 – 12. Otázkami č. 13 – 15 byli hodnoceni NELZP. Na zdravotní péči byly zaměřeny otázky č. 16 – 21. Otázky č. 22 a 23 se týkaly edukace. Obecné hodnocení mohli klienti zaznamenat v otázkách č. 24 - 27. V závěru dotazníku měli pacienti možnost slovního vyjádření, námětů a návrhů týkajících se kvality péče a spokojenosti v léčebně.

Průzkumné šetření probíhalo v měsících listopad 2011 až leden 2012. Výsledky byly zpracovány metodami popisné statistiky. Pro přehlednost jsou výsledky prezentovány v grafech, které byly zpracovány pomocí programu MS Excel.

11 HYPOTÉZY

- H 1: S organizací a průběhem přijetí do léčebny jsou více spokojeni pacienti přijímaní na otevřená oddělení.
- H 2: Pacienti jsou spokojeni s ošetřujícím lékařem.
- H 3: Pacienti jsou spokojeni s NELZP.
- H 4: Obecná spokojenost s kvalitou poskytované péče u pacientů z otevřených oddělení je větší než u pacientů z uzavřených oddělení.
- H 5: S poskytováním služeb jsou častěji spokojeni pacienti z otevřených oddělení.

12 VZOREK RESPONDENTŮ

Vzorek respondentů tvořili pacienti z otevřených i uzavřených oddělení PL v Dobřanech. Jednalo se o pacienty, u kterých již bylo rozhodnuto o dimisi.

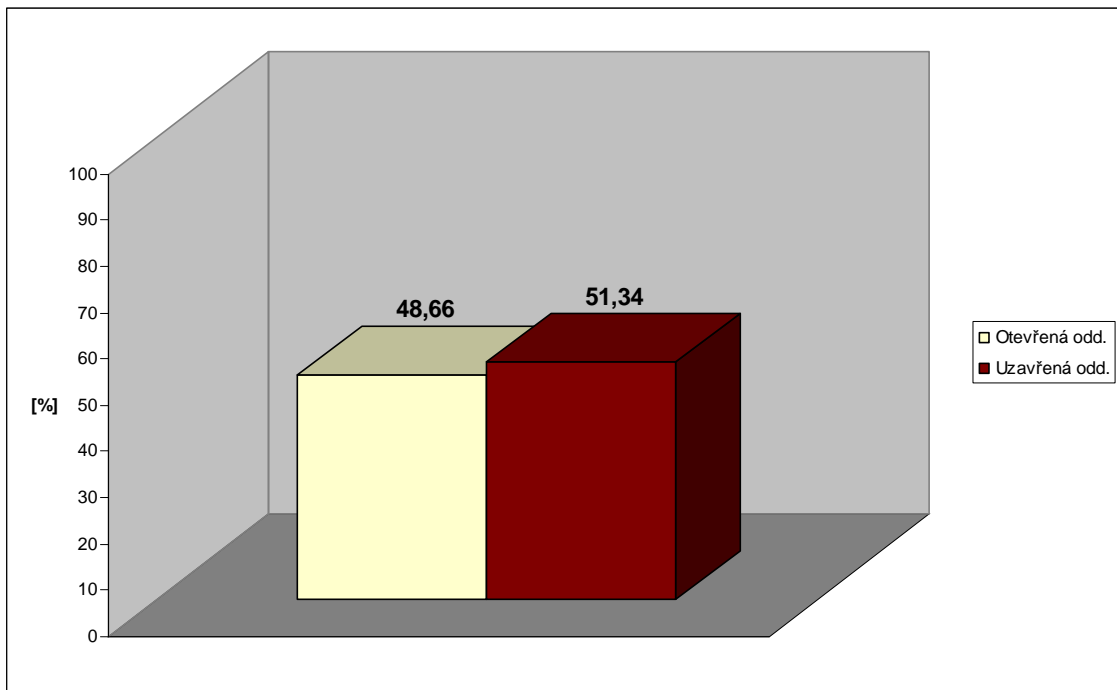
Z celkového počtu validních dotazníků bylo 91 od pacientů z otevřených oddělení a 96 z uzavřených oddělení. Do průzkumného šetření nebyli zahrnuti pacienti z dětského oddělení z důvodů věku a gerontopsychiatrickí pacienti. Dotazníky by neměly z důvodu diagnózy dostatečnou validitu.

13 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázka č. 1:

Na jakém typu oddělení jste se před propuštěním léčil/a?

Graf 1 - Typ oddělení

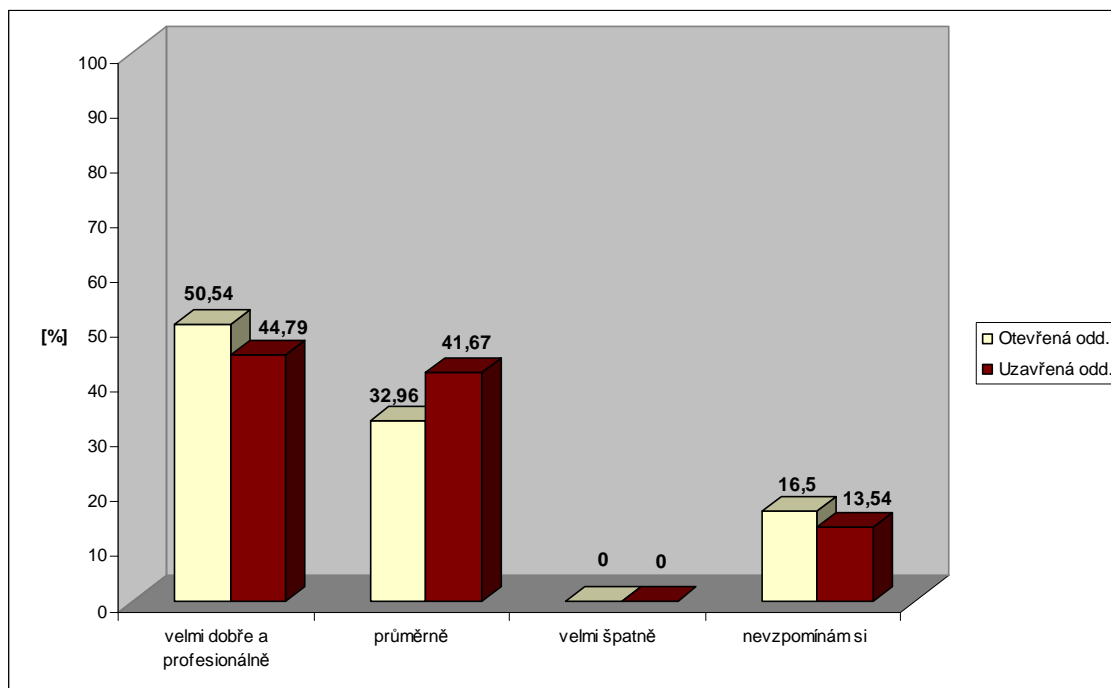


Z celkového počtu 187 (100%) respondentů je 91 (48,66%) z otevřených oddělení a 96 (51,34%) z oddělení uzavřených.

Otázka č. 2

Jak na Vás působil první kontakt se zařízením na centrálním příjmu?

Graf 2 - První kontakt se zařízením



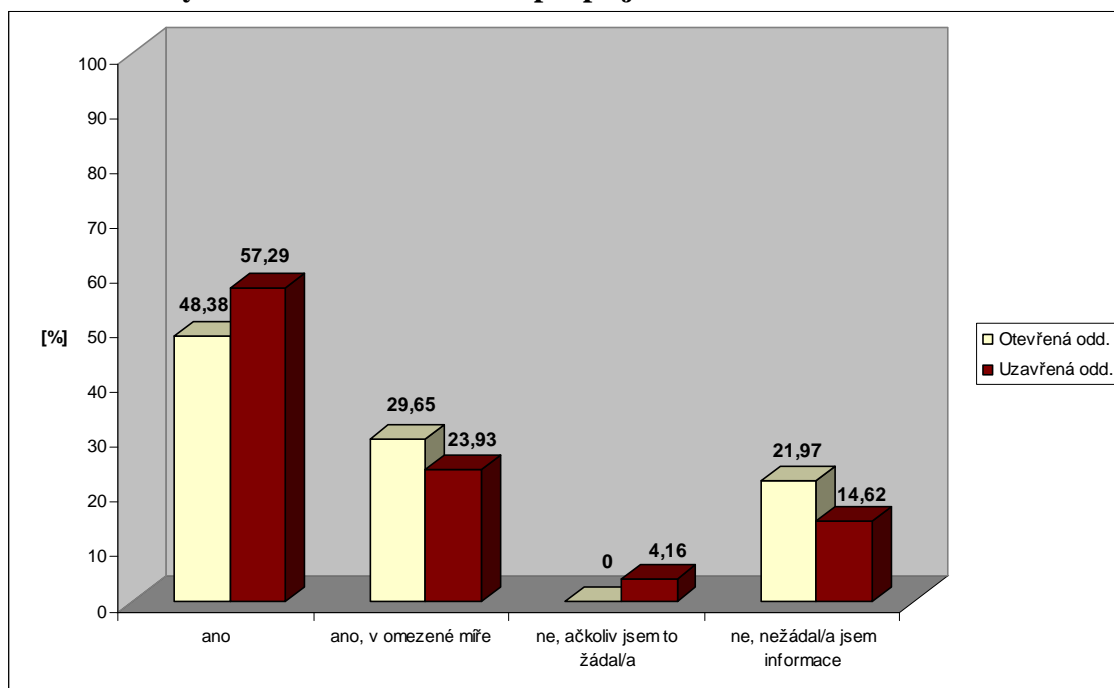
Graf ukazuje, že z celkového počtu pacientů na otevřeném oddělení hodnotí první kontakt se zařízením *velmi dobře a profesionálně* 46 (50,54%), *průměrně* 30 (32,96%), *velmi špatně* 0 (0%). 15 (16,5%) pacientů *si nevzpomíná*.

Z uzavřených oddělení jsou výsledky následující: odpověď *velmi dobře a profesionálně* zvolilo 43 (44,79%) pacientů, *průměrně* 40 (41,67%), *velmi špatně* 0(0%) a *nevzpomínám si* 13 (13,54%) pacientů.

Otázka č. 3

Dostal/a jste během přijetí na oddělení od lékaře dostatek informací o svém zdravotním stavu a dalším průběhu Vaší léčby?

Graf 3 - Poskytnutí informací lékařem při přijetí



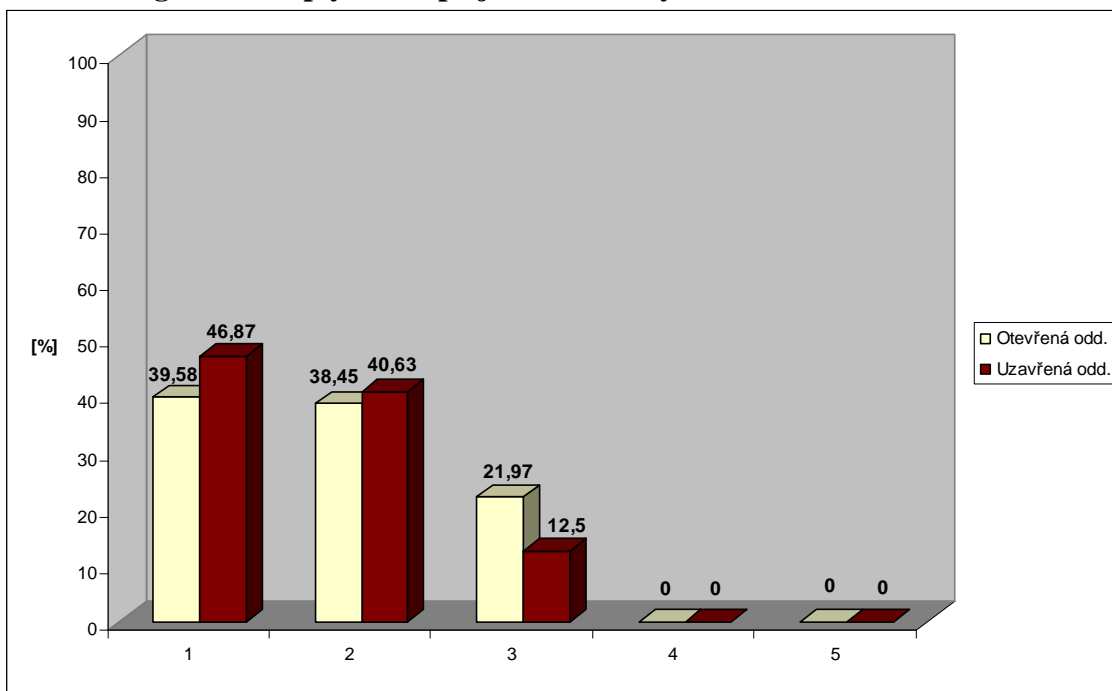
Z grafu vyplývá, že 44 (48,38%) pacientům z otevřených oddělení bylo poskytnuto dostatek informací při příjmu, 27 (29,65%) v omezení míře, žádný pacient se nesetkal s tím, že by nedostal žádné informace a 20 (21,97%) pacientů informace nežádalo.

Dále vyplývá, že na uzavřených odděleních dostatek informací mělo 55 (57,29%) pacientů, 23 (23,93%) je dostalo v omezené míře, 4 (4,16%) je nedostali, i když je žádali a 14 (14,52%) pacientů nežádalo informace.

Otázka č. 4

Zakroužkujte, jak byste oznámkoval/a organizaci a plynulost Vašeho přijetí do léčebny.

Graf 4 - Organizace a plynulost přijetí do léčebny



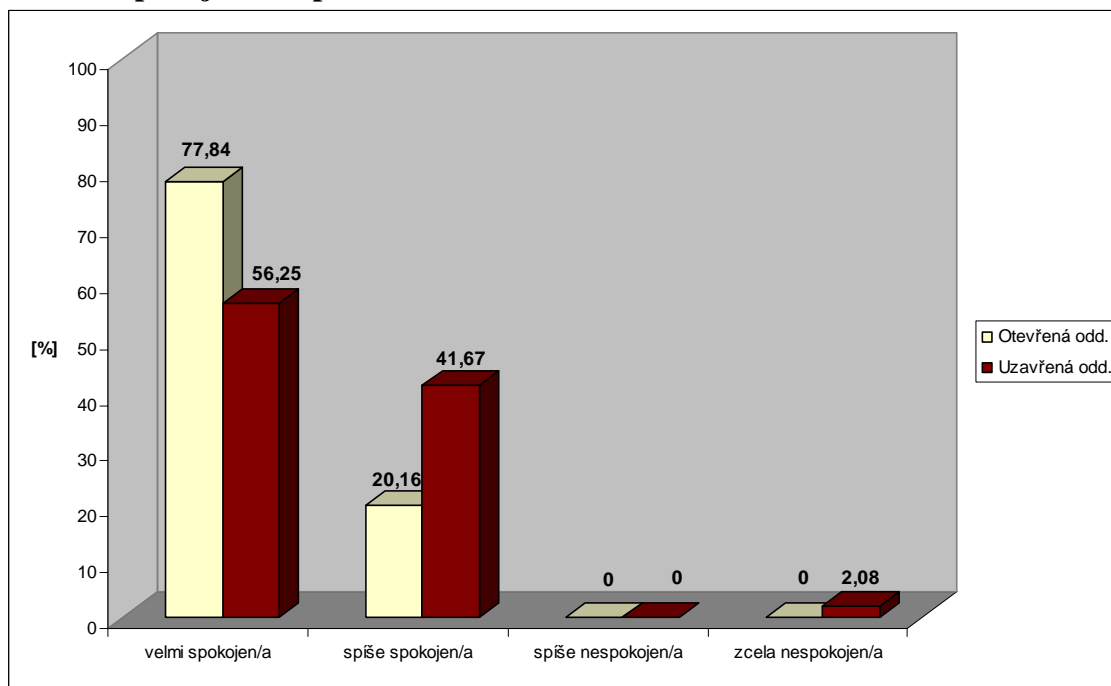
Graf vypovídá o plynulosti přijetí do léčebny, kdy 36 (39,58%) pacientů hospitalizovaných na otevřených odděleních hodnotí přijetí známkou 1 - výborně, 35 (38,45%) známkou 2 - chvalitebně, 20 (21,97%) udělilo známku 3 – dobře, 4 – dostatečně a 5 - nedostatečně nehodnotil nikdo.

Na uzavřených odděleních bylo hodnocení následující: Známkou 1 – výborně ohodnotilo plynulost přijetí 45 (46,87%) pacientů, 39 (40,63%) hodnotilo známkou 2 - chvalitebně, 3 - dobře použilo při hodnocení 12 (12,5%) pacientů a známkou 4 – dostatečně a 5 - nedostatečně nehodnotili žádní pacienti.

Otázka č. 5

Jak jste byl/a spokojena s prostředím na oddělení?

Graf 5 - Spokojenost s prostředím na oddělení



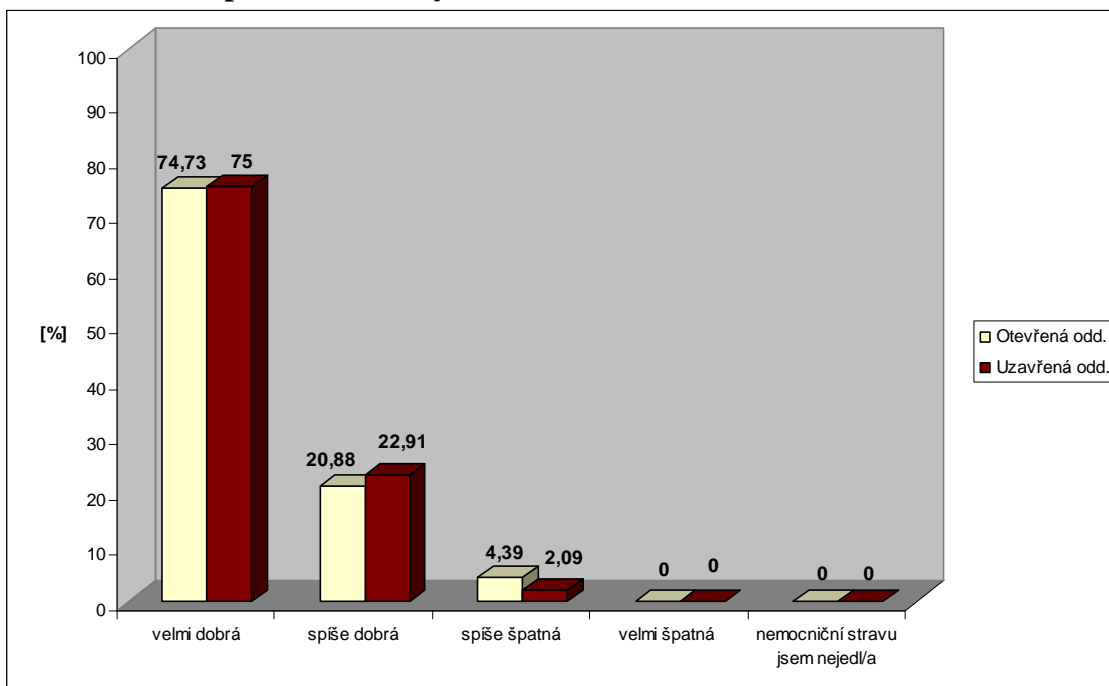
Z grafu je patrné, do jaké míry byli pacienti spokojeni s prostředím. Na otevřeném oddělení bylo z celkového počtu pacientů *velmi spokojeno* 71 (77,84%), *spíše spokojeno* 20 (22,16%). Ostatní dvě možnosti – *spíše nespokojen/a* a *zcela nespokojen/a* nebyly použity v odpovědích.

Na uzavřených odděleních bylo hodnoceno takto: 54 (56,25%) pacientů bylo *velmi spokojeno*, 41 (41,67%) *spíše spokojeno*, nikdo z pacientů nebyl *spíše nespokojen*, 2 (2,08%) pacienti uvedli, že byli *zcela nespokojeni* s prostředím na oddělení.

Otázka č. 6

Jak byste hodnotil/a kvalitu podávané stravy?

Graf 6 - Kvalita podávané stravy



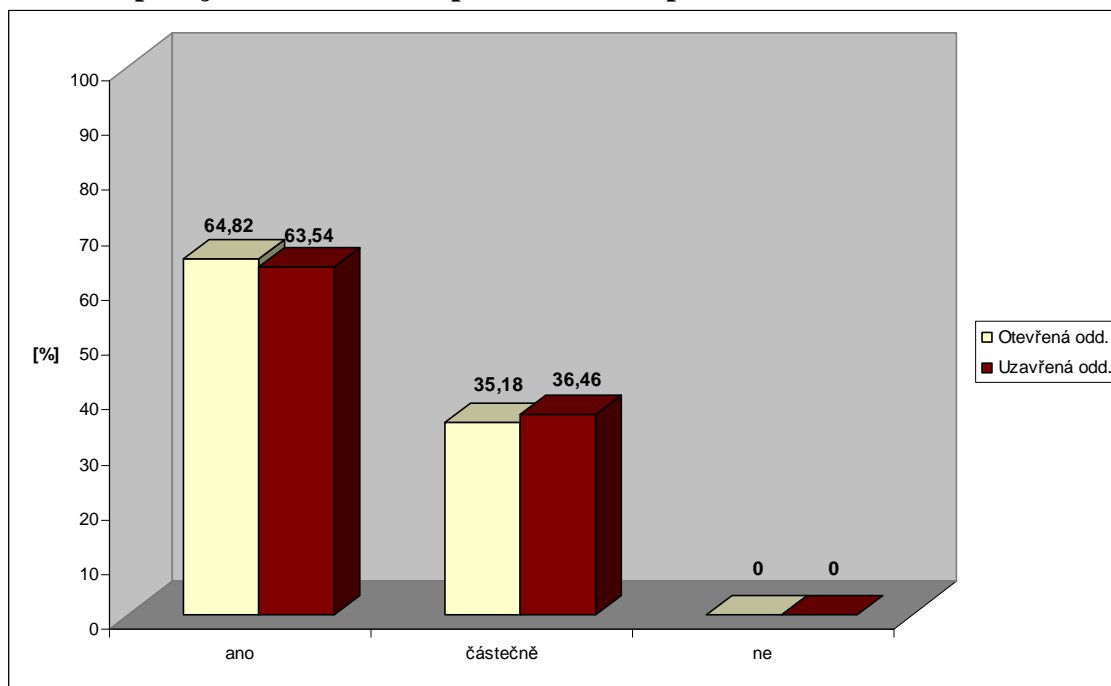
Graf znázorňuje spokojenost s kvalitou podávané stravy, kdy 68 (74,73%) pacientů z otevřených oddělení hodnotilo kvalitu *velmi dobře*, 19 (20,88%) *spíše dobře*, 4 (4,39%) *spíše špatně*, *velmi špatně* kvalitu stravy nehodnotil nikdo z pacientů a zároveň žádný z pacientů nevedl, že nemocniční stravu *nejedl*.

Na uzavřených odděleních byla spokojenost s kvalitou stravy následující: *Velmi dobře* vyhodnotilo stravu 72 (75%) pacientů, 22 (22,91%) *spíše dobře* a 2 (2,09%) pacienti hodnotili kvalitu stravy *spíše špatně* nikdo z pacientů nevedl *velmi špatně*. Zároveň nikdo nevedl, že nemocniční stravu *nejedl*.

Otázka č. 7

Byl/a jste spokojen/a s nabídkou pracovních terapií?

Graf 7 - Spokojenost s nabídkou pracovních terapií



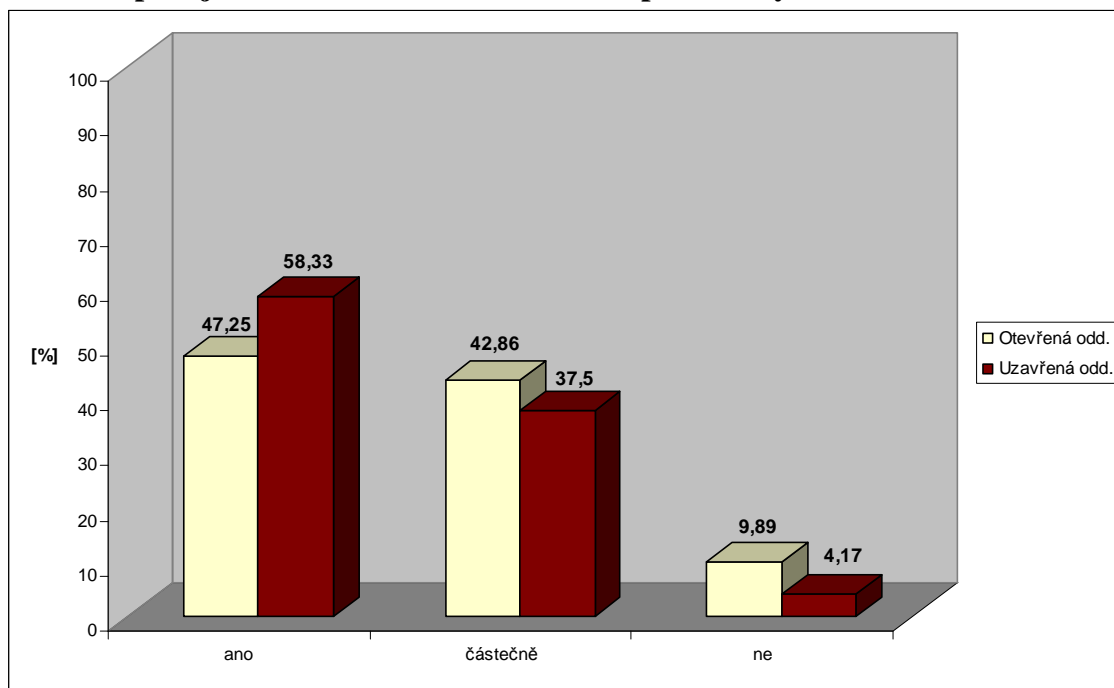
Graf ukazuje spokojenost pacientů s nabídkou pracovních terapií. Pacienti z otevřených oddělení hodnotili takto: 59 (64,82%) uvedlo, že *ano*, 32 (35,18%) *částečně spokojeno* a nikdo neuvedl, že byl *nespokojen*.

Na uzavřených odděleních bylo *spokojeno* 61 (63,54%) pacientů, *částečně spokojeno* s nabídkou pracovní terapie bylo 35 (36,46%) a nikdo nebyl *nespokojen*.

Otázka č. 8

Byl/a jste spokojen/a s nabídkou kulturních a sportovních akcí?

Graf 8 - Spokojenost s nabídkou kulturních a společenských akcí



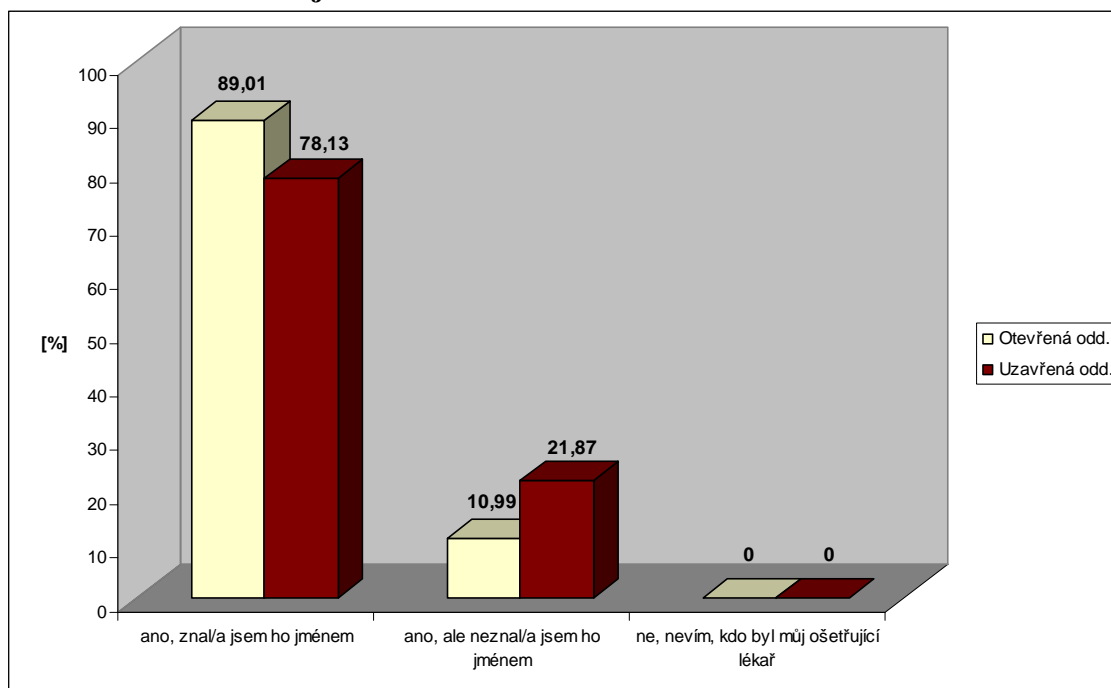
Graf znázorňuje spokojenost s nabídkou kulturních a společenských akcí. Na otevřených odděleních z celkového počtu 91 (100%) uvedlo *ano* 43 (47,25%) pacientů, 39 (42,86%) pacientů bylo spokojeno *částečně* a 9 (9,89%) pacientů uvedlo, že *nebylo* spokojeno s touto nabídkou.

Na uzavřených odděleních odpovědělo *ano* 56 (58,33%) dotazovaných, 36 (37,5%) *částečně* a 4 (4,17%) pacienti *nebyli* spokojeni s nabídkou akcí.

Otázka č. 9

Znal/a jste svého ošetřujícího lékaře?

Graf 9 - Znalost ošetřujícího lékaře



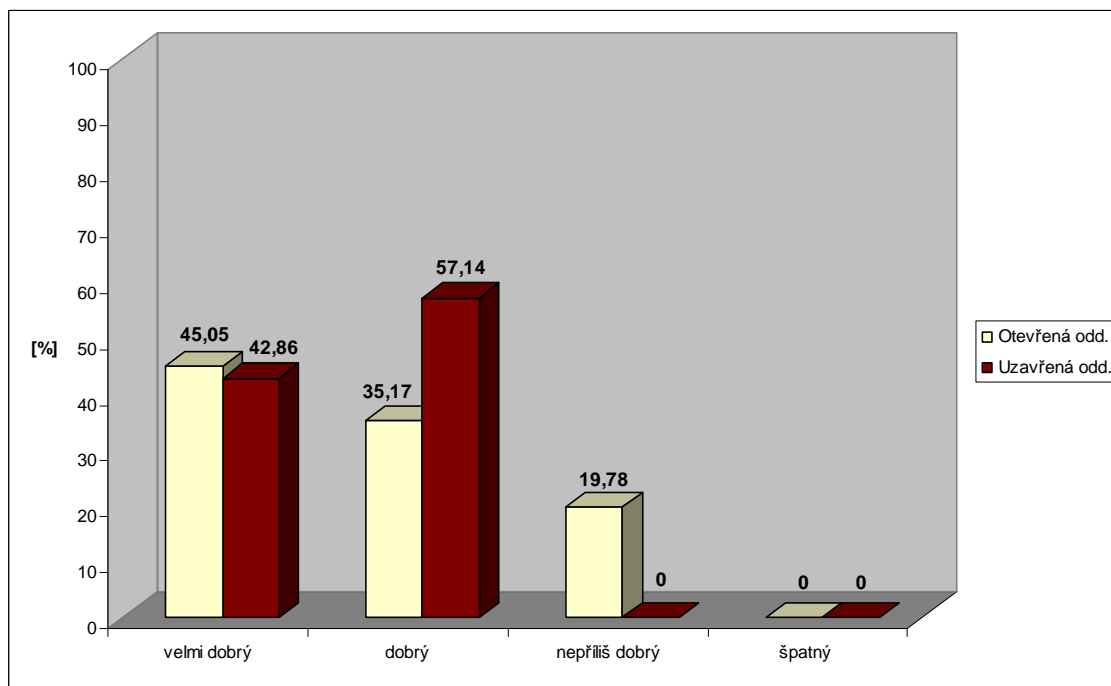
Z grafu vyplývá, že 81 (89,01%) pacientů z otevřených oddělení *znalo ošetřujícího lékaře jménem*, 10 (10,99%) odpovědělo, že lékaře *znalo, ale ne jménem*. Nikdo z pacientů neuvedl, že lékaře *neznal*.

Na uzavřených odděleních *znalo ošetřujícího lékaře jménem* 75 (78,13%) pacientů, 21 (21,87%) pacientů lékaře *znalo, ale ne jménem*. Ani na uzavřených odděleních nikdo nepoužil odpověď, že *nevěděl*, kdo je jeho ošetřující lékař.

Otázka č. 10

Jak byste zhodnotil/a Váš vztah k lékaři z hlediska důvěry?

Graf 10 - Důvěra k lékaři



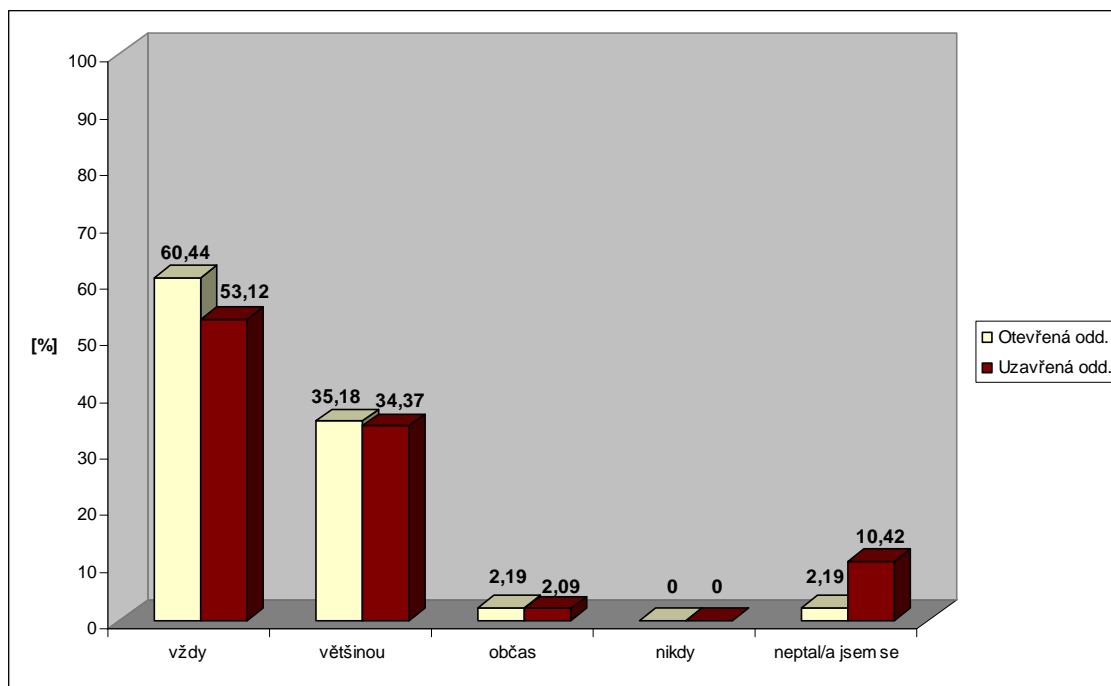
Z grafu vidíme, jaký vztah z hlediska důvěry měli pacienti k lékařům. Na otevřených odděleních mělo 41 (45,05%) pacientů *velmi dobrý* vztah, 32 (35,17%) pacientů uvedlo, že vztah je *dobrý*, *nepříliš dobře* hodnotilo 18 (19,78%) pacientů. Nikdo nevedl, že hodnocení vztahu z hlediska důvěry k lékaři je *špatné*.

Na uzavřených odděleních uvedlo 41(42,86%) pacientů *velmi dobrý* vztah, 55 (57,14%) *dobrý*. Nikdo na uzavřených odděleních nehodnotil vztah k lékaři z hlediska důvěry *nepříliš dobrý* ani nepoužil odpověď *špatný*.

Otázka č. 11

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

Graf 11 - Srozumitelnost komunikace s lékařem



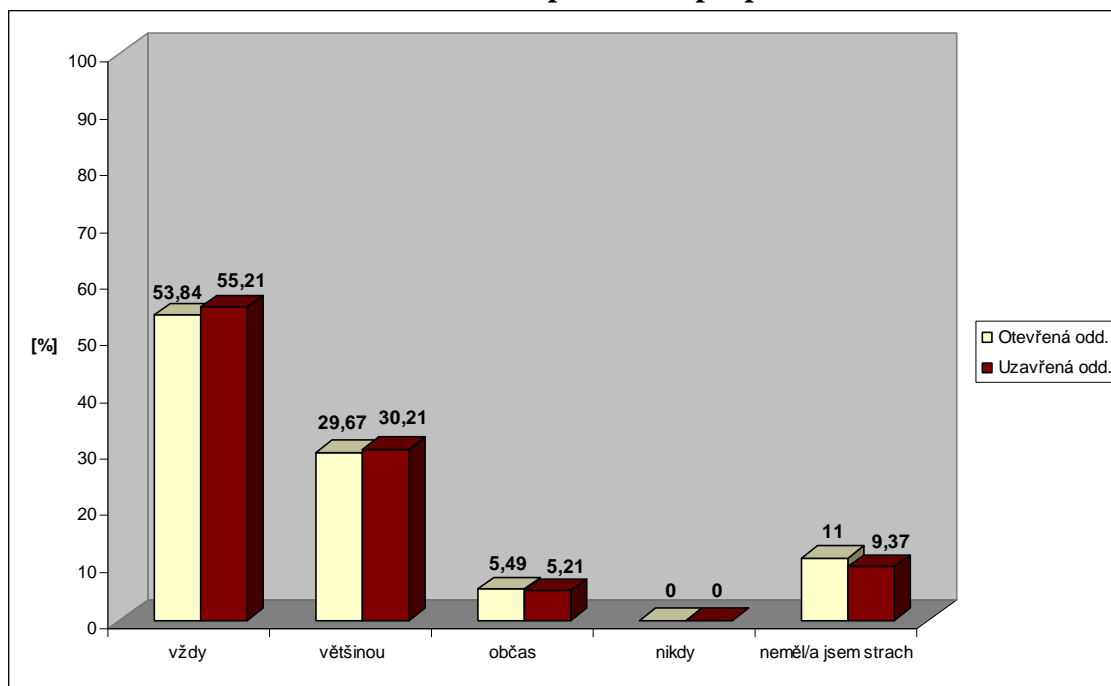
Z grafu je patrné, zda srozumitelně odpovídají lékaři na položenou otázku. *Vždy srozumitelně* odpovědělo na otevřených odděleních 55 (60,44%) pacientů, odpověď *většinou* byla zaznamenána u 32 (35,18%) pacientů, *občas* 2 (2,19%), odpověď *nikdy* nezaškrtl nikdo a 2 (2,19%) pacienti uvedli, že se lékařů *neptali*.

Na uzavřených odděleních bylo hodnocení následující: 51 (53%) pacientům byla poskytnuta odpověď *vždy* srozumitelně, 33 (34,37%) *většinou*, 2 (2,09%) *občas*, *nikdy* neuvedl žádný pacient a 10 (10,42%) uvedlo, že se *neptalo*.

Otázka č. 12

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

Graf 12 - Ochota lékařů komunikovat s pacientem při potížích



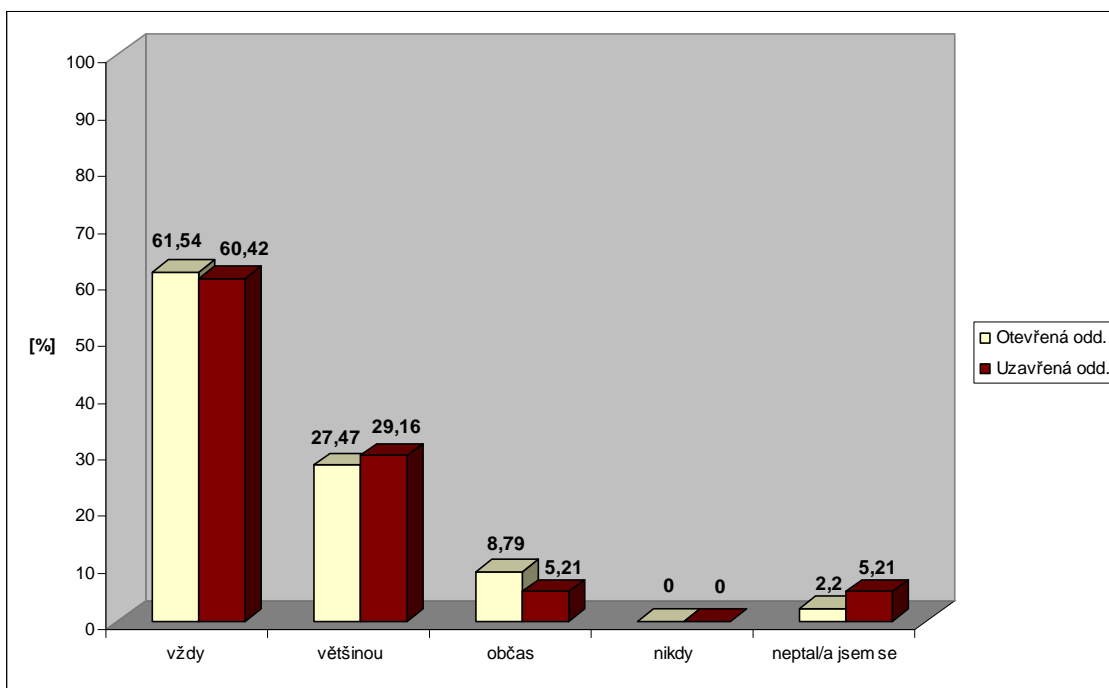
V tomto grafu je znázorněno hodnocení ochoty lékařů komunikovat s pacienty při strachu a obavách. Na otevřených odděleních odpovědělo 49 (53,84%) pacientů, že byl *vždy* lékař ochotný, 27 (29,67%) *většinou*, 5 (5,49%) uvedlo, že lékař byl ochotný *občas*, *nikdy* neodpověděl žádný pacient a 10 (11%) pacientů uvedlo, že *nemělo strach*, tudíž lékaře nevyhledávali.

Na uzavřených odděleních se vyjadřovali pacienti bez větších rozdílů jako na otevřených. 53 (55,21%) odpovědělo, že byl lékař *vždy* ochotný komunikovat, 29 (30,21%) *většinou*, 5 (5,21%) *občas*. Shodně odpověděli obě skupiny dotazovaných, že *nikdy* se nestalo, že lékař nebyl ochotný a 9 (9,37%) *nemělo strach* ani obavu ze svého zdravotního stavu – neptali se.

Otázka č. 13

Když jste položil/a všeobecné sestře důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?

Graf 13 - Srozumitelnost komunikace se sestrami



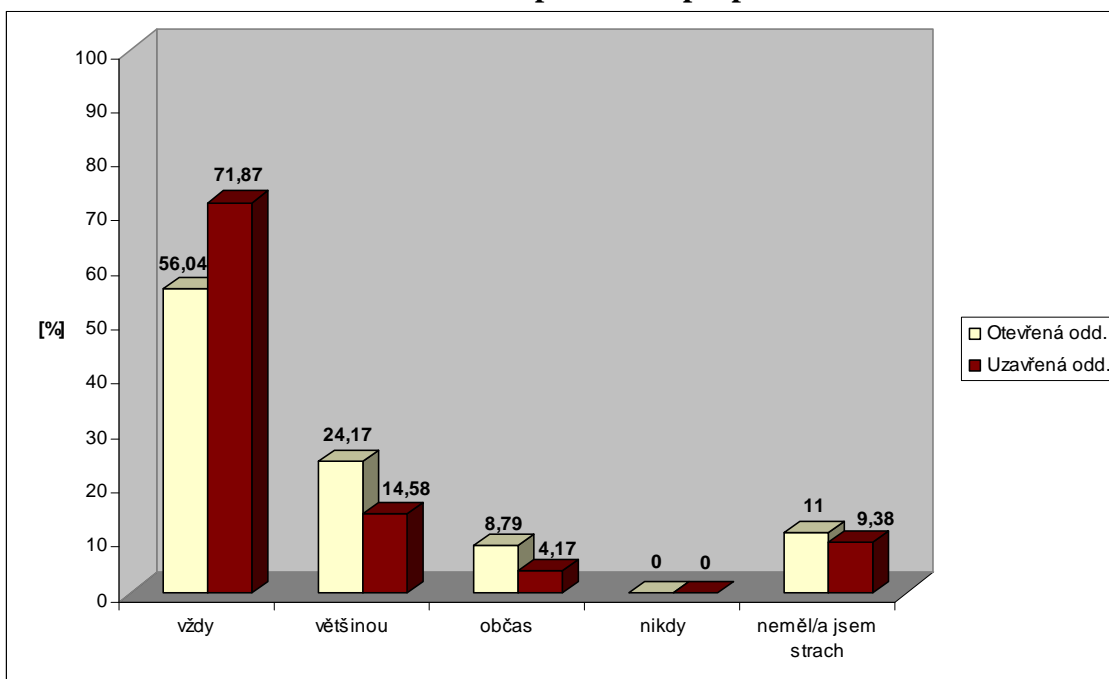
Z grafu zjistíme, do jaké míry poskytují srozumitelné odpovědi všeobecné sestry. Na otevřeném oddělení odpovědělo *vždy* 56 (61,54%) pacientů, *většinou* 25 (27,47%), *občas* 8 (8,79%). Nikdo neoznačil odpověď *nikdy* a 2 (2,2%) se všeobecných sester *neptalo*.

58 (60,42%) pacientů z uzavřených oddělení dostalo srozumitelnou odpověď *vždy*, 28 (29,16%) *většinou*, 5 (5,21%) *občas*. Žádný pacient neoznačil odpověď *nikdy* a 5 (5,21%) se sester *nedotazovalo*.

Otázka č. 14

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

Graf 14 - Ochota sester komunikovat s pacientem při potížích



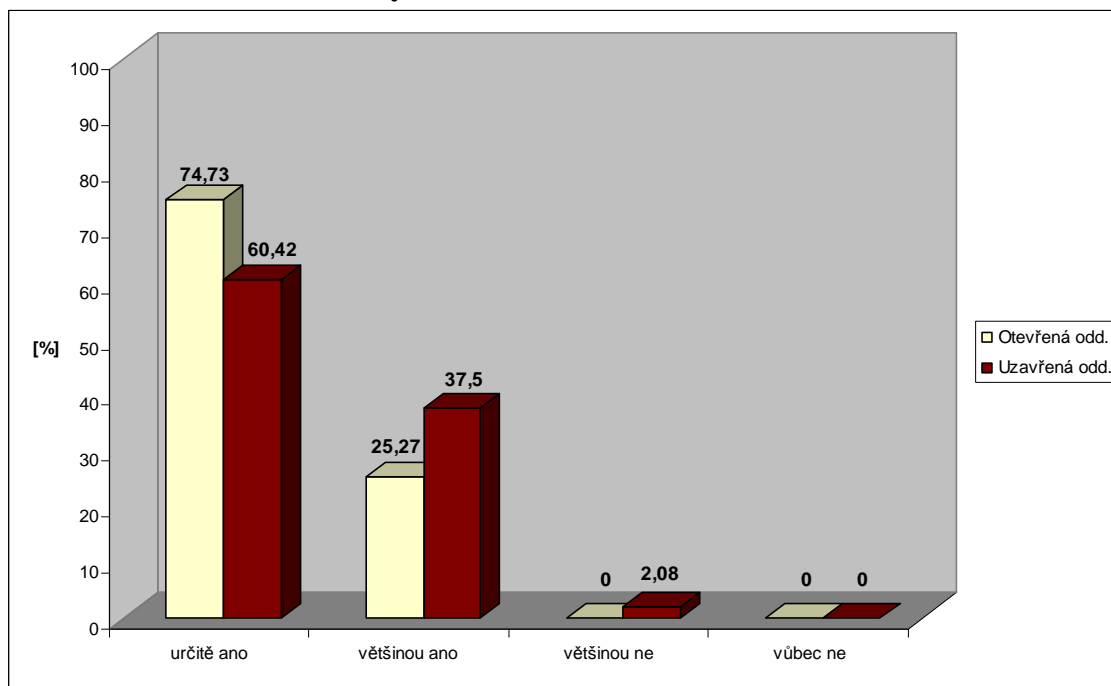
51 (56,04%) pacientů z otevřených oddělení uvedlo, že sestry jsou *vždy* ochotné s nimi komunikovat při strachu a obavách, 22 (24,17%) *většinou* ochotné, 8 (8,79%) pacientů uvedlo, že *občas*, žádný nevedl neochotu sester a 10 (11%) pacientů *nemělo strach* a obavy ze zdravotního stavu.

Na uzavřených odděleních uvedlo 69 (71,87%) pacientů ochotu sester komunikovat při potížích *vždy*, 14 (14,58%) *většinou*, 4 (4,17%) *občas*, nikdo z pacientů nevedl neochotu sester komunikovat při strachu a obavách a 9 (9,38%) pacientů uvedlo, že tyto potíže *nemělo*.

Otázka č. 15

Měl/a jste důvěru ke všeobecným sestřám, které Vás ošetřovaly?

Graf 15 - Důvěra k všeobecným sestřám



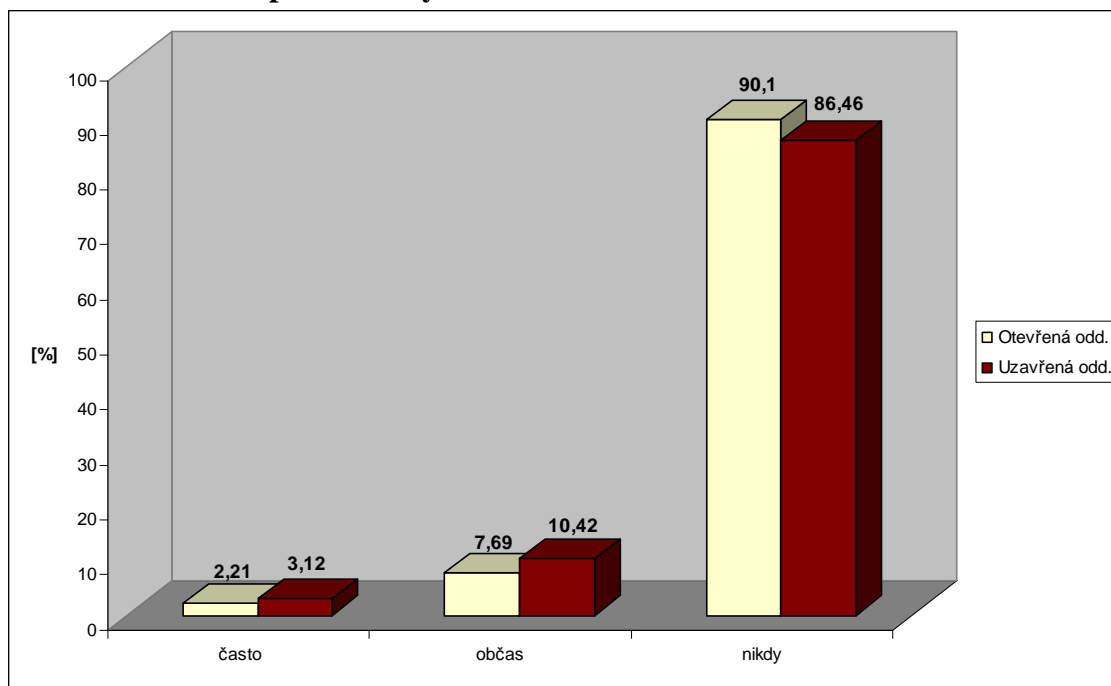
Z grafu zjistíme, že 68 (74,73%) pacientů z otevřených oddělení odpovědělo *určitě ano* ohledně důvěry k sestřám, 23 (25,27%) *většinou ano*, žádný pacient nevedl *většinou ne* a *vůbec ne*.

Na uzavřeném oddělení hodnotilo důvěru k sestřám odpovědí *určitě ano* 58 (60,42%) pacientů, *většinou ano* 36 (37,5%), *většinou ne* 2 (2,08%) a odpověď *vůbec ne* nezaškrtl žádný pacient.

Otázka č. 16

Stalo se Vám, že jste dostal/a během pobytu v zařízení od zdravotnického personálu protichůdné informace?

Graf 16 - Podávání protichůdných informací



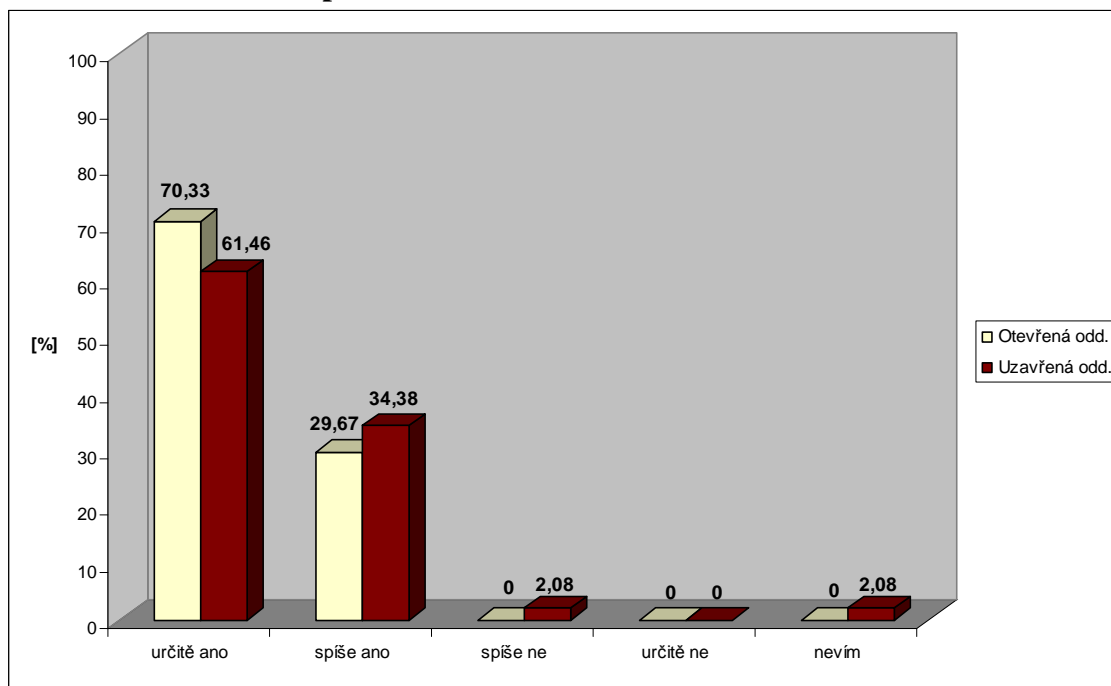
Z grafu vyplývá, že protichůdné informace dostali *často* 2 (2,21%) pacienti, *občas* 7 (7,69%) a *nikdy* 82 (90,1%) pacienti z otevřených oddělení.

Na uzavřených odděleních odpověděli 3 (3,12%) pacienti, že protichůdné informace jim byly podány *často*, *občas* 10 (10,42%) pacientům a 83 (86,46%) pacientům *nikdy*.

Otázka č. 17

Vyhovovala Vám dosažitelnost zdravotnického personálu?

Graf 17 - Dosažitelnost personálu



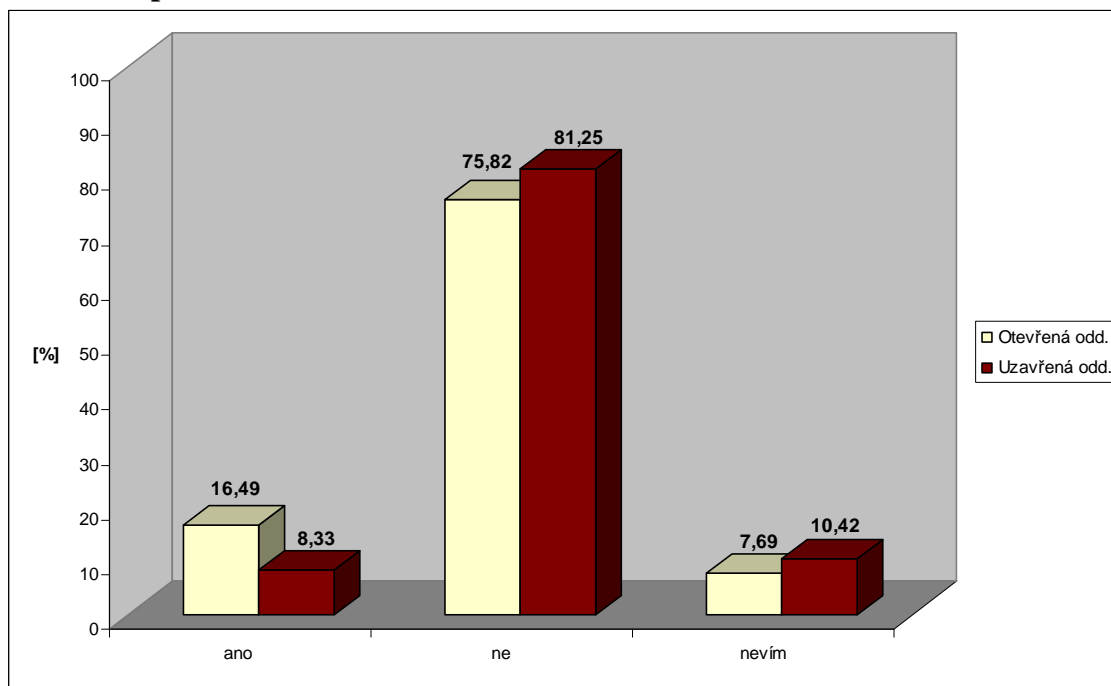
Graf znázorňuje spokojenost pacientů s dosažitelností personálu. Z celkového počtu 91 (100%) pacientů z otevřených oddělení udává 64 (70,33%) *určitě ano*, 27 (29,67%) *spíše ano*, a žádný pacient neuvedl *spíše ne*, *určitě ne* a *nevím*.

Z uzavřených oddělení hodnotilo z celkového počtu 96 (100%) pacientů 59 (61,46%) *určitě ano*, 33 (34,38%) *spíše ano*, 2 (2,08%) pacienti uvedli *spíše ne*, *určitě ne* nebylo uvedeno a 2 (2,08%) pacienti uvedli, že *neví*, zda byl personál dosažitelný.

Otázka č. 18

Chtěl/a jste být více zapojen/a do rozhodování o léčbě?

Graf 18 - Spolurozhodování o léčbě



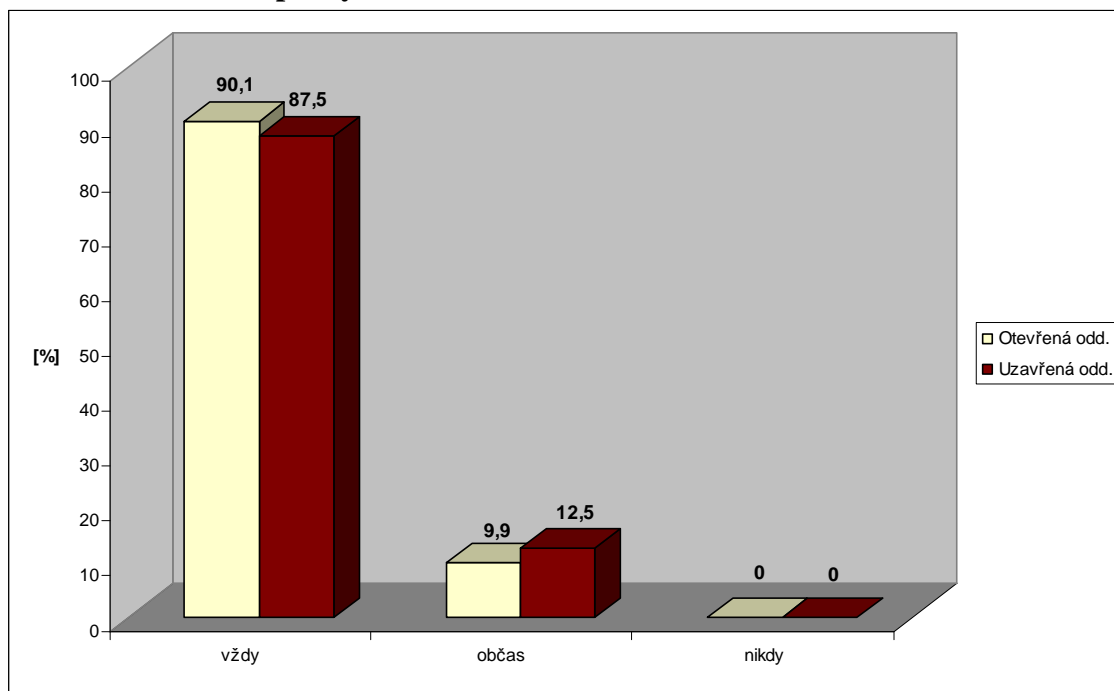
Do rozhodování o léčbě by se *chtělo* více zapojit 15 (16,49%) pacientů, *nechtělo* by více zapojit 69 (75,82%) a *nevím* odpovědělo z otevřených oddělení 7 (7,69%) pacientů.

Na uzavřených odděleních by se *chtělo* více zapojit 8 (8,33%) pacientů, *ne* odpovědělo 78 (81,25%) z celkového počtu 96 (100%) pacientů a 10 (10,42%) uvedlo, že *neví*.

Otázka č. 19

Měl/a jste dostatek soukromí při vyšetření a nebo léčbě?

Graf 19 - Soukromí při vyšetření a léčbě



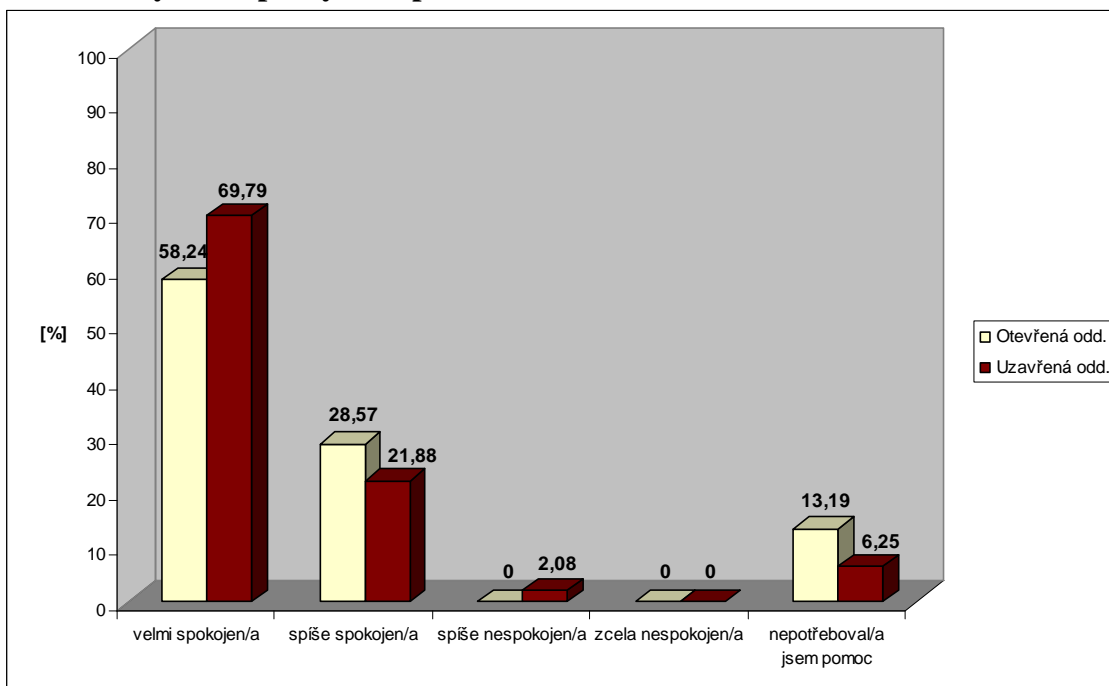
Dostatek soukromí při vyšetření mělo *vždy* 82 (90,1%) pacientů hospitalizovaných na otevřených odděleních, 9 (9,9%) *občas* a *nikdy* neuvedl žádný pacient.

Na uzavřených odděleních mělo dostatek soukromí *vždy* 84 (87,5%) pacientů z celkového počtu 96 (100%). *Občas* uvedlo 12 (12,5%) pacientů a odpověď *nikdy* neoznačil žádný pacient.

Otázka č. 20

Jak jste byl/a celkově spokojen/a s rychlostí, s jakou Vám personál v případě potřeby poskytl pomoc?

Graf 20 - Rychlost poskytnutí pomoci



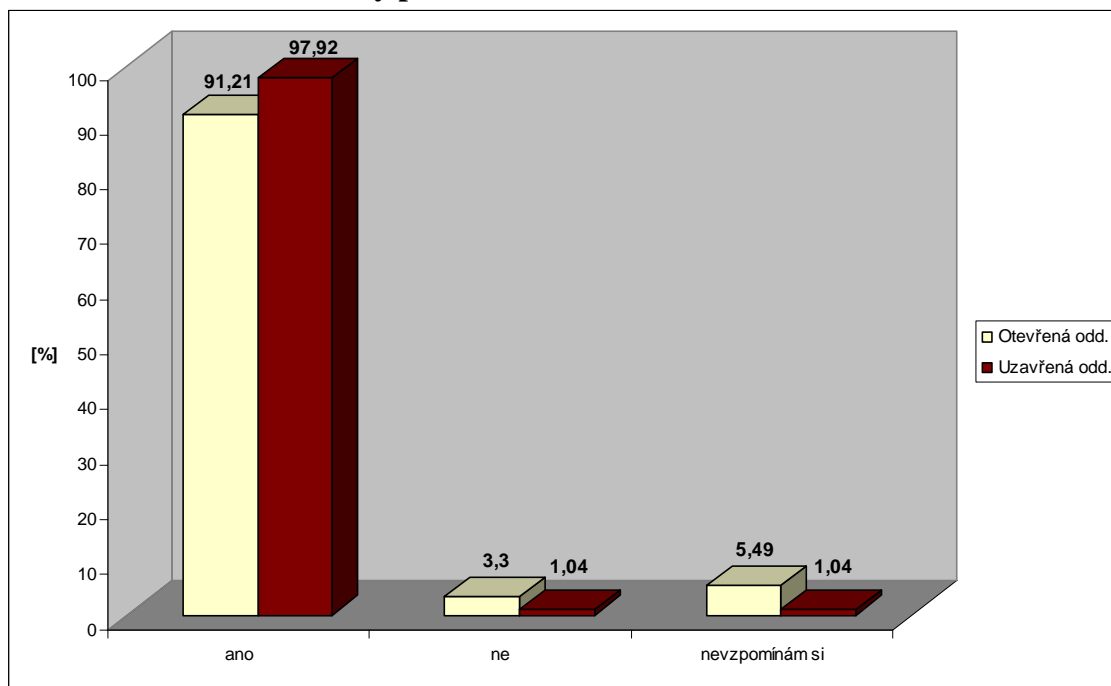
Z grafu je patrné, do jaké míry jsou pacienti spokojeni s rychlostí personálu v případě potřeby poskytnutí pomoci. Na otevřených odděleních je *velmi spokojeno* 53 (58,24%) pacientů, 26 (28,57%) pacientů uvedlo *spíše spokojeni*, nikdo z pacientů nevedl *spíše ne* a *zcela nespokojeni*. 12 (13,19%) pacientů uvedlo, že pomoc *nepotřebovalo*.

Na uzavřených odděleních bylo *velmi spokojeno* s rychlostí poskytnutí pomoci 67 (69,79%) pacientů, 21 (21,88%) *spíše spokojeno*, *spíše nespokojeno* uvedli 2 (2,08%) pacienti, odpověď *zcela nespokojen* nebyla uvedena a 6 (6,25%) pacientů pomoc *nepotřebovalo*.

Otázka č. 21

Byl/a jste seznámen/a s Právy pacientů?

Graf 21 - Seznámení s Právy pacientů



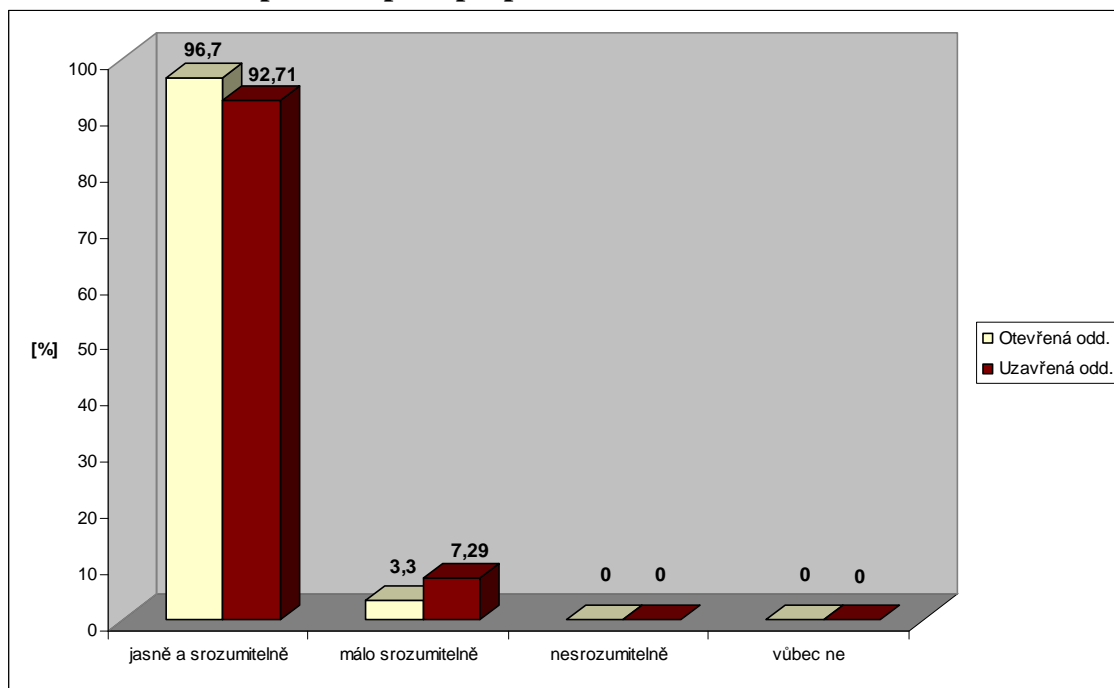
83 (91,21%) pacientů z otevřených oddělení bylo seznámeno s právy pacientů, 3 (3,3%) pacienti nebyli s právy seznámeni a 5 (5,49%) pacientů si nevzpomíná.

Na uzavřených odděleních uvedlo *ano* 94 (97,92%) pacienti, *ne* 1 (1,04%) a *nevzpomínám si* uvedl také 1 (1,04%) pacient.

Otázka č. 22

Vysvětlili Vám zdravotníci, jak o sebe pečovat a jak užívat léky po propuštění?

Graf 22 - Edukace pacienta před propuštěním



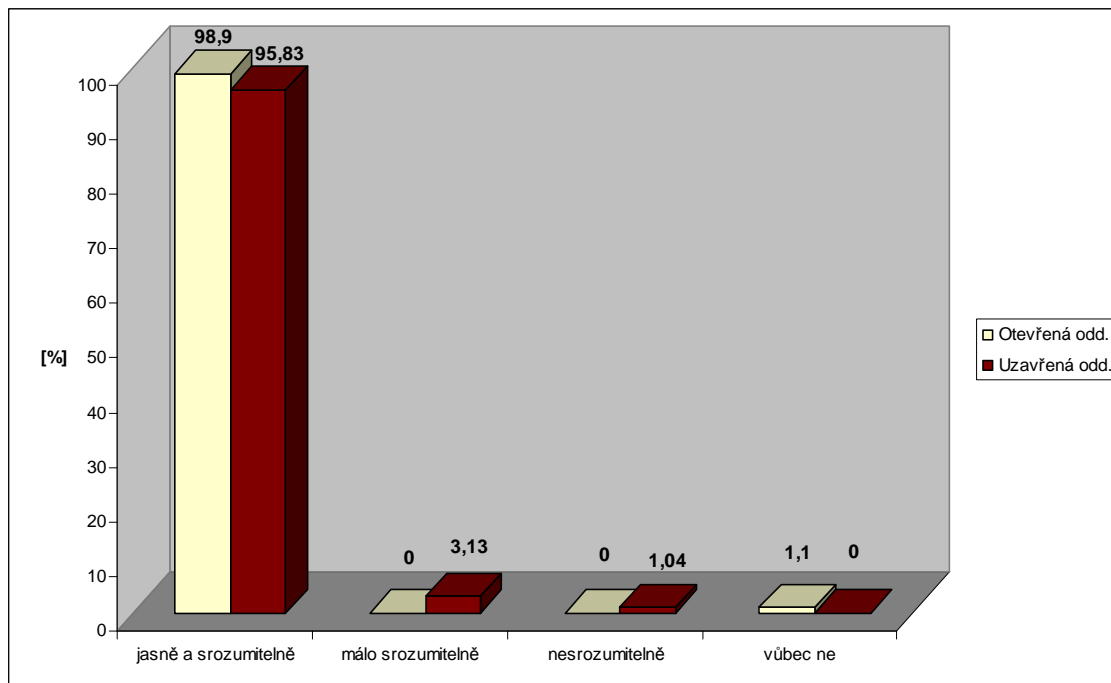
Z grafu vyplývá, že *jasně a srozumitelně* bylo na otevřených odděleních edukováno před propuštěním 88 (96,7%) pacientů, *málo srozumitelně* 3 (3,3%), *nesrozumitelně* a *vůbec ne* nebylo označeno.

Pacientů hospitalizovaných na uzavřených odděleních bylo edukováno před propuštěním *jasně a srozumitelně* 89 (92,71%), *málo srozumitelně* 7 (7,29%) pacientů, odpověď *nesrozumitelně* a *vůbec ne* neoznačil žádný pacient.

Otázka č. 23

Vysvětlili zdravotníci Vaším blízkým, jakou pomoc budete doma potřebovat?

Graf 23 - Edukace rodinných příslušníků při propuštění



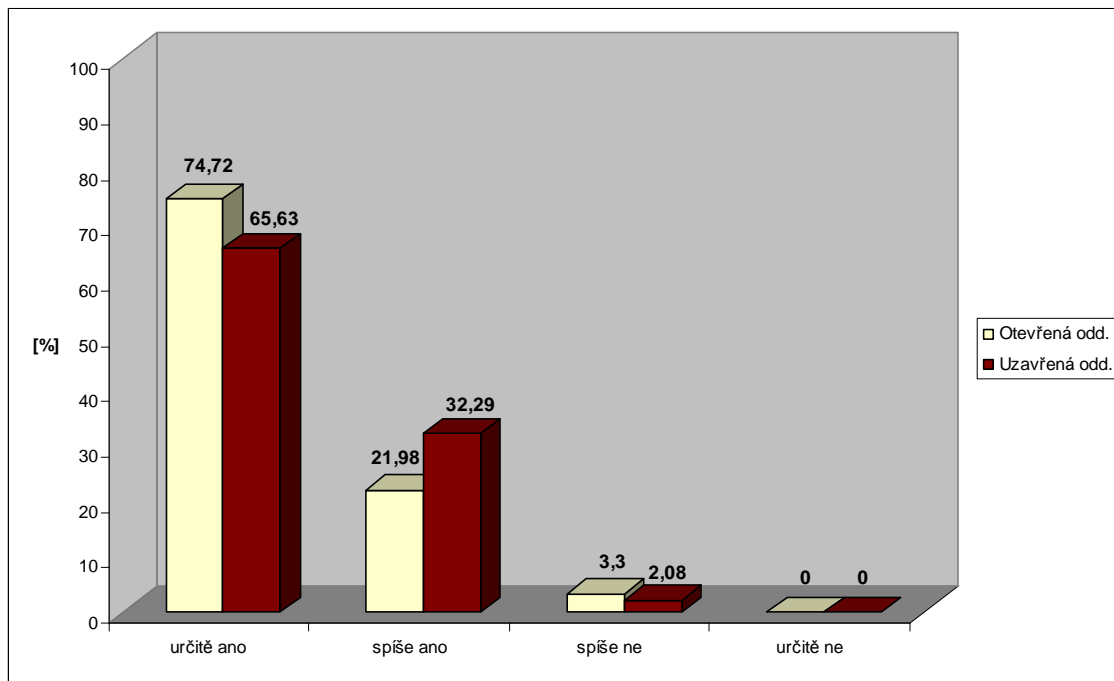
Graf vypovídá, že edukace blízkých a rodinných příslušníků byla na otevřených oddělení hodnocena takto: *Jasně a srozumitelně* byli edukováni blízcí 90 (98,9%) pacientů, nikdo neodpověděl, že byli edukováni *málo srozumitelně* nebo *nesrozumitelně*. V jednom případě (1,1%) nebyla provedena edukace *vůbec*.

Na uzavřených odděleních proběhla edukace blízkých a příbuzných u 92 (95,83%) pacientů *jasně a srozumitelně*, *málo srozumitelně* u 3 (3,13%), *nesrozumitelně* u blízkých jednoho (1,04%) pacienta. Žádný pacient nevedl *neprovedenou* edukaci svých rodinných příslušníků.

Otázka č. 24

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

Graf 24 - Pocit úcty a respektu



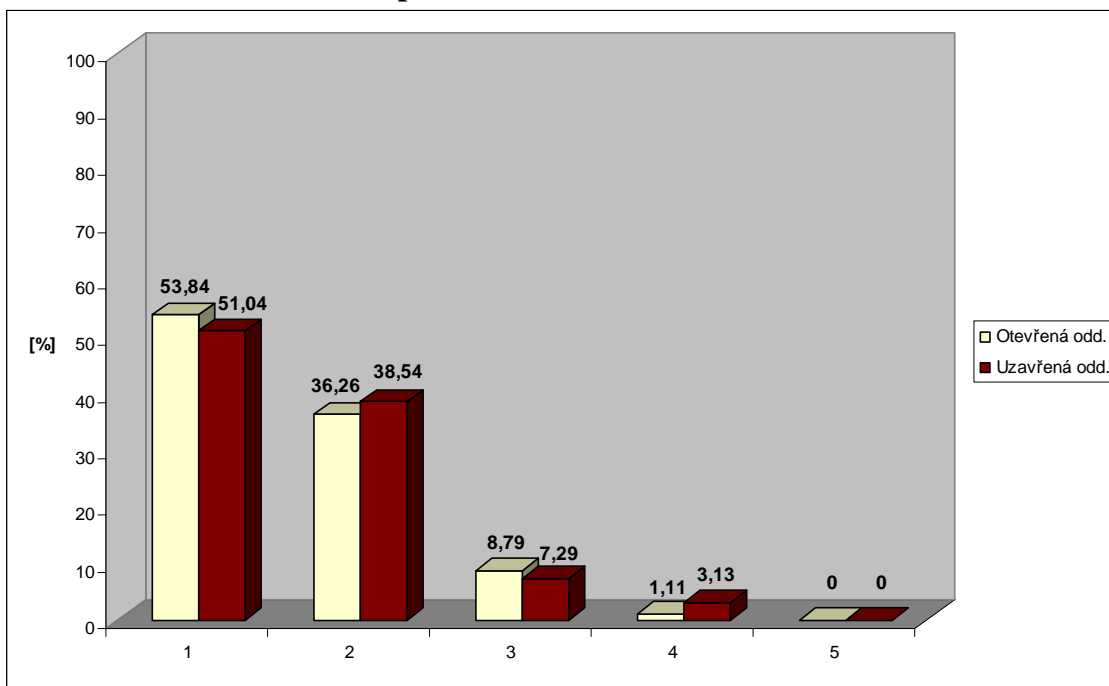
Graf ukazuje názory pacientů na to, zda byli léčeni s úctou a respektem. *Určitě ano* odpovědělo na otevřených odděleních 68 (74,72%) pacientů, *spíše ano* uvedlo 20 (21,98%) pacientů, *spíše ne* 3 (3,3%) a *určitě ne* žádný pacient.

Na uzavřených odděleních udává 63 (65,63%) pacientů, že byli léčeni s úctou a respektem, *spíše ano* 31 (32,29%), *spíše ne* 2 (2,08%) a žádný pacient neměl pocit, že nebyl léčen s úctou a respektem.

Otázka č. 25

Zakroužkujte, jak byste celkově ohodnotil péči, která Vám byla poskytnuta.

Graf 25 - Celkové hodnocení péče



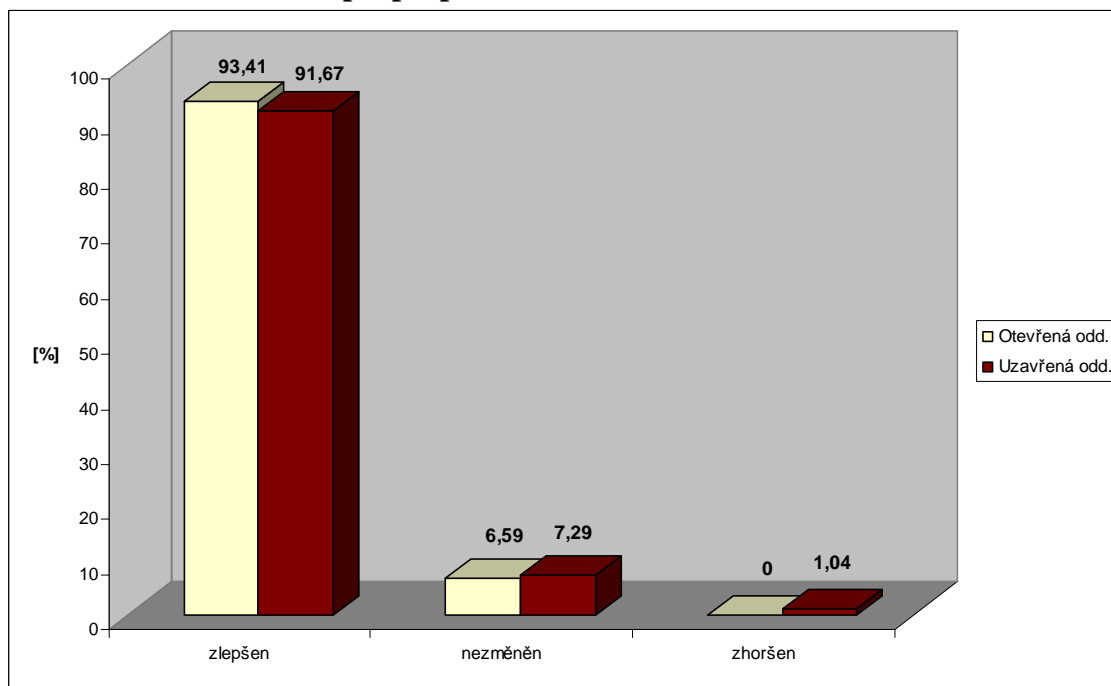
Z grafu zjistíme spokojenost pacientů z celkovou péčí na otevřeném oddělení, kdy známku 1 - výborně udělilo 49 (53,84%) pacientů, 33 (36,26%) známku 2 – chvalitebně, 8 (8,79%) hodnotilo známku 3 - dobře, jeden (1,11%) pacient hodnotil celkovou péči známku 4 - dostatečně. Známkou 5 – nedostatečně nikdo nehodnotil.

Spokojenost s celkovou péčí na uzavřených odděleních hodnotilo 49 (51,04%) pacientů známku 1 – výborně, 37 (38,54%) známku 2 - chvalitebně, 7 (7,29%) pacientů oznámkovalo 4 – dostatečně, známku 5 - nedostatečně nebylo hodnoceno.

Otázka č. 26

Jak byste hodnotil/a Váš zdravotní stav při propuštění?

Graf 26 - Zdravotní stav při propuštění



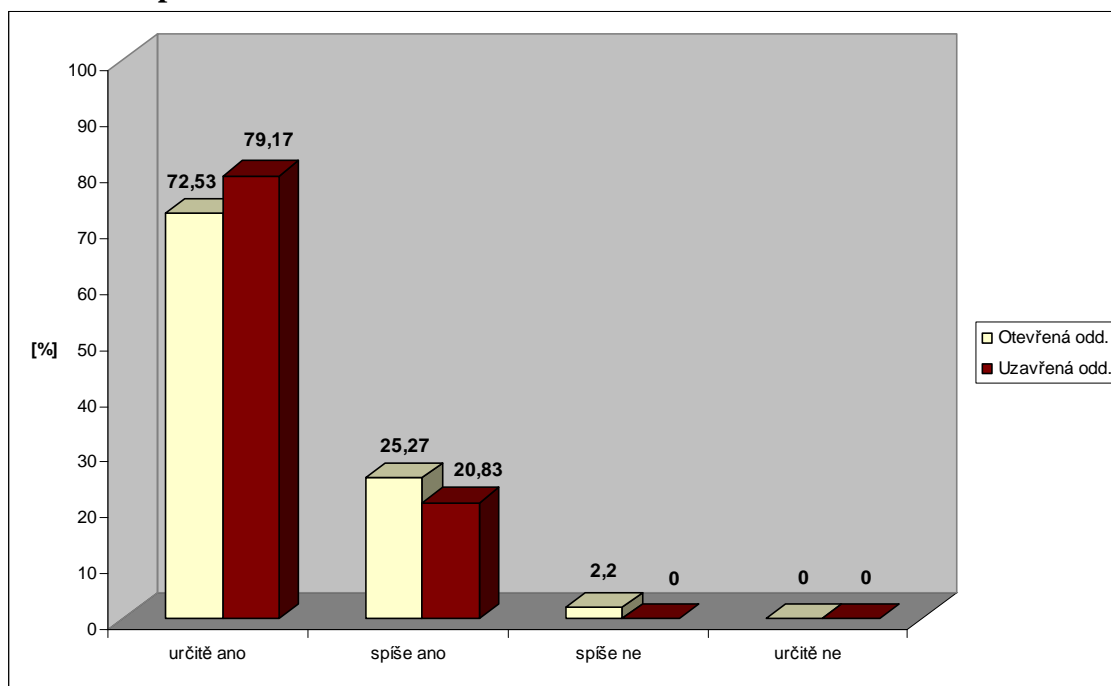
Z grafu je patrné, jak pacienti hospitalizovaní na otevřených odděleních hodnotí svůj zdravotní stav při propuštění. 85 (93,41%) udává *zlepšení* stavu, 6 (6,59%) pacientů cítí svůj zdravotní stav *nezměněn*. *Zhoršení* stavu neudal nikdo.

88 (91,67%) pacientů z uzavřených oddělení hodnotilo svůj zdravotní stav při propuštění *zlepšen*, 7 (7,29%) *nezměněn* a u jednoho (1,04%) pacienta *zhoršen*.

Otázka č. 27

Kdybyste měl/a možnost vybrat mezi naším a jiným zdravotnickým zařízením, přijdete opět k nám?

Graf 27 - Opakovaná volba zdravotnického zařízení



Opětovně by si toto zdravotnické zařízení *určitě vybralo* 66 (72,53%) pacientů z otevřených oddělení, *spíše ano* 23 (25,27%), *spíše ne* uvedli 2 (2,2%) pacienti a *určitě ne* neuvedl žádný pacient.

Z celkového počtu 96 (100%) pacientů z uzavřených oddělení by si toto zařízení opět *určitě vybralo* 76 (79,17%), 20 (20,83%) *spíše ano*. Nikdo z pacientů neuvedl, že by si toto zařízení znovu *spíše nevybral* nebo *určitě nevybral*.

14 DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou hodnocení kvality zdravotní péče prostřednictvím sledování spokojenosti pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně. Cílem bylo zjistit spokojenost s poskytovanou péčí a porovnání spokojenosti u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních. Rozdíly v typech oddělení jsou uvedeny v teoretické části práce v charakteristice zkoumaného pracoviště.

Z analýzy výsledků průzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 187 (100%) pacientů bylo 91 (48,66%) z otevřených oddělení a 96 (51,34%) z oddělení uzavřených. Nebyl sledován věk respondentů, přestože někteří autoři uvádí, že věk je podstatný determinant. Zároveň nebyla zanesena v dotazníkovém šetření otázka týkající se vzdělání. Pacienti s duševním onemocněním nejsou v tomto ohledu sdílní, zvláště vysokoškoláci, a při vyplňování dotazníku by tato otázka mohla působit negativně. Při hodnocení spokojenosti dle vzdělání literatura uvádí, že čím jsou pacienti vzdělanější, tím jsou kritičtější. V některých průzkumech se však tento vztah nepotvrdil. Výsledky šetření pak vychází z otázek č. 2 – č. 27.

První dimenze se týkala plynulosti a organizace příjmu pacientů. Z výsledků vyplývá, že lépe hodnotili přijetí do zařízení pacienti z uzavřených oddělení - 45 (46,87%) než z otevřených - 36 (39,58%). V porovnání s výsledky šetření KOP v letech 2005 až 2010 byli více spokojeni pacienti přijatí na otevřená oddělení. V šetření jsem zjistila opak. Nárůst spokojenosti z analýzy této práce byl zaznamenán. Dále je překvapivý výsledek i v otázce poskytování informací lékařem při příjmu, kdy je toto opět lépe hodnoceno pacienty z uzavřených oddělení. Dostatek informací od lékaře dostalo 55 (57,29%) pacientů a v omezené míře 23 (23,93%). U otevřených oddělení bylo hodnocení následující – dostatek informací dostalo 43 (47,25%) pacientů a informace v omezené míře 39 (42,86%) pacientů.

Druhá dimenze se věnovala otázkám pobytu v léčebně. Zde vidíme podstatný rozdíl při hodnocení prostředí mezi typy oddělení. Důvodem rozdílného hodnocení může být rekonstrukce a následná restrukturalizace lůžkového fondu u otevřených oddělení, kde velmi spokojeno bylo 71 (77,84%) pacientů. Na rozdíl od hodnocení u uzavřených oddělení, kde bylo velmi spokojeno pouze 54 (56,25%) pacientů. V porovnání s výsledky KOP z roku 2010 se spokojenost zvýšila u pacientů z otevřených oddělení, kdy kladně hodnotilo 74,2% pacientů, avšak u uzavřených oddělení je zaznamenáno mírné zhoršení. Spokojeno bylo 61,7% pacientů. Lze se mimo

jiné dále domnívat, že horší výsledek je dán nejen kvalitou prostředí, ale důvodem může být i forma přijetí na uzavřené oddělení – nedobrovolná hospitalizace a hospitalizace z důvodu nařízení ochranné ústavní léčby a omezení pacientů právě hospitalizací na uzavřeném oddělení.

Výborně je hodnocena oproti výsledkům z minulých let kvalita podávané stravy, kdy pacienti z obou typů oddělení hodnotí kvalitu podávané stravy vyrovnaně. U otevřených oddělení hodnotí velmi dobře 68 (74,73%), u uzavřených oddělení hodnotilo velmi dobře 72 (75%) pacientů. Zde je třeba podotknout, že právě hodnocení podávané stravy v minulých letech ve výsledcích KOP bylo hodnoceno spíše negativně. Této problematice je věnována velká pozornost i ze strany veřejnosti, hlavně u geriatrických pacientů. Z analýzy výsledků této práce je patrné, že management léčebny se této problematice věnoval a přijal patřičná opatření ke zlepšení.

V léčbě duševně nemocných je mimo jiné důležitá i ergoterapie. Na otázku spokojenosti s nabídkou pracovních terapií odpovědělo ano 59 (64,82%) pacientů z otevřených oddělení a 61 (63,54%) pacientů z uzavřených oddělení. Důležité je, že žádný pacient nevedl, že nebyl spokojen s nabídkou pracovních terapií a každý pacient našel vhodný typ ergoterapie.

Ve třetí dimenzi hodnotili pacienti spokojenost s lékaři. Této problematice byly věnovány 4 otázky. Velký počet pacientů – 81 (89,01%) z otevřených oddělení uvedlo, že znalo ošetřujícího lékaře jménem a 10 (10,99%) pacientů uvedlo, že ho znali, ale ne jménem. Z čehož vyplývá, že pacienti znali svého ošetřujícího lékaře. Pacienti hospitalizovaní na uzavřených odděleních hodnotili tuto otázku podobně. 75 (78,13%) pacientů znalo lékaře jménem a 21 (21,87%) ho znalo, ale ne jménem. A i zde mohu velice kladně hodnotit, že nikdo z pacientů nevedl, že neznal svého ošetřujícího lékaře. Pozitivně je v této dimenzi hodnocena komunikace a srozumitelnost. Na otázku, zda lékaři odpovídali srozumitelně, odpovědělo *vždy* 55 (60,44%) pacientů z otevřených oddělení a *většinou ano* 32 (35,18%) pacientů. U pacientů z uzavřených oddělení byly zjištěny následující výsledky - *vždy srozumitelně* odpovědělo 51 (53%) a *většinou ano* 33 (34,37%) pacientů. Pokud porovnáme výsledky KOP, ve velké míře se neliší od výsledků tohoto šetření.

Čtvrtá, pro mě podstatná dimenze, se týkala spokojenosti se sestrami. Sestra je většinou první, kdo je s pacientem v kontaktu, a proto je této dimenzi věnována větší pozornost. Případné nedostatky zjištěné v této dimenzi mohou ze své pozice hlavní sestry

více ovlivnit, než pokud bych totéž zjistila u lékařů. Hodnocení otázky, zda sestra podala srozumitelnou odpověď, bylo následující. Na otevřeném oddělení dostalo srozumitelnou odpověď vždy 56 (61,54%) pacientů, většinou 25 (27,47%). Důležité je, že všichni dotazovaní pacienti dostali informace, kterým rozuměli. Na uzavřených odděleních hodnotili pacienti takto - 58 (60,42%) pacientů dostalo vždy srozumitelnou odpověď, 28 (29,16%) většinou a opět nikdo nevedl, že by sestry podávaly nesrozumitelné informace. Pokud porovnám hodnocení odpovědí z obou typů oddělení, odpovědi jsou velmi vyvážené.

Další otázka této dimenze se věnovala ochotě sester komunikovat s pacientem při jeho obavách a strachu. 51 (56,04%) pacientů z otevřených oddělení uvedlo, že sestra s nimi byla ochotna komunikovat vždy, 22 (24,17%) pacientů uvedlo, že sestra byla většinou ochotna a nikdo neodpověděl, že sestry nebyly ochotny komunikovat s pacienty. Ještě lépe hodnotili tuto otázku pacienti z uzavřených oddělení. 69 (71,87%) pacientů uvedlo, že sestry byly vždy ochotny komunikovat a 14 (14,58%), že většinou. Opět nikdo nevedl, že sestry nebyly ochotny komunikovat při jejich potížích a obavách. Právě efektivní komunikace je pro pacienta hospitalizovaného na psychiatrii velmi důležitá. S nárůstem dokumentace jsem se domnívala, že sestráům ubývá času na komunikaci a velice mě výsledek překvapil. Je tedy možné konstatovat, že pacienti hospitalizovaní v psychiatrické léčebně jsou spokojeni s komunikací sester.

Důvěru k sestráům hodnotili pacienti z otevřených oddělení také pro mě velmi pozitivně. 68 (74,73%) pacientů odpovědělo, že důvěru k sestráům měli určitě, 23 (25,27%) většinou ano a z otevřených oddělení žádný z pacientů nevedl, že důvěru k sestráům neměl. Hodnocení u pacientů hospitalizovaných na uzavřených odděleních bylo odlišné, přesto uspokojující, vzhledem ke skladbě pacientů a jejich diagnózám. Určitě ano odpovědělo 58 (60,42%) pacientů, většinou ano 36 (37,5%) pacientů. Sestra musí u pacientů budovat důvěru, projevovat vysokou dávku trpělivosti a taktu. Zároveň porovnání celé této dimenze s výsledky KOP svědčí o téměř shodných výsledcích, týkajících se spokojenosti pacientů se sestrami. V projektu KOP uvedlo spokojenost 73% pacientů.

Pátá dimenze obsahovala otázky, které se týkaly zdravotní péče. Otázky byly zaměřeny na poskytování protichůdných informací, dosažitelnost personálu, spolurozhodování o léčbě, respektování soukromí a v neposlední řadě seznámení s Etickým kodexem Práv pacientů. Velmi pozitivní zjištění bylo, že pacienti nedostávají

protichůdné informace. To uvedlo 82 (90,1%) pacientů z otevřených oddělení a 83 (86,46%) pacienti z uzavřených oddělení. Bylo by velice žádoucí, aby tato otázka byla i v dalším dotazníkovém šetření hodnocení spokojenosti pacientů v psychiatrické léčebně takto hodnocena. V otázce dosažitelnosti personálu odpověděli pouze 2 (2,08%) pacienti z uzavřeného oddělení, že personál nebyl dosažitelný. Naopak dobrou dosažitelnost personálu uvedlo 64 (70,33%) pacientů z otevřených oddělení a celkem dobrou dosažitelnost uvedlo 27 (29,67%) pacientů. Pacienti z uzavřených oddělení hodnotili dosažitelnost mírně rozdílněji. 59 (61,46%) pacientů uvedlo dobrou dosažitelnost, spíše dobrou uvedlo 33 (34,38%) pacientů.

Další otázka byla u obou typů oddělení hodnocena překvapivě. Týkala se spolurozhodování o léčbě. Trend o spolurozhodování a zapojení se do léčby má mezi pacienty a ostatní populací stoupající tendenci, i když výsledky z tohoto šetření tomu nenavštědčují. Více spolurozhodovat o léčbě by chtělo pouze 15 (16,49%) pacientů z otevřených oddělení a 8 (8,33%) z uzavřených oddělení. Více zapojit do léčby by se nechtělo 69 (75,82%) pacientů z otevřených oddělení a 78 (81,25%) pacientů hospitalizovaných na uzavřených oddělení. Porovnáme-li tyto výsledky s výsledky KOP, více rozhodovat o léčbě by chtělo 38% pacientů, nechtělo 41% a 13% pacientů neví.

Další otázka této dimenze se týkala dostatku soukromí při vyšetření a léčbě, kdy 82 (90,1%) pacientů z otevřených oddělení uvedlo, že vždy mělo dostatek soukromí a pouze 9 (9,9%) uvedlo, že občas. Nikdo z pacientů neuvedl, že neměl dostatek soukromí. Rovněž tak v hodnocení pacientů na uzavřených odděleních neuvedl nikdo, že by neměl dostatek soukromí. Občas uvedlo 12 (12,5%) pacientů a 84 (87,5%) pacientů uvedlo, že mělo vždy dostatek soukromí. Této problematice je věnována velká pozornost nejen ze strany pacientů a veřejnosti, ale například i mezinárodní komise zabývající se dodržováním lidských práv upozorňuje na důslednost dodržování soukromí v zařízeních poskytující psychiatrickou péči.

Další otázka, věnovaná seznámení s Chartou práv pacientů, byla hodnocena na otevřených oddělení nečekaně kladně. 83 (91,21%) pacientů uvedlo, že bylo seznámeno s právy pacientů, 3 (3,3%) uvedli, že nebyli seznámeni a 5 (5,49%) pacientů uvedlo, že si nevzpomíná. Na uzavřených odděleních byly výsledky ještě lepší. S Chartou práv pacientů bylo seznámeno 94 (97,92%) pacientů, pouze 1 (1,04%) pacient nebyl seznámen a 1 (1,04%) si nevzpomíná. Domnívala jsem se, že sestry opomíjejí pacienty

seznamovat s právy pacientů, ale i v porovnání s výsledky KOP, kde uvedlo 86% pacientů, že bylo s právy seznámeno, je zřejmé, že toto není ze strany sester v PL zanedbáváno. To znamená, že výsledky šetření této práce dokazují ještě větší informovanost pacientů v této oblasti.

Předposlední, šestá dimenze obsahovala dvě otázky a týkala se informovanosti pacientů a jejich blízkých při propuštění ze zařízení. Z analýzy vyplývá, že jak pacienti, tak rodinní příslušníci jsou dostatečně edukováni při propuštění. Na otevřených odděleních je to 88 (96,7%), kteří udali, že byli jasně a srozumitelně informováni, jak o sebe pečovat při propuštění, 3 (3,3%) pacienti uvedli málo srozumitelnou edukaci. Na uzavřených odděleních byla také šetřením ověřována edukace a bylo zjištěno, že jasně a srozumitelně bylo edukováno 89 (92,71%) pacientů, málo srozumitelně 7 (7,29%). U obou typů oddělení bylo zjištěno, že u nikoho z pacientů nebyla edukace nesrozumitelná nebo žádná. To znamená, že sestry se této problematice dostatečně věnují a znalost problematiky léčby duševně nemocných je u nich na odborné úrovni. Sestry si uvědomují, že správná informovanost a komunikace s pacienty a jejich rodinnými příslušníky je nedílnou součástí uspokojování potřeb nemocných. V porovnání s KOP z roku 2010 se zlepšila edukace rodinných příslušníků, kdy byla uvedena edukace u 68%.

Poslední, sedmá dimenze byla věnována obecnému hodnocení léčebny. Otázky byly zaměřeny na celkové hodnocení péče, zdravotního stavu při propuštění a další otázka se týkala doporučení zařízení ostatním pacientům. Hodnocení, zda byli pacienti léčeni s úctou a respektem, bylo kladné u 88 (96,70%) z otevřených oddělení. Na uzavřených odděleních bylo hodnoceno kladně u 94 (97,92%) pacientů. Žádný z pacientů z obou typů oddělení neměl pocit, že nebyl léčen s úctou a respektem. V porovnání s výsledky projektu KOP jsou výsledky v PL nepatrně lepší.

Důležité v této dimenzi bylo hodnocení zdravotního stavu pacientů při propuštění z léčebny, kdy 85 (93,41%) pacientů z otevřených oddělení udává zlepšení stavu, 6 (6,59%) cítí, že zdravotní stav byl nezměněn a zhoršení stavu nebylo zaznamenáno. Zároveň i hodnocení pacientů z uzavřených oddělení bylo pozitivní. 88 (91,67%) pacientů uvedlo zlepšení zdravotního stavu, u 7 (7,29%) pacientů byl zdravotní stav nezměněn a jeden pacient uvedl, že zdravotní stav byl při hospitalizaci zhoršen.

Při opakované volbě by toto zařízení využilo 66 (72,53%) pacientů z otevřených oddělení, spíše ano 23 (25,27%) a spíše ne uvedli 2 (2,2%) pacienti. Překvapující byl výsledek šetření na uzavřených odděleních, kdy by toto zařízení opětovně využilo 76 (79,17%) pacientů, spíše by jej využilo 20 (20,83%) a žádný pacient neuvedl, že by si zařízení k hospitalizaci znovu nevybral. Opakovaná hospitalizace v zařízení je hodnocena prostřednictvím KOP takto - 59% pacientů by určitě vybralo pro hospitalizaci zkoumané zařízení, 29% spíše ano, spíše ne uvedlo 7% pacientů a 3% pacientů by si toto zařízení nevybralo. Při porovnání těchto výsledků vidíme v této oblasti zlepšení.

V poslední položce dotazníku byla pacientům nabídnuta možnost napsání vlastních připomínek, námětů a návrhů, týkajících se kvality péče a spokojenosti v naší léčebně. Této možnosti využilo 9 pacientů. Část připomínek se týkala spokojenosti pacientů s personálem a prostředím zařízení. Čtyři pacienti vyjádřili poděkování za péči, která jim v léčebně byla poskytována.

ZÁVĚR

Sledování spokojenosti pacientů je neustále aktuální, a to nejen z důvodu výběru zařízení, ale i následné konkurence mezi nimi. Spokojenost pacienta je subjektivní a souvisí s uspokojováním jeho potřeb. Pacient může do jisté míry ovlivnit efekt léčby. Na uspokojování potřeb a spokojenosti pacientů se podílí celý tým zdravotnických pracovníků. Každý pacient si však musí uvědomit, že i on sám je součástí týmu. Zároveň musí ale vědět, že tým je vždy připraven pokud možno zajistit jeho maximální spokojenost. Avšak bez touhy a motivace k uzdravení by byla snaha zdravotníků téměř zbytečná.

Cílem této práce bylo zjistit spokojenost pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně v Dobřanech. Z vyhodnocených dotazníků vyplývá, že více než polovina pacientů je spokojena s poskytovanou péčí a zároveň v hodnocení mezi otevřenými a uzavřenými odděleními není diametrální rozdíl.

Prostřednictvím šetření byly ověřovány následující hypotézy. H 1 – Pacienti jsou spokojeni s organizací a průběhem přijetí. Můžeme konstatovat, že tato hypotéza se potvrdila. Dokonce překvapivě lepší bylo hodnocení od pacientů hospitalizovaných na uzavřených odděleních. H 2 - Pacienti jsou spokojeni s ošetřujícím lékařem. Opět i tato hypotéza byla potvrzena, i když kladné hodnocení vztahu pacient - lékař převažovalo u pacientů z otevřených oddělení. H 3 – Pacienti jsou spokojeni s ošetřujícími sestrami. Sestry byly hodnoceny velmi kladně, lépe než lékaři. Hodnocení bylo téměř shodné na obou typech oddělení. Hypotéza se potvrdila. H 4 – Obecná spokojenost s kvalitou poskytované péče je větší u pacientů z otevřených oddělení než u pacientů z uzavřených oddělení. Tato hypotéza se nepotvrdila, protože bylo prokázáno, že většinu zkoumaných oblastí hodnotili pacienti z obou typů oddělení přibližně stejně. Rozdílné hodnocení bylo pouze v otázkách týkajících se prostředí, kdy méně spokojeni byli pacienti z uzavřených oddělení. H 5 – S poskytováním služeb jsou častěji spokojeni pacienti z otevřených oddělení. Tato hypotéza se nepotvrdila. Naopak v některých otázkách převažuje kladnější hodnocení od pacientů z uzavřených oddělení, např. v hodnocení stravy nebo v hodnocení kulturních a společenských akcí.

Na základě výsledků této práce lze říci, že pacienti hospitalizovaní v psychiatrické léčebně jsou s kvalitou poskytované péče spokojeni. Horší hodnocení se týkalo prostředí jednotlivých oddělení. V průběhu posledních deseti let již došlo k výraznému zlepšení prostředí, řada pavilonů prošla rekonstrukcí. Dlouhodobý plán

managementu PL zahrnuje přípravu projektů na modernizaci dalších pavilonů.

Dále by měla být zaměřena pozornost na poskytování informací pacientům při příjmu za strany lékařů. Z pozice hlavní sestry je tento problém hůře ovlivnitelný, avšak s výsledky šetření bude pracovat i náměstek pro léčebnou a preventivní péči, který metodicky vede činnost lékařů.

Další oblastí, ve které vidím možnosti zlepšení, je poskytování kulturních a společenských akcí. Léčebna spolupracuje s několika institucemi, mezi které patří Město Dobřany, ZUŠ Dobřany, ZUŠ Chrást a Centrum komunitní péče FOKUS. V současné době přibývá organizací poskytujících kulturní a společenské aktivity, proto i vedení léčebny plánuje využít nových možností spolupráce s těmito organizacemi.

Měření kvality péče prostřednictvím sledování spokojenosti pacientů má své pevné místo v aktivitách managementu zdravotnických zařízení. Výsledky průzkumného šetření prováděného v PL v Dobřanech budou použity v rámci kontinuálního zvyšování kvality péče. Pro mě, hlavní sestru psychiatrické léčebny, byl tento průzkum velkým přínosem jednak z toho důvodu, že výsledky prokázaly spokojenost našich pacientů, a jednak z důvodu zjištění, ve kterých konkrétních oblastech je potřeba s celým týmem spolupracovníků kvalitu zvýšit.

LITERATURA A PRAMENY

1. PRAŠKO, Ján. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-002-4.
2. VENCOVSKÝ, Eugen. *Psychiatrie dávných věků*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-226-5.
3. RADIMSKÝ, Marek a kol. *Psychiatrie I*. 3. přepracované vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. ISBN 80-7013-218-3.
4. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
5. Komunitní péče za branami léčeben? *Esprit*. 2011, 15(5-6), 11. ISSN 1314-2123.
6. JAROLÍMEK, Martin. Transformace v zájmu vážně duševně nemocných. *Esprit*. 2010, roč. 13, 5-6, 18 (4-6). ISSN 1214-2123.
7. *LEMON 2: Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. ISBN 80-7013-238-8.
8. ROZSYPALOVÁ, Marie, Marta STAŇKOVÁ a kol. *Ošetrovatelství I/1*. 2 přepracované vyd. Praha: INFORMATORIUM, 1996. ISBN 80-85-427-93-1.
9. SLOVÁČEK, Ladislav, Brigita SLOVÁČKOVÁ a kol. Kvalita života nemocných: Jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. 2004, LXXIII, č. 1, s. 4. Dostupné z: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf
10. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-324-4
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
12. PALČOVÁ, Alena. *Dotazník kvality života (Q-LES-Q) : kvalita prožívání radosti a spokojenosti ze života : (quality of life enjoyment and satisfaction) : informace pro terapeuta*. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis - Amepra, 2003. ISBN 80-86694-02-X.

13. GLADKIJ, Ivan, Leoš HEGER a Ladislav STRNAD. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-272-8.
14. RAITER, Tomáš . Kvalita očima pacientů. *Zdravotnické noviny*. 2010, 59(4), 8. Dostupné z: www.zdravky.cz
15. JURÁSKOVÁ, Dana a Dita SVOBODOVÁ. Kvalita jako priorita. *FLORENCE: Časopis moderního ošetrovatelství*. Praha: Ambit Media, 2009, roč. 5, č. 4, s. 49 (9). ISSN 1801-464X. Dostupné z: www.florence.cz
16. RAITER, Tomáš. *Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 3.3.2008 [cit. 2012-01-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Kvalita/dokumenty/mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu_3722_1816_13.html
17. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
18. HCI: HealthCare Institut. [online]. [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <http://www.hc-institute.org/v2/article.php?lng=1&id=1>
19. ŠKUBOVÁ, Jarmila. Bezpečnější a kvalitnější zdravotnictví. *FLORENCE: Časopis moderního ošetrovatelství*. Praha: Ambit Media, 2010, roč. 6, č. 1, 48 (5). ISSN 1801-464X. Dostupné z: www.florence.cz
20. *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. ISBN 80-7313-263-9.
21. *České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. ISBN 80-7013-270-1.
22. BÁRTOVÁ, Sylva a Helena HNILICOVÁ. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2000. ISBN 80-7013-311-2.
23. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178303X.
24. Velký lékařský slovník On-line. [online]. 2008 [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/spokojenost-pacientu-se-zdravotni-peci>

25. EXNER, Lumír, Tomáš RAITER a Dita STEJSKALOVÁ. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1.vyd. Praha: Professional Publishing, 2005. ISBN 80-86419-73-8.
26. MZCR: Společný projekt MZČR a WHO 2010. [online]. 2010 [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaodbornik/dokumenty/spolecny-projekt-mzcr-a-who-2010-2011_5559_15.html
27. NOVÁKOVÁ, Marie. Hodnocení některých ukazatelů kvality zdravotnické péče dotazníkem: Subjektivní hodnocení spokojenosti pacientů s péčí na klinice PCP. *Psychiatrie: Časopis pro moderní psychiatrii*. 1998, roč. 2, č. 3, 208 (181-183). ISSN 1211-7579.
28. The Joint Commission: About the Joint Commission. [online]. 2011 [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx
29. JCI Accredited Organizations: Joint Commission International. [online]. 2002 [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <http://www.jointcommissioninternational.org/JCI-Accredited-Organizations/>
30. ISO: International Standard Organisation. [online]. 2011 [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <http://www.iso.cz/>
31. Spojená akreditační komise: O nás. [online]. 2010 [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>
32. MARX, David a František VLČEK. *Národní akreditační standardy pro nemocnice: Manuál a metodika plnění*. 1. vyd. Praha: TIGIS, 2009. ISBN 978-80-903750-6-2.
33. Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře: při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. [online]. 2005 [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <http://www.naskl.cz/>
34. SÚKL: Státní ústav pro kontrolu léčiv. [online]. 2010 [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/>
35. MÜLLEROVÁ, Nina. *Sestra v roli auditorky. Florence*. Praha: Galén, 2006.
36. *130 let Psychiatrické léčebny v Dobřanech*. 1. vyd. Dobřany: TYPOS, 2010. ISBN 978-80-254-8150-9.

37. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
38. LÁVIČKOVÁ, Jana. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů. *Sestra*. 2006, 16(4), s.30-31 ISSN 1210-0404.
39. RAITER, Tomáš . Aktivní pacient je pro zdravotnický systém výhodnější. *Zdravotnické noviny: Infoservice*. 2011, 60(49-50), 23. Dostupné z: www.zdravky.cz
40. MZCR: Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví. [online]. 2010 [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1847_15.html

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Typ oddělení.....	34
Graf 2 - První kontakt se zařízením	35
Graf 3 - Poskytnutí informací lékařem při přijetí	36
Graf 4 - Organizace a plynulost přijetí do léčebny	37
Graf 5 - Spokojenost s prostředím na oddělení.....	38
Graf 6 - Kvalita podávané stravy	39
Graf 7 - Spokojenost s nabídkou pracovních terapií.....	40
Graf 8 - Spokojenost s nabídkou kulturních a společenských akcí	41
Graf 9 - Znalost ošetřujícího lékaře	42
Graf 10 - Důvěra k lékaři	43
Graf 11 - Srozumitelnost komunikace s lékařem.....	44
Graf 12 - Ochota lékařů komunikovat s pacientem při potížích.....	45
Graf 13 - Srozumitelnost komunikace se sestrami	46
Graf 14 - Ochota sester komunikovat s pacientem při potížích.....	47
Graf 15 - Důvěra k všeobecným sestřám.....	48
Graf 16 - Podávání protichůdných informací	49
Graf 17 - Dosažitelnost personálu	50
Graf 18 - Spolurozhodování o léčbě	51
Graf 19 - Soukromí při vyšetření a léčbě.....	52
Graf 20 - Rychlost poskytnutí pomoci.....	53
Graf 21 - Seznámení s Právy pacientů.....	54
Graf 22 - Edukace pacienta před propuštěním.....	55
Graf 23 - Edukace rodinných příslušníků při propuštění.....	56
Graf 24 - Pocit úcty a respektu	57
Graf 25 - Celkové hodnocení péče	58
Graf 26 - Zdravotní stav při propuštění	59
Graf 27 - Opakovaná volba zdravotnického zařízení	60

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a.s.	akciová společnost
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
ISO	mezinárodní organizace pro normalizaci
JCAHO	Spojená komise pro akreditaci zdravotnických organizací
JCIA	Spojená komise pro mezinárodní akreditaci
KOP	Kvalita očima pacientů
NASKL	Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře
NELZP	nelékařský zdravotnický pracovník
o.p.s.	obecně prospěšná společnost
PL	psychiatrická léčebna
SAK	Spojená akreditační komise
STEM/MARK	Středisko empirických výzkumů
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
USA	Spojené státy Americké
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZUŠ	základní umělecká škola

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Historické fotografie Psychiatrické léčebny v Dobřanech.....	75
Příloha 2 - Práva pacientů v ČR.....	76
Příloha 3 - Režimové oddělení pro léčbu závislostí a patologického hráčství	78
Příloha 4 - Oddělení zaměřené na léčbu akutních psychotických onemocnění.....	79
Příloha 5 - Dotazník	80

PŘÍLOHY

Příloha 1 - Historické fotografie Psychiatrické léčebny v Dobřanech



zdroj: <http://www.pldobrany.cz/historie.html>

Příloha 2 - Práva pacientů v ČR

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

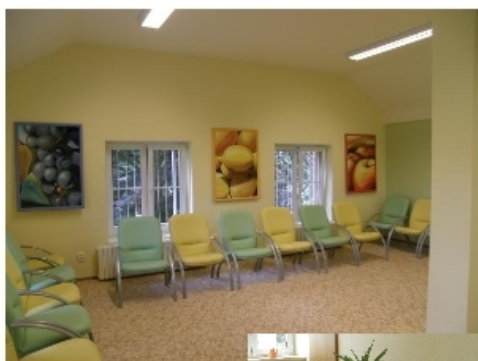
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992

zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/840>

Příloha 3 - Režimové oddělení pro léčbu závislostí a patologického hráčství



zdroj: <http://www.pldobrany.cz/primariat-v-odd-1-19-24-25.html>

Příloha 4 - Oddělení zaměřené na léčbu akutních psychotických onemocnění



zdroj: <http://www.pldobrany.cz/primariat-iv-odd-15-18-20.html>

Příloha 5 - Dotazník

Dotazník



Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o anonymní vyplnění dotazníku, týkající se míry spokojenosti se zdravotnickou péčí v naší léčebně. Bude nás informovat o naplňování práv Vás – pacientů. Výsledky tohoto šetření budou použity v bakalářské práci, kterou zpracovávám v rámci studia oboru všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií ZČU v Plzni, a dále budou předloženy vedení léčebny a oddělení ošetrovatelské péče a kvality. Budou cennou pomůckou pro zvyšování kvality péče v našem zařízení.

U jednotlivých otázek vždy zaškrtněte tu odpověď, která nejvíce vystihuje Váš názor.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Hana Benediktová - studentka

1) Na jakém typu oddělení jste se před propuštěním léčil/a?

uzavřeném

otevřeném

Přijetí do léčebny

2) Jak na Vás působil první kontakt se zařízením na centrálním příjmu?

velmi dobře a profesionálně

průměrně

velmi špatně

nevzpomínám si

3) Dostal/a jste během přijetí na oddělení od lékaře dostatek informací o svém zdravotním stavu a dalším průběhu Vaší léčby?

ano

ano, v omezené míře

ne, ačkoliv jsem to žádal/a

ne, nežádal/a jsem informace

4) Zakroužkujte, jak byste oznámkoval/a organizaci a plynulost Vašeho přijetí do léčebny.

(1 = nejlepší známka, 5 = nejhorší známka)

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

Pobyť v léčebně

5) Jak jste byl/a spokojen/a s prostředím na oddělení?

velmi spokojen/a

spíše spokoje/a

spíše nespokojen/a

zcela nespokojen/a

6) Jak byste hodnotil/a kvalitu podávané stravy?

- velmi dobrá
- spíše dobrá
- spíše špatná
- velmi špatná
- nemocniční stravu jsem nejedl/a

7) Byl/a jste spokojen/a s nabídkou pracovních terapií?

- ano
- částečně
- ne

8) Byl/a jste spokojen/a s nabídkou kulturních a sportovních akcí?

- ano
- částečně
- ne

Lékaři

9) Znal/a jste svého ošetřujícího lékaře?

- ano, znal/a jsem ho jménem
- ano, ale neznal/a jsem ho jménem
- ne, nevím, kdo byl můj ošetřující lékař

10) Jak byste zhodnotil/a Váš vztah k lékaři z hlediska důvěry?

- velmi dobrý
- dobrý
- nepříliš dobrý
- špatný

11) Když jste položil/a lékaři důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a ?

- vždy
- většinou
- občas
- nikdy
- neptal/a jsem se

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

- vždy
- většinou
- občas
- nikdy
- neměl jsem strach

Všeobecné sestry

13) Když jste položil/a všeobecné sestře důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?

- vždy
- většinou
- občas
- nikdy
- neptal/a jsem se

14) Pokud jste měl/a strach nebo obavy ze svého zdravotního stavu nebo léčby, byla všeobecná sestra ochotna si s Vámi promluvit?

- vždy
- většinou
- občas
- nikdy
- neměl/a jsem strach

15) Měl/a jste důvěru ke všeobecným sestřím, které Vás ošetřovaly?

- určitě ano
- většinou ano
- většinou ne
- vůbec ne

Zdravotní péče/léčba

- 16) Stalo se Vám, že jste dostal/a během pobytu v zařízení od zdravotnického personálu protichůdné informace?
- často
 občas
 nikdy
- 17) Vyhovovala Vám dosažitelnost zdravotnického personálu na oddělení?
- určitě ano
 spíše ano
 spíše ne
 určitě ne
 nevím
- 18) Chtěl/a jste být více zapojen/a do rozhodování o své léčbě?
- ano ne nevím
- 19) Měl/a jste dostatek soukromí při vyšetření a nebo léčbě?
- vždy občas nikdy
- 20) Jak jste byl/a celkově spokojen/a s rychlostí, s jakou Vám personál v případě potřeby poskytl pomoc?
- velmi spokojen/a
 spíše spokojen/a
 spíše nespokojen/a
 zcela nespokojen/a
 nepotřeboval/a jsem pomoc
- 21) Byl/a jste seznámen/a s Právy pacientů?
- ano ne nevzpomínám si

Propuštění z léčebny

22) **Vysvětlili Vám zdravotníci, jak o sebe pečovat a jak užívat léky po propuštění?**

- jasně a srozumitelně
- málo srozumitelně
- nesrozumitelně
- vůbec ne

23) **Vysvětlili zdravotníci Vaším blízkým, jakou pomoc doma budete potřebovat?**

- jasně a srozumitelně
- málo srozumitelně
- nesrozumitelně
- vůbec ne

Obecné hodnocení léčebny

24) **Cítíte celkově, že jste byl/a léčen/a s úctou a respektem?**

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- určitě ne

25) **Zakroužkujte, jak byste celkově ohodnotil/a péči, která Vám zde byla poskytnuta.**

(1= nejlepší známka, 5= nejhorší známka)

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

26) Jak byste hodnotil/a Váš zdravotní stav při propuštění?

- zlepšen
- nezměněn
- zhoršen

27) Kdybyste měl/a možnost vybrat si mezi naším a jiným zdravotnickým zařízením, přijdete opět k nám?

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- určitě ne

Na tomto místě bych velice uvítala jakékoliv Vaše připomínky, náměty a návrhy týkající se kvality péče a Vaší spokojenosti v naší léčebně.

Děkuji Vám za spolupráci