

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav zdravotnického managementu

Daniel Potměšil

**Kvalita poskytované zdravotní péče ve Fakultní nemocnici
Hradec Králové**

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. Mgr. Jan Lužný, Ph.D.

Olomouc 2013

Anotace

Příjmení a jméno autora:	Potměšil Daniel
Instituce:	Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
Název práce:	Kvalita poskytované zdravotní péče ve Fakultní nemocnici Hradec Králové
Vedoucí práce:	MUDr. Mgr. Jan Lužný, Ph.D.
Oponent práce:	MUDr. Lumír Kantor, Ph.D.
Počet stran:	90
Počet příloh:	2
Rok obhajoby:	2013
Klíčová slova v ČJ:	kvalita zdravotní péče, standardy zdravotní péče, Fakultní nemocnice Hradec Králové, management nemocnice, akreditace
Klíčová slova v AJ:	quality of health care, standards of quality in health care, University Hospital Hradec Králové, health care management, accreditation

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce je zaměřena na problematiku kvality poskytované zdravotní péče. V teoretické části jsou podrobně popsány pojmy: zdraví, zdravotní péče a kvalita poskytované péče. Podrobně je také popsán proces akreditace zdravotnického zařízení. V praktické části je provedeno dotazníkové šetření ve Fakultní nemocnici Hradec Králové, které mělo za cíl analyzovat vnímání kvality poskytované zdravotní péče zdravotnickými pracovníky, kteří pracují na různých úrovních poskytování zdravotní péče v tomto zařízení. Pro vyhodnocení vybrané části dotazníku byl využit statistický program Sigma Plot 9.0. V závěru jsou graficky prezentovány výsledky šetření, včetně komentářů.

Abstrakt v AJ:

This thesis is focused on the quality of health care. In the theoretical part there are described in detail following concepts: health, health care and quality of care. There is also described in detail the process of accreditation of health institution. In the practical part of the thesis is described a questionnaire survey at the University

Hospital Hradec Králové, which aimed to analyze the perception of the quality of health care provided by health professionals, working at different levels of health care in this institution. To evaluate the selected part of the questionnaire was used statistical program Sigma Plot 9.0. At the end of the theses there are graphically presented results of the survey, including comments.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jen
uvedené informační zdroje.

Olomouc 22. června 2013

podpis

Děkuji MUDr. Mgr. Janu Lužnému, Ph.D., za odborné vedení mé práce, cenné rady a připomínky. Děkuji Mgr. Janě Zapletalové, Dr., za rady ohledně statistického vyhodnocení výzkumu.

Obsah	
Anotace.....	5
Úvod	8
1 Teoretická východiska.....	9
1.1 Zdraví	9
1.1.1 Negativní vymezení.....	10
1.1.2 Pozitivní vymezení	10
1.2 Nemoc	11
1.3 Péče o zdraví	11
1.4 Zdravotní péče.....	12
1.4.1 Teoretické rozdělení	12
1.4.1.1 Struktura	14
1.4.1.2 Proces	14
1.4.1.3 Výstup (Výsledky)	15
1.4.2 Zdravotní péče podle zákona.....	15
1.4.3 Rozdělení zdravotní péče v praxi	16
1.4.3.1 Primární, sekundární a terciální péče	16
1.4.3.2 Ambulantní a ústavní péče	18
1.4.3.3 Standardní a nadstandardní péče	18
1.5 Kvalita zdravotní péče.....	20
1.5.1 Definování kvality zdravotní péče	20
1.5.2 Šest rozměrů kvality péče podle Maxwella.....	23
1.5.3 Příklad využití sjednocení teorie Donabediana a Maxwella	26
1.5.4 Přístupy ke kvalitě	27
1.5.4.1 Definování kvality péče pro jedince.....	28
1.5.4.2 Definování kvality péče pro populaci	30
1.5.5 Důvody pro kvalitu.....	31

1.5.5.1 Zdravá populace	31
1.5.5.2 Náklady na péči	32
1.5.5.3 Příčiny růstu nákladů na péči	33
1.6 Standardizace jako cesta k akreditaci	34
1.6.1 Provozní standardy	35
1.6.2 Procesní standardy	35
1.6.3 Standardy výsledků péče	35
1.7 Akreditace	36
1.7.1 The joint commission	37
1.7.2 Joint Commission International	38
1.7.3 Spojená akreditační komise (SAK ČR)	38
1.7.4 Přínosy akreditace	39
1.7.5 Mezinárodní akreditační standardy	40
1.7.5.1 Vznik standardů	40
1.7.5.2 Sledované procesy	40
1.7.5.3 Součásti akreditačního standardu	41
1.7.5.4 Hodnocení akreditačního standardu	43
1.8 E-Qualin	43
Praktická část	45
Úvod	45
1 Cíl výzkumu	46
1.1 Dílčí cíle:	46
2 Očekávaný přínos pro zdravotnické zařízení	47
3 Zkoumané zdravotnické zařízení – Fakultní nemocnice Hradec Králové	48
4 Metody výzkumu	50
4.1 Skupiny respondentů	50
4.2 Dotazník	50

4.2.1 Oddíl A	50
4.2.2 Oddíl B	54
4.2.3 Oddíl C	55
5 Výsledky.....	57
5.1 Vyhodnocení části A	57
5.2 Vyhodnocení části B – Faktory ovlivňující kvalitu péče	66
Tabulka výsledků	71
6 Diskuze	75
Závěr.....	79
Literatura a prameny	81
Seznam tabulek.....	84
Seznam grafů.....	85
Seznam obrázků	86
Seznam příloh.....	87
Příloha č. 1 – Dotazník	88
Příloha č. 2 – Ukázka výstupu z programu Sigma Plot 9.0.....	90

Cíl práce

Cílem předložené diplomové práce je analyzovat vnímání kvality poskytované zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení. Ne však z hlediska úrovně kvality poskytované péče, ale z hlediska priorit zainteresovaných stran. Zabývat se budu třemi skupinami: lékaři, všeobecnými sestrami a managementem jednotlivých klinik zdravotnického zařízení. Všichni lidé patřící do těchto skupin mají bezesporu zájem na tom, aby poskytovali maximálně kvalitní zdravotní péči. Každá skupina pracovníků má však svůj pohled na věc, své kompetence, zájmy, cíle a priority.

Dílčími cíli diplomové práce jsou získání informací o postojích oslovených skupin ke kvalitě, identifikace trendů a nalezení těch aspektů kvality, na jejichž prioritě se respondenti shodnou i těch, u kterých se jejich pohled na tuto záležitost rozchází. Součástí práce je kromě interpretace závěrů i formulace doporučení.

Úvod

V minulém režimu se nejen v České republice, ale i v zahraničí (hlavně směrem na východ od našich hranic) kladl důraz na kvantitu, kvalita zůstávala v pozadí. Je celkem jedno, jestli se jednalo o množství vytěženého černého uhlí, počet vyrobených vozů značky Lada, procento nezaměstnaných či počet vykonaných lékařských zákroků. Důležitá byla čísla, tabulky, (pře)plnění plánů. Postupem času však lidé, možná s lehkou inspirací ze západních zemí, začali přicházet na to, že i kvalita je ekonomickým/měřitelným ukazatelem a že případný zisk roste nejen s přibývajícím kvantitou, ale i s rostoucí kvalitou výrobků a služeb.

Bylo možné pozorovat, že důraz na kvalitu začal být kladen nejdříve v podnikatelské sféře. Podnikatelé správně zjistili, že nejvýhodnějším prodejem je prodej opakovaný, tedy když se k nám zákazník opět po čase vrátí a zakoupí si jiný výrobek či službu. Na otázku: „V jakém případě se k nám budou zákazníci vracet?“, si podnikatelé správně odpověděli: „Zákazník se k nám vrátí, pokud bude mít pocit, že v minulosti dobře nakoupil.“ Obzvláště bych chtěl vyzdvihnout slovo „pocit“, které velmi úzce souvisí s kvalitou a s chováním zákazníka (pacienta). Představme si člověka, který si kupuje starší osobní automobil. Zatímco v jednom bazaru je vůz levnější, vyšší kvalita služeb a lepší přístup personálu může způsobit to, že si zákazník nakonec koupí vůz u jiného prodejce, a to i přes vyšší cenu. Tímto způsobem to funguje v tržním systému.

O zdravotnictví se dlouhou dobu jako o „trhu“ vůbec nepřemýšlelo. A nutno přiznat, že právem. Lidé jsou přeci stále nemocní, stále platí zdravotní pojištění a tento koloběh stačí jen přiživovat občasnými většími, či menšími injekcemi ze státního rozpočtu. Nejprve farmaceutické společnosti a později i ostatní účastníci zdravotnického trhu, včetně samotných zdravotnických zařízení, ale začaly přemýšlet tržně a dělat si dobré PR, kde kvalita samozřejmě hraje prim. Hovoříme hlavně o kvalitě poskytované zdravotní péče.

Kvalita se začala sledovat, měřit a zlepšovat, ve zdravotnictví objektivně a prokazatelně stále stoupá, což potvrzují mnohé statistiky. Existují návody, procesy, indikátory, audity i komise. Nahlížejí ale na kvalitu péče všichni účastníci zdravotnického procesu stejně? Mají stejné priority? Táhnou všichni v oblasti kvality za jeden provaz?

1 Teoretická východiska

Ještě před tématem samotné kvality je vhodné si definovat pojmy, se kterými se bude v této práci pracovat. Těmito pojmy jsou zdraví, zdravotní péče a kvalita ve zdravotnictví.

1.1 Zdraví

Naprostá většina z nás chce být zdravá. Vyvstává zde ale otázka: Co je to vlastně zdraví? Pokud by na otázku odpovídalo několik lidí, jejich odpovědi by se jistě různily. Pro někoho je to dobrá fyzická, pro někoho psychická kondice, pro dalšího zase například život bez bolesti či zbytnost konzumace léků. Zdraví je obecně chápáno jako velmi zvláštní hodnota, která má pro každého jedince jiný význam. Podle Durdisové je „zdraví specifickou hodnotou, která sama o sobě nemá hmotnou podstatu (povahu hmotného statku), nemá vlastnosti zboží, není a nemůže být předmětem koupě a prodeje.“¹

Zdraví je i velmi relativní pojem – to, co jeden označí za nemoc, druhý považuje za velmi dobrý zdravotní stav. Jako ve všem existuje vývoj i v oblasti chápání pojmu zdraví – zatímco dříve bylo zdraví chápáno jako aktuální stav jedince, v současnosti chápeme zdraví spíše jako proces, díky kterému máme tzv. pocit, že jsme zdraví.

Světová zdravotnická organizace (WHO) ve svém zakládajícím dokumentu z roku 1946, který vstoupil v platnost v roce 1948, definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“² Tuto definici WHO od svého založení zatím nezměnila. Stala se základem pro definice mnohých dalších odborníků v oboru. WHO ve své definici zahrnuje pozitivní i negativní vymezení pojmu zdraví, který důkladněji popisuje Durdisová (viz kapitoly 1.1.1 a 1.1.2).

¹ DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 18.

² WHO, *Constitution of world health organization*, s. 2.

1.1.1 Negativní vymezení

Mezi prvními definicemi negativního typu bychom zaznamenali tu, která označuje zdraví jako organizmus bez choroby. Tato definice chápe zdraví staticky – posuzuje jeho aktuální stav, který v současné době není vystavovaný účinkům choroby. V tomto případě tedy hovoříme o negativním vymezení pojmu zdraví.³

1.1.2 Pozitivní vymezení

Pozitivní vymezení se naopak snaží nastínit pozitivní znaky zdraví. Zde existují dva přístupy vymezení zdraví:

- Starší přístup chápe opět zdraví jako stav – hovoří se o statickém pojetí zdraví – organismu, který je schopen snášet zvýšené tělesné a duševní zatížení.
- Novější přístup nevnímá zdraví jako stav, ale jako proces – zde hovoříme o dynamickém pojetí, které přemýšlí o zdraví v širších souvislostech. Kritizuje definice, které vycházejí ze statického pojetí, protože tvrdí, že tohoto ideálního stavu „zdraví“ se reálně nedá dosáhnout.⁴

Definic pojmu zdraví existuje mnoho, od původních, přes ty od nich odvozené, až k různým kompilátům. Výše uvedené definice postačí k tomu, aby pro potřebu této diplomové práce byl jeden takový kompilát vytvořen.

„Zdraví je životní proces organismu, jehož základní charakteristikou je schopnost neustále se přizpůsobovat okolnímu prostředí tak, aby bylo možné v maximální možné míře dosáhnout stavu úplné fyzické, psychické a sociální pohody.“

³ DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 19-20.

⁴ Tamtéž.

1.2 Nemoc

Při definování pojmu nemoc bychom se možná mohli spokojit s chápáním tohoto pojmu jako protikladu ke slovu zdraví. A úvahy tímto směrem by jistě nebyly zcela liché. Jedna všeobecně uznávaná (a často citovaná) definice patří autorům Holčík a Žáček, kteří chápou nemoc jako „zjistitelnou poruchu zdraví, která má své příčiny, průběh i následky, kterou lze určit a klasifikovat s tím, že pro většinu lidí je nemoc spojena s vnímanými nesnázemi“.⁵ Tito autoři se také zaobírají náhledem na nemoc z různých hledisek, například nemoc jako objektivní, či subjektivní poruchu zdraví nebo nemoc jako předmět zdravotnických služeb. Je vhodné brát také v úvahu další, nezdravotní důsledky nemocí, jako je možné snížení finančních příjmů rodin nemocných, ztráta kontaktu s přáteli či kolegy z práce nebo i s vzdálenějšími příbuznými. Lingvistickou zajímavost zmiňuje Miroslav Barták,⁶ který poukazuje na rozdíl v anglických slovech *disease* a *illness*. Slovo *illness* je chápáno jako vnímání svého zdraví (své nemoci) jedincem bez ohledu na to, jestli je, nebo není ve skutečnosti nemocný. I objektivně zdravá osoba se může cítit nemocně a zkrátka má pocit, že nemocná je. Jiná osoba se stejnými příznaky se může cítit velmi dobře – zdravě. Naopak slovo *disease* je vyloženo jako přítomnost patologického jevu, který může vzniknout s i bez rozeznání tohoto stavu jedincem či společností. Vzhledem k tématu této diplomové práce a vzhledem k českému jazyku, ve kterém je psána, byla pro diplomovou práci vybrána definice Holčíka, Žáčka a Koupilové (viz výše).

1.3 Péče o zdraví

S pojmem péče o zdraví se setkáváme všichni. Nejprve slýcháváme od svých rodičů, abychom „na sebe venku dávali pozor“, abychom „jedli hodně ovoce a zeleniny a málo sladkostí“, abychom „si čistili zuby a neměli je zkažené“, atd. S nástupem komerce jsme začali z televize slyšet další hesla a slogany, které nás nabádají, abychom používali kvalitní zubní pasty, užívali množství doplňků stravy, používali krémy, kapky a masti. Péče o zdraví je tedy zpravidla chápána jako to, co každý z nás dělá proto, aby byl dlouhodobě zdravý. Z širšího úhlu pohledu na pojem

⁵ HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A., a KOUPILOVÁ, I., *Sociální lékařství*, s. 25.

⁶ BARTÁK, M., *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*, s. 17.

péče o zdraví nahlíží definice, která tento pojem označuje jako „soubor všech opatření ekonomických, kulturních, sociálních a zdravotnických v rámci hospodářské, kulturní a sociální činnosti společnosti, pokud tato opatření ovlivňují zdraví obyvatelstva“.⁷ Díky tomuto pohledu na věc tedy nemusíme chápat tento pojem nejen jako své jednání, kterým ovlivňujeme své zdraví, ale i jako různé jednání celé společnosti, které má vliv na zdraví každého z nás. Je potřeba říci, že se jedná především o aktivity preventivní, označované také jako aktivity „ex – ante“.

1.4 Zdravotní péče

1.4.1 Teoretické rozdělení

Zdravotní péči je potřeba chápat jako užší pojem, než péče o zdraví. Oproti péči o zdraví je zde většina aktivit již zaměřena k léčení nemoci, jedná se tedy o aktivity označované jako „ex – post.“ Součástí mohou být i činnosti, které se zaměřují na prevenci chorob, ale jen takové, které jsou zabezpečovány zdravotnickým systémem.⁸

Jedním z nejcitovanějších odborníků v oblasti definování pojmu zdravotní péče (a také její kvality) je bezesporu Avedis Donabedian (*1919, Beirut, Libanon – †2000, Ann Arbor, Michigan, USA). Donabedian byl první (roku 1966), kdo navrhl systémový rámec založený na struktuře (structure), procesu (process) a výstupech (outcome). Jedni z těch, kteří svou vědeckou činnost založili na myšlence Avedise Donabediana, byli i S. M. Campbell, M. O. Roland a S. A. Buetow ve svém odborném článku *Defining quality of care*.⁹ Tam vyzdvihují nutnost rozlišování mezi strukturou zdravotní péče, samotným poskytnutím této péče (= proces) a důsledky interakce mezi jedincem a zdravotním systémem (= výstupy). Dovolují si však s Donabediadem v určitém směru nesouhlasit. Podle nich totiž výstupy nejsou součástí zdravotní péče, ale jsou jejím důsledkem. Podobně chápou i Donabedianem definovanou strukturu – tu metaforicky přirovnávají k potrubí, kterým je zdravotní péče doručena a obdržena. Za

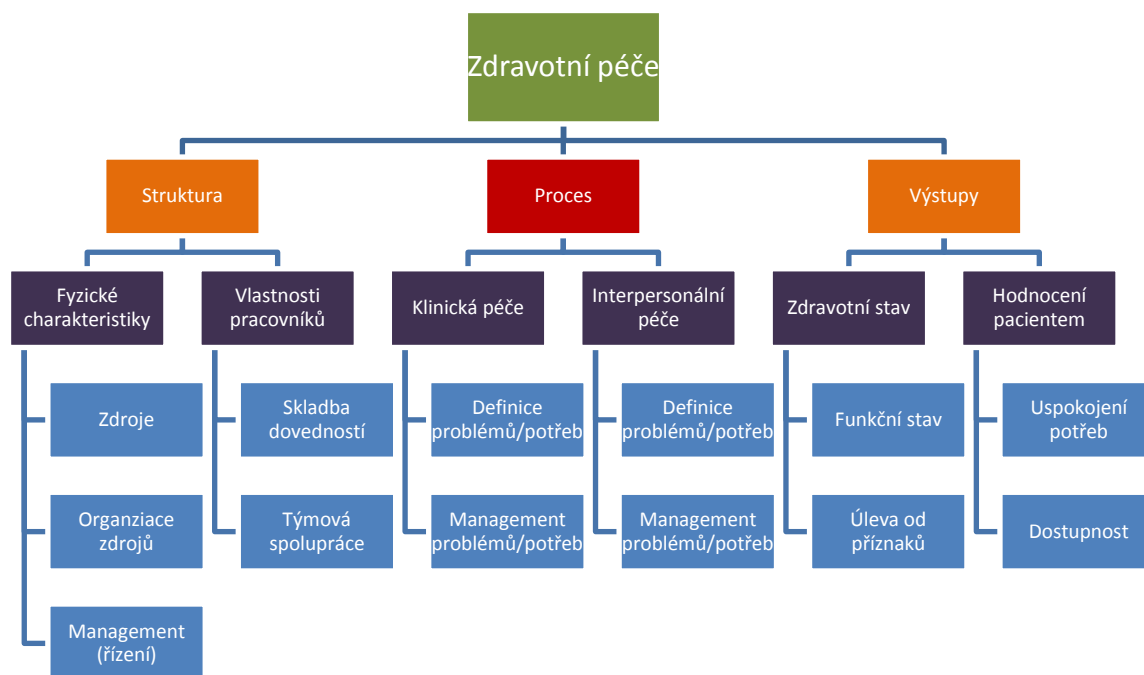
⁷ HUVÍKOVÁ, H., MURGAŠ, M., a NEMEC, J., *Ekonomika zdravotnictví*, s. 18.

⁸ DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 22.

⁹ CAMPBELL, S. M., ROLAND, M. O., a BUETOW, S. A., *Defining quality of care, Social science and medicine*, č. 11, s. 1612.

samotnou zdravotní péči tedy považují v podstatě jen prostřední část Donabadianova rozdělení, tedy proces.

Následující schéma (Obr. 1) znázorňuje hlavní tři již zmíněné součásti zdravotní péče podle Donabediana s důrazem na část „Process“, kterou vyzdvihují S. M. Campbell, M. O. Roland a S. A. Buetow. Podrobně jsou pojmy specifikovány v textu dále.



Obr. 1: Systémově založený model hodnocení péče (přeloženo z aj)¹⁰

Výše uvedené schéma je možné využít k nahlédnutí při studování následujících řádků (kapitoly 1.4.1.1, 1.4.1.2, 1.4.1.3), které jsou volným překladem textu¹¹, ve kterém Campbell, Roland a Buetow hlouběji popisují své vnímání rozdělení zdravotní péče, které je z podstatné části založena na myšlenkách Donabediana.

¹⁰ CAMPBELL, S. M., ROLAND, M. O., a BUETOW, S. A., Defining quality of care, *Social science and medicine*, č. 11, s. 1613.

¹¹ Tamtéž, s. 1613–1614.

1.4.1.1 Struktura

Struktura poukazuje na organizační faktory, které definují systém zdravotnictví, ve kterém je zdravotní péče poskytována. Identifikujeme zde dvě hlavní oblasti struktury zdravotní péče: fyzické charakteristiky a charakteristiky pracovníků. Obrázek 1 nám představuje dva rozměry obou oblastí. Součástí oblasti zdrojů jsou například pracovníci, vybavení a budovy. Způsob, jakým jsou tyto zdroje organizované, by mohl zahrnovat otevírací dobu zdravotnického zařízení či systém objednávání schůzek. Toto jsou části struktury systému zdravotní péče. Strukturální znaky systému zdravotní péče poskytují člověku příležitost, aby mu byla péče poskytnuta, nicméně ji negarantují. Tyto struktury jsou sice schopny zvýšit nebo snížit pravděpodobnost poskytnutí vysoce kvalitní zdravotní péče, nicméně na ni samotnou mají nepřímý či náhodný vliv. Avšak strukturální rysy systémově založeného modelu zdravotní péče (system based model of health care system) mohou mít přímý vliv na procesy a výstupy. Například pokud nezbytné vybavení či dovednosti nejsou k dispozici proto, aby pacient podstoupil účinné vyšetření, nebo když je objednávkový systém prohlídek již plně obsazen a pacient nemá možnost se k lékaři objednat.¹²

1.4.1.2 Proces

Proces péče zahrnuje vztahy mezi uživateli zdravotní péče a její strukturou, jinými slovy co se s pacienty (jakožto uživateli zdravotní péče) v průběhu péče děje. Proces je skutečné dodání a obdržení zdravotní péče pacientem. Často jsou definovány dva klíčové procesy zdravotní péče: technické zásahy a mezilidské interakce mezi uživateli a zástupci poskytovatele péče.

Technická (klinická) péče upozorňuje na aplikaci klinické medicíny na zdravotní problém jedince a je založena na teorii funkce, kde může být hodnocena účinnost a také může být obecně standardizována. Technická i klinická péče jsou používány k tomu, aby popisovaly spíše biomedicínské aspekty chování profesionálního zdravotnického pracovníka.

¹² CAMPBELL, S. M., ROLAND, M. O., a BUETOW, S. A., Defining quality of care, *Social science and medicine*, č. 11, s. 1613 – 1614.

Mezilidská péče popisuje zdravotní interakce mezi profesionálními zdravotnickými pracovníky a uživateli zdravotní péče. Jak klinická, tak mezilidská péče obsahují definice a komunikaci problémů či potřeb, diagnóz, jejich řízení a koordinace pacientem a určeným profesionálem. Určité aktivity zdravotnických pracovníků, spadající do procesu péče, mohou být svou povahou považovány za preventivní.¹³

1.4.1.3 Výstup (Výsledky)

Výstupy jsou důsledky zdravotní péče. Struktura, stejně jako proces mohou výstupy ovlivnit, ať už přímo, nebo nepřímo. Pro názornost: pacientka může zemřít na rakovinu děložního čípku buď kvůli tomu, že nemá k dispozici příslušný screening (struktura), nebo kvůli tomu, že zpráva s výsledky její cytologie byla chybně přečtena (proces). Nicméně relativní důležitost každé ze součástí zdravotní péče se může v různých situacích lišit a vztahy mezi nimi nejsou vždy lineární. Efektivita struktury a procesu (klinického i mezilidského) může být definována jako jejich schopnost pozitivně vyústit v dva hlavní výstupy: zdravotní stav a pozitivní ohodnocení uživatelem (pacientem), které bude obsahovat zdravotní i nezdravotní výstupy. V úvahu musí být brána také pacientova očekávání.

V závěru textu autoři správně dodávají, že výstupy jdou nezřídka poněkud náhodné a nemusí se nezbytně řídit logickými souvislostmi a jsou ovlivněny řadou faktorů. Z toho vyplývá, že výstup C nebude vždy logicky následovat po procesu B, který využívá strukturu A.¹⁴

1.4.2 Zdravotní péče podle zákona

Zákon 372/2011 Sb. hovoří o zdravotní péči jako o součásti zdravotnických služeb. Mezi další zdravotní služby patří například konzultační služby, nakládání s tělem zemřelého, zdravotnická záchranná služba, přeprava pacientů neodkladné péče aj.

¹³ CAMPBELL, S. M., ROLAND, M. O., a BUETOW, S. A., Defining quality of care, *Social science and medicine*, č. 11, s. 1613 – 1614.

¹⁴ Tamtéž.

„Z hlediska výše uvedeného zákona se zdravotní péčí rozumí

- a) Soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem:
 - 1. předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu
 - 2. udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu
 - 3. udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení
 - 4. pomoci při reprodukci a porodu
 - 5. posuzování zdravotního stavu
- b) Preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotními pracovníky.¹⁵

1.4.3 Rozdělení zdravotní péče v praxi

Durdisová¹⁶ rozděluje zdravotní péči například na:

- a) primární, sekundární a terciální
- b) péči poskytovanou ambulantně, nebo ústavně
- c) péči standardní a nadstandardní

1.4.3.1 Primární, sekundární a terciální péče

Primární péče tvoří základ v pomyslné pyramidě druhů zdravotní péče. Je poskytována zpravidla ambulantně a můžeme do ní zahrnout praktické lékaře pro dospělé, praktické lékaře pro děti a dorost, základní gynekologickou péči a základní stomatologickou péči.

„Sekundární péčí rozumíme standardní specializované služby ambulantní i lůžkové, poskytované odborníky v poliklinikách, nemocnicích, léčebnách a sanatoriích, či jiných zařízeních.“¹⁷

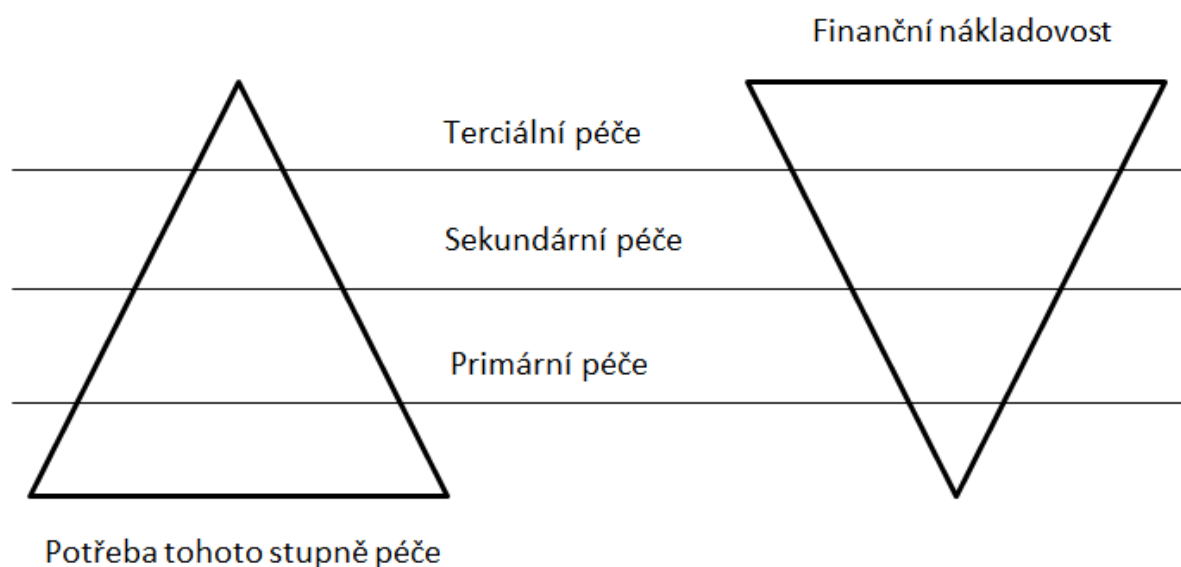
Terciální péče je prováděna na vysoce specializovaných pracovištích, vyžaduje skutečné odborníky v daných oborech, kteří se nezdávka spojují do mezinárodních týmů, jejichž činnost je zaštiťována světově významnými pracovišti.

¹⁵ Zákon 372/2011 Sb., §2, čl. 4, [online], <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>>.

¹⁶ DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 25.

¹⁷ Tamtéž.

I když ekonomika zdravotnictví není hlavním tématem této diplomové práce, kvalita a ekonomika ve zdravotnictví spolu velmi úzce souvisí. Pokud zná manažer výborně ekonomické aspekty poskytování zdravotní péče, dokáže využívat všechny zdroje a efektivně hospodařit s aktivy zdravotnického zařízení, zbyde mu dostatek prostoru pro investování finančních prostředků do rozvoje systému kvality. Pro zajímavost zmíním významný rozdíl v primární, sekundární a terciální péči z hlediska využívanosti a nákladovosti péče. Jak je možné vidět na Obrázku 2, existuje nepřímá úměra mezi společenskou potřebou daného stupně péče a objemem vynaložených finančních prostředků. Zatímco primární péče je využívána ve značné míře, náklady na tuto péči jsou relativně malé. Oproti tomu terciální péče není zdaleka využívána tak často, ovšem objem finančních prostředků, který je na tento stupeň péče vynakládán, je velmi vysoký.



Obr. 2: Potřeba péče v kontextu objemu nákladů¹⁸

¹⁸ DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 24.

1.4.3.2 Ambulantní a ústavní péče

Ambulantní péče je poskytována přímo v ordinacích jednotlivých lékařů (viz výše primární péče) či v ordinacích specialistů. Pacient po konzultaci s lékařem či po provedení menšího zákroku odchází domů. V odůvodněných případech přichází na řadu ústavní péče, která je zpravidla nákladnější. Proto je uplatňován obecný trend zkracování doby hospitalizace (V roce 1975 byla průměrná doba hospitalizace 13 dní, zatímco v roce 2011 už jen 7,2 dní).¹⁹ Kromě důvodů ekonomických ke zkracování doby hospitalizace vedou i studie, podle kterých se zdravotní stav pacienta, který je propuštěn (byť o něco dříve) do domácí péče (a je-li tato vykonávána podle pokynů lékaře), zlepšuje rychleji, než pokud by i nadále využíval lůžko ve zdravotnickém zařízení.

1.4.3.3 Standardní a nadstandardní péče

Standardní péči velmi vhodně a jednoduše definuje Durdisová²⁰ jako „postupy a metody, v určité době a na určitém teritoriu obvyklé, relativně ustálené a odborníky uznávané, protože splňují kritéria lege artis i současného obecně dostupného a použitelného poznání“ nebo také jako „souhrn výkonů a služeb, odpovídající infekci a provedení v odborně i ekonomicky nezbytném rozsahu, které musí odpovídat nárokům postupů lege artis a musí směřovat k návratu nebo uchování zdraví“.

Nadstandardní péčí rozumíme metody a postupy, které nejsou v dané situaci nezbytně nutné. Nadstandardy zvyšují komfort pacienta (některá zdravotnická zařízení například poskytují jednolůžkový pokoj nebo již zmíněná odlehčená fixace), případně pozitivně působí na pacientovu psychiku (např. možnost výběru operátora).

Pojmy standardní a nadstandardní péče se dostaly do povědomí občanů ve větší míře až nedávno, kdy se v rámci úsporných opatření ve zdravotnictví začala v médiích probírat myšlenka zpoplatnění vybraných nadstandardních výkonů či služeb. Díky mediální masáži lidé nabyli dojmu, že kvalitní zdravotní péče bude od teď pouze pro bohaté, což se samozřejmě nakonec vyvrátilo. Například ve Fakultní nemocnici

¹⁹ ÚZIS – informace č. 5 2012 [online], <<http://uzis.cz/rychle-informace/nemocnice-ceske-republice-roce-2011>>.

²⁰ DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 25.

v Hradci Králové na seznamu nadstandardů v současné době figurují 3 oblasti – obvazy z polymerového plastu, nitrooční čočky a některá očkování.²¹

²¹ DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 25.

1.5 Kvalita zdravotní péče

Kvalita ve zdravotnictví je relativním, dynamickým, intuitivně vnímaným pojmem. Pokud se zeptáme kohokoliv, jestli je jeho přáním kvalitní zdravotní péče, odpověď bude samozřejmě kladná. Když bychom se ale těch stejných lidí zeptali, co pro ně kvalita zdravotní péče znamená, odpovědi by už tak jasné pravděpodobně nebyly a věřím tomu, že by zástupci laické veřejnosti, například někteří pacienti, význam pro pojem kvalita zdravotní péče hledali možná marně. Touha léčit a uzdravovat je jistě stará jako samo lidstvo a vždy bylo cílem lékařů poskytovat služby co nejkvalitněji. Kvalita mohla být zprvu chápána jako odpovědi na otázky „zemřel pacient, nebo nezemřel?“ nebo „ustala bolest pacienta, nebo neustala?“ či „cítí se pacient lépe, nebo hůře?“. S vývojem doby se vnímání kvality postupně mění.

Za zakladatele moderního, komplexního vnímání kvality poskytované zdravotní péče je považován libanonský profesor Avedis Donabedian (*1919 – †2000). Díky jeho teoretickým pracím a současně díky rozvoji vědy a techniky ve všech oborech včetně zdravotnictví v sedmdesátých letech odborníci a postupně i celá společnost začali vnímat klíčovou roli kvality péče v oblasti zdravotnictví.²²

1.5.1 Definování kvality zdravotní péče

Velmi jednoduše a přehledně popisují a citují hned několik definic Gladkij, Strnad a Heger v publikaci *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Díky tomu, že jsou definice vytištěné na jednom listu této publikace, může si čtenář po jejich přečtení a porovnání vytvořit bez problémů definici vlastní, případně se přiklonit k jedné z uvedených. Gladkij, Strnad a Heger uvádějí následující definice kvality:

Světová zdravotnická organizace (WHO):

„Souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.“²³

²² GLADKIJ, I., HEGER, L., a STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 5.

²³ GLADKIJ, I., HEGER, L., a STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 12.

S definicí WHO lze v zásadě souhlasit, podle mého názoru je však poněkud statická, není zde patrné, že se jedná o dynamicky se vyvíjející proces.

Donabedian:

„Taková péče, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu.“²⁴

Avedis Donabedian v podstatě kvalitní péči schoval do slov „maximální přínos“, s čímž nelze nesouhlasit, protože je to pojem velmi obecný, místo kterého si můžeme dosadit téměř vše. V definici se také snaží porovnávat získaný prospěch ze zlepšení pacientova zdravotního stavu s vynaloženými náklady, což je podle mého názoru úvaha značně teoretická, protože hodnotu lidského života a lidského zdraví lze, pokud vůbec, jen velmi těžko vyčíslit. Příkladem může být odškodné za usmrcení přiznávané soudem, které je v současné době fixní a činí částku 240 000 Kč. Přesnější a hlavně spravedlivější se snaží být soudy například ve Velké Británii, kde se při odškodňování pozůstalých po obětech odráží několik „parametrů“ zemřelého, jako je jeho věk, vzdělání, příjem, vize potenciálního kariérního růstu, a tedy celkový ušlý příjem, o který pozůstalí kvůli úmrtí jejich blízkého přišli. V České republice bychom se tomuto způsobu „oceňování“ lidského života a lidského zdraví měli přiblížit v roce 2014, kdy vstoupí v platnost nový občanský zákoník. Podle mého názoru však Donabedian o takto složitých výpočtech pravděpodobně neuvažoval.

Zajímavou alternativu definice kvality uvádí Donabedian ve svém článku *Evaluating the Quality of Medical Care*²⁵, kde se přiklání k názoru, že kvalita není nic jiného, než „hodnotový soud, který je aplikován na různé aspekty, vlastnosti, přísady a dimenze procesu, nazývaného zdravotní péče.“ Z čehož ve svém článku dále usuzuje, že „kvalita může být vším, čím si kdokoliv bude přát, aby byla, ačkoliv se většinou jedná o odraz cílů a hodnot soudobé zdravotní péče.“

Jak již bylo v této práci uvedeno, Donabedian rozděluje zdravotní péči na strukturu, proces a výstupy. Z toho vyplývá, že stejným způsobem nahlíží i na kvalitu péče – rozlišuje tedy kvalitu struktury (materiálně technická základna, charakteristika zdravotnických pracovníků...), kvalitu procesu (tj. kvalita samotného průběhu

²⁴GLADKIJ, I., HEGER, L., a STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, 12.

²⁵DONABEDIAN, A., *Evaluating quality of medical care*, s. 4–5.

zdravotní péče) a kvalitu výstupů (zlepšení zdravotního stavu, spokojenost pacienta s péčí, ...)

Williamson:

„Míra, ve které jsou zdravotní péčí dosažitelné přínosy skutečně dosahovány.“²⁶

Williamson jinými slovy hodnotí kvalitu jako poměr skutečně dosahovaných výsledků vůči určitému ideálnímu stavu, kterého lze na daném místě a v daném čase dosáhnout.

Medicare:

„Míra péče, se kterou zdravotní služby zvyšují pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků pro jedince a společnost a zároveň jsou consistentní s aplikací současných medicínských znalostí.“²⁷

Americká organizace Medicare ve své definici zdůrazňuje dva aspekty kvality péče. Zaprvé její relativnost – tedy kvalitu – je vždy potřeba posuzovat vzhledem k něčemu, nejčastěji k „ideálnímu stavu“ (viz definice Williamsona), zadruhé pak vztah poskytnuté zdravotní péče k obvyklým metodám v daném místě a čase.

Øvretveit:

„Schopnost naplňovat potřeby těch, kteří jsou na péči závislí, schopnost navracet funkce, odstraňovat bolest, prodlužovat produktivní nebo vůbec smysluplný život, odpovídat na otázky, respektovat lidskou důstojnost, atd...“²⁸

Švédský vysokoškolský pedagog John Øvretveit, který se ve svých pracích mimo jiné zabývá hodnocením programů zlepšování kvality, je ve své definici velmi konkrétní a srozumitelný. Dívá se na kvalitu zdravotní péče hlavně z pohledu jejích uživatelů, tedy pacientů.

²⁶GLADKIJ, I., HEGER, L., a STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 12.

²⁷Tamtéž.

²⁸Tamtéž.

Berwick, Marwick et al., Segall:

„Úroveň, s níž je péče provedena podle platných odborných a technických norem.“²⁹

Donald M. Berwick, dřívější vedoucí pracovník federální agentury Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ve Spojených státech amerických, se ve své definici kvality také upíná k normativnímu pojetí kvality, tedy k co možná nejbližšímu přiblížení poskytované péče k určitým obvyklým standardům a normám.

Palmer:

„Dělat správné věci správným způsobem.“³⁰

Velmi obecná definice, se kterou můžeme jen souhlasit, je aplikovatelná ve všech oborech činnosti, poskytování zdravotní péče nevyjímaje.

Světová zdravotnická organizace WHO:

„Stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje.“³¹

Světová zdravotnická organizace se ve své další definici blíží k definici Berwicka a také vyzdvihuje normativní charakter kvality péče.

Osobně bych vyzdvihl definici Janečkové a Hnilicové³², která je konkrétní, snadno uchopitelná a podle mého názoru ji lze považovat za určitý kompilát výše uvedených definic. Zní takto:

„Za kvalitní péči je považována taková péče, která je medicínsky adekvátní a bezpečná a je poskytována bez zbytečného plýtvání se zdroji.“

1.5.2 Šest rozměrů kvality péče podle Maxwella

Simon R. J. Maxwell ve svém článku³³ z roku 1984 tvrdí, že kvalita zdravotní péče by neměla být posuzována jako celek, ale jako 6 souvisejících dimenzí. Důvod je jednoduchý – každá dimenze, aby mohla být správně posuzována, vyžaduje jiné

²⁹GLADKIJ, I., HEGER, L., a STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s.12.

³⁰Tamtéž, s. 13.

³¹Tamtéž.

³²JANEČKOVÁ, H., a HNILICOVÁ, H., Úvod do veřejného zdravotnictví, s. 173.

³³MAXWELL, S. R. J., Quality Assessment in health, *British medical journal*, č. 288, s. 2.

přístupy, úhel pohledu i jiné techniky měření. Za 6 rozměrů kvality Maxwell považuje³⁴:

- účinnost z hlediska pacienta (effectiveness),
- přijatelnost (acceptability),
- hospodárnost (efficiency),
- dostupnost péče (access),
- spravedlnost péče (equity),
- relevance (relevance).

Za účinnost Maxwell považuje dosažení žádoucích cílů, tedy například vyléčení pacienta, zlepšení zdravotního stavu, zmírnění bolesti nebo prodloužení života. Přijatelností má Maxwell na mysli, zda je léčba z hlediska společenských zvyků a konvencí přijatelná. Hospodárností péče je myšlena ideální alokace všech dostupných zdrojů (prostředků). Pod pojmem dostupnost péče si můžeme představit míru, s jakou je pacient schopen si zdravotní péči opatřit, ať už z hlediska času či finančních nákladů. Spravedlnost znamená, že zdravotní péče by se mělo dostávat každému stejně a jediným kritériem pro množství péče přijímané pacientem je jeho zdravotní stav. Relevance potřebám nás má upozornit na to, že typ a rozsah zdravotní péče by měl odpovídat pacientovým potřebám.

V roce 1992 se Maxwell v jednom ze svých dalších odborných textů³⁵ vrací k šesti dříve zmíněným rozměrům kvality, hodnotí jejich využití v praxi od doby jejich publikování a povzbuzuje k tomu, aby britská společnost nebrala kvalitu ve zdravotnictví jen jako teoretický obor, ale aby se snažila i implementaci v praxi. Doslova píše: „Mark Twain k počasí v Británii poznamenal, že o něm každý mluví, ale nikdo s ním nic nedělá. Nedopust'me, aby se takto hovořilo i o kvalitě péče ve zdravotnictví. Koneckonců v posledních letech dokonce vidíme, že jsme ohledně počasí něco udělali.“³⁶ V tomto článku se Maxwell také snaží poradit odborníkům v tom, jak správně definovat kvalitu a na základě toho ji pak zlepšovat. Ke každé oblasti kvality stanovuje otázky, jejichž zodpovězení by mělo pomoci výše uvedeným cílům.

³⁴ MAXWELL, S. R. J., Quality Assessment in health, *British medical journal*, č. 288, s. 2.

³⁵ MAXWELL, S. R. J., Dimensions of quality revisited: From thoughts to action, *Quality in health care*, č. 3, s. 2.

³⁶ Tamtéž, s. 1.

Efektivita

- Je daný způsob léčby v odborném slova smyslu ten nejlepší? Mohou to potvrdit odborníci z oboru? Jaké pro to mají důkazy? Jaký je všeobecný výsledek této léčby?

Přijatelnost

- Jak humánně a ohleduplně je tato léčba/služba poskytována? Co si o ní pacient myslí? Co by si o tom myslel pozorovatel třetí strany? („Jak bych se cítil, kdyby pacientem byl můj nejbližší a nejdražší?“) Jaké je uspořádání léčby? Je zajištěno soukromí a důvěrnost?

Hospodárnost

- Je výstup daného vstupu maximalizován, nebo je naopak vstup minimalizován pro danou úroveň výstupu? Kolik stojí jednotka péče ve srovnání se srovnatelnou jednotkou péče u jiného poskytovatele zdravotních služeb?

Dostupnost

- Dostanou pacienti tuto léčbu, pokud ji potřebují? Existují nějaké identifikovatelné bariéry dostupnosti této léčby? Například vzdálenost, finanční nedostupnost pro pacienta, čekací listina, objednávací doba či narušení „férovosti“ v nabídce služeb?

Spravedlnost

- Jsou pacienti léčeni dostatečně ve srovnání s jinými pacienty? Existují nějaké identifikovatelné poruchy spravedlnosti – například jsou někteří lidé léčeni s menší přízní nebo ve svých očích hůře než jiní pacienti?

Relevance

- Je všeobecně schéma a vyvážení zdravotní péče nejlepší, jakého je možné dosáhnout, vezmeme-li v potaz potřeby a touhy celé populace?³⁷

1.5.3 Příklad využití sjednocení teorie Donabediana a Maxwella

Maxwell správně upozorňuje na dvě rizika spojená s jeho šesti dimenzemi kvality.

Za první riziko považuje situaci, kdy jsou jeho dimenze kvality brány příliš doslovně. Pokud poskytovatel zdravotních služeb „vyhovuje“ požadavkům Maxwellovy teorie, neznamená to, že jeho péče je nutně kvalitní a naopak, pokud „nevyhovuje“, neznamená to, že jeho péče je absolutně špatná. Jeho šest dimenzí tedy rozhodně není cílovým stavem, ba naopak – dimenze by měly sloužit jako odrazový můstek k lepší kvalitě péče.

Jako ještě větší riziko Maxwell zmiňuje zakonzervování šesti dimenzí kvality. Aby bylo možné kvalitu zlepšovat, nesmí podle něho být jeho teorie odloučena od ostatních poznatků vědy. Se všemi poznatky by se namísto toho mělo dále pracovat a zdravotníci by se měli snažit prosazovat v rámci všech zainteresovaných stran poskytování péče.

Jako příklad propojení několika teoretických východisek uvádí Maxwell tabulku, která se týká poskytování zdravotní péče na jednotce intenzivní péče.³⁸

³⁷ MAXWELL, S. R. J., Dimensions of quality revisited: From thoughts to action, *Quality in health care*, č. 3, s. 1.

³⁸ Tamtéž, s. 4.

	<i>Structure</i>	<i>Process</i>	<i>Outcome</i>
Effectiveness	Staffing level and skills Equipment Access to theatres, etc	Workload (volume of patients treated) Compliance with protocols, where relevant Data based peer review Infection and complications rates	Survival rates compared with similar units for matched cases
Acceptability	Is setting frightening or reassuring? What provision is there for relatives (privacy for counselling, overnight accommodation)?	Is explanation to relatives required and recorded in notes?	Is there follow up of patients and of relatives to obtain their opinions and suggestions for improvement?
Efficiency	Avoidance of extravagance in structure, equipment, and staffing	Throughput, staffing, etc Admission and discharge arrangements	Costs for comparable cases
Access		How many patients suitable for admission have to be refused because the unit is full?	What actually happens to patients refused or delayed admission because the unit is full?
Equity		Is there any evidence of bias in who is admitted or how they are treated?	Is there any evidence of bias in outcomes?
Relevance	Bearing in mind other needs, is this service an appropriate use of resources at the current activity and expenditure level?		How much difference does the unit make to survival and health status, and for whom?

Obr. 3: Propojení teorií Donabediana a Maxwella³⁹

Tabulka je vyplněna otázkami či jednotlivými body. Po prostudování tabulky je patrné, z jakých dvou úhlů pohledu je na zdravotní péči nahlíženo. Je vidět, jak se od sebe jednotlivé prvky liší, ale zároveň spolu úzce souvisí. Přečtení této tabulky také čtenáři může ukázat Maxwellovy dimenze kvality tak, jak jsou používány v praxi.

1.5.4 Přístupy ke kvalitě

Existují dva přístupy k definování kvality – generický a členěný. Tyto přístupy nejsou svou povahou neslučitelné, ale lze říci, že stojí na opačných stranách kontinua. Generické definice obsahují dokonalost, očekávání a cíle, kterých je třeba dosáhnout,

³⁹ MAXWELL, S. R. J., Dimensions of quality revisited: From thoughts to action, *Quality in health care*, č. 3, s. 4.

bezchybnost nebo vhodnost použití. Členěný přístup k definici kvality naopak zdůrazňuje její komplexnost a víceoborový charakter (Donabedian, Maxwell, ...)

Autoři zastávají názor, že existují pouze dvě složky kvality, a to dostupnost a efektivita. Vše ostatní lze podle nich hodnotit jako podmnožiny těchto dvou složek. Kvalitu péče lze tedy zredukovat do dvou otázek: „Dostane jedinec zdravotní péči, pokud ji potřebuje?“ a „V momentě, kdy dostává zdravotní péči, je z klinického pohledu i z pohledu mezilidských vztahů efektivní?“⁴⁰

1.5.4.1 Definování kvality péče pro jedince⁴¹

Autoři zde navrhnou kombinovat oba výše zmíněné přístupy a jejich definice kvality péče pro jedince je následující: Pokud má jedinec přístup ke struktuře a procesu zdravotní péče, kterou potřebuje, a pokud je péče, kterou dostává, efektivní.

Dostupnost

Dostupnost péče bychom mohli hodnotit ze dvou hledisek – z hlediska geografické/fyzické dostupnosti a z hlediska použití samotných prostor, kde je zdravotní péče poskytována (což se týká hlavně hendikepovaných či starších lidí). Poskytovatelé zdravotní péče se samozřejmě snaží svá zdravotnická zařízení budovat tak, aby fyzická dostupnost splňovala potřeby pacientů.

Podmnožinou dostupnosti je organizační dostupnost. Lidé sice mohou být fyzicky schopni se do zdravotnického zařízení dostat, ale mohou jim v cestě stát i jiné bariéry, mezi které můžeme počítat například dobu objednání na vyšetření nebo fakt, že zdravotnický personál hovoří stejným jazykem jako pacient. V systému, jako je náš, kde praktický lékař zpravidla slouží jako „vrátný“ k sekundární zdravotní péči, z velké části dostupnost závisí právě na jeho jednání z hlediska doporučení ke specialistům (jak ochotně vypisuje doporučení, jestli posílá pacienta ke správnému specialistovi).

Autoři také zdůrazňují finanční dostupnost, která v sobě kromě nákladů na samotnou zdravotní péči skrývá například náklady na dopravu do zdravotnického zařízení, na hlídání dětí po dobu léčby dospělého, na léky či ušlý zisk. V zemích, kde

⁴⁰ CAMPBELL, S. M., ROLAND, M. O., a BUETOW, S. A., Defining quality of care, *Social science and medicine*, č. 11, s. 1616–1 618.

⁴¹ Tamtéž.

zdravotní péče není ze sta procent zajišťována státem, patří náklady na samotnou zdravotní péči mezi velká témata.

Zdravotní stav a pacientovo hodnocení jsou hlavními výstupy kvality péče, vztahující se k dostupnosti. Pacientovo ohodnocení může do budoucna ovlivnit jeho budoucí rozhodnutí o tom, kde bude příště chtít zdravotní služby využívat, například pokud má pacient pocit, že je personál neochotný a nepříjemný.

Efektivita

Efektivita je míra, s jakou zdravotní péče přináší očekávaný efekt v závislosti na potřebách pacienta. Klíčovými složkami efektivity péče jsou klinická péče a úroveň mezilidské komunikace mezi zdravotníky a pacientem.

Efektivita klinické péče závisí na efektivním využití péče založené na znalostech, která poukazuje jak na medicínu založenou na důkazech, tak na péči, která je považována za legitimní. Péče založená na znalostech zahrnuje také fakt, že zdravotní péče nebo zdravotní služba jsou ve shodě s očekáváním pacientů a moderními standardy péče, a reflektují jak společenské, tak profesionální normy. Koordinace nebo integrace jsou také důležitým znakem kvality. Autoři si stojí za tím, že koordinace je podsložkou klinické efektivity i efektivity mezilidské komunikace. Koordinace poukazuje na efektivitu, se kterou zdravotnický personál jedná s dalšími zdravotnickými organizacemi, případně jinými útvary v rámci daného zdravotnického zařízení, které mají přímý nebo nepřímý vliv na pacientovo zdraví nebo na jeho kvalitu života.

Efektivita v kontextu jednotlivých pacientů by měla zahrnovat maximalizaci péče a požadovaných procesů a výstupů vycházejících z potřeb. Podle Campbella, Rolanda a Buetowa je účinnost (ve smyslu finanční hospodárnosti) z pohledu jednotlivého pacienta naprosto nepodstatná, ba dokonce redundantní. Je to vysvětleno tím, že jsme schopni vycházet stejně jen z takového konceptu, kdy léčba je sice v ideálním prostředí finančně efektivní, hospodárná, ale v prostředí běžného života takto ideálně nefunguje. Oproti například Maxwellovi tito autoři nepovažují akceptovatelnost (a další složky, které Maxwell definuje) za součást kvality péče. Chápou akceptovatelnost (a další složky dle Maxwella) spíše jako důsledek péče, součást pacientova zhodnocení.

Efektivita z pohledu zúčastněných stran

Kvalita, jako velmi komplexní, těžko definovatelná součást zdravotnictví, má pro různé zúčastněné strany mnoho podob. Například hospodárnost a finanční efektivita budou zpravidla v dikci managementu poskytovatele zdravotních služeb, zatímco uživatelé péče budou vždy vyzdvihovat orientaci zdravotnického personálu na pacienta a zohledňování jeho potřeb. Při tvorbě systému kvality by mělo být přihlédnuto k názorům a cílům všech zúčastněných stran. Aby systém kvality fungoval co možná nejlépe, je potřeba velmi dobře poznat názory zúčastněných stran na kvalitu péče, na což se snažím upozornit v této diplomové práci.

1.5.4.2 Definování kvality péče pro populaci⁴²

Kvalita zdravotní péče pro populaci nemusí být vždy v jednotě s kvalitou péče pro jednotlivce, například z důvodu prioritizace zdrojů směrem ke konkrétním zdravotním potřebám. Zatímco kvalitní zdravotní péče pro jednotlivce je podmíněna perfektními znalostmi o tomto jedinci, u péče pro populaci je potřeba přesně znát potřeby celé populace a brát v potaz alternativní náklady (opportunity costs). Z toho důvodu to, co mohu udělat pro jednotlivce, může být podmíněno tím, co dělám pro ostatní příjemce zdravotní péče, zejména v systému s omezenými zdroji. Kvalitu péče pro populaci definuje Campbell, Roland a Buetow jako schopnost umožnit celé populaci přístup k efektivní zdravotní péči založené na bázi hospodárnosti a rovnosti tak, aby byla zajištěna optimalizace zdravotního stavu a kvality života této populace.

Dostupnost

Na úrovni populace můžeme z hlediska dostupnosti hovořit o dostupnosti primární a sekundární péče (definováno výše v této diplomové práci) či služby dalších zdravotních služeb nebo služeb místních orgánů. Bylo zjištěno, že významnou roli hraje faktor nabídky. Autoři obzvláště vypichují spravedlnost, kterou na rozdíl od Maxwella umístili jako podsložku dostupnosti a definují ji jako míru, s jakou má jedinec nebo populace přístup k péči, kterou potřebuje s tím, že kladou důraz na míru

⁴² CAMPBELL, S. M., ROLAND, M. O., a BUETOW, S. A., Defining quality of care, *Social science and medicine*, č. 11, s. 1616–1618.

včasnosti využití péče. Spravedlnost je dále rozlišena na horizontální (stejná dostupnost efektivní péče pro všechny, kdo ji potřebují) a vertikální (vyšší dostupnost péče pro ty, kdo ji potřebují více). V tomto kontextu zmiňují a přiklánějí se k Maxwellovu konceptu důležitosti, který sleduje to, jestli všeobecné schéma a vyvážení služeb je ten nejlepší možný, kterého jsme schopni dosáhnout, bereme-li v potaz potřeby populace jako celku. Nicméně i toto autoři považují za podsložku dostupnosti. Dále je zdůrazněno, že spravedlivý přístup k péči nemůžeme automaticky překládat jako spravedlivou účinnost.

Efektivita

Tak jako byla v rámci kvality péče pro populaci vyzdvihována spravedlnost, jakožto podmnožina dostupnosti, zdůrazňují Campbell, Roland a Buetow účinnost (angl. efficiency) ve smyslu finanční hospodárnosti, jako důležitý atribut efektivity. Účinnost je definována jako poměr mezi užitek a náklady. Je to v podstatě nejúčinnější využití péče za účelem maximalizace výstupů, které zahrnuje efektivní alokaci zdrojů (se zaměřením na postupy, které produkují nejvíce užtku) a technickou účinnost (při využití postupů nejvíce technicky kvalifikovaným způsobem). Nicméně dosahování maximalizace výstupů (zdravotní péče) pro všechny pacienty nemusí být vždy udržitelné a finančně dostupné na úrovni celé populace.

1.5.5 Důvody pro kvalitu

Proč vlastně potřebujeme mít kvalitní zdravotní péči? Jedna z potenciálních odpovědí nám sděluje, že zdraví máme jen jedno, nelze si ho koupit a bez zdraví život rapidně ztrácí na své kvalitě.

1.5.5.1 Zdravá populace

Pokud bychom chtěli odpovědět komplexněji, bylo by potřeba říci, že uživatelé zdravotní péče (pacienti) mají stále vyšší a vyšší nároky na její kvalitu. Neustále sledují dění v oblasti zdravotní péče, nové metody a technologie, z čehož vyplývá, že

jsou vzdělanější, více informovaní a disponují vysokým sebevědomím. Na tento trend musí zdravotnictví samozřejmě kontinuálně reagovat.

Prokázalo se, že v různých zdravotnických zařízeních v České republice existuje různá úroveň kvality poskytované péče, i přestože jde o péči prováděnou odborníky. Kromě úrovně kvality jde samozřejmě i o druhou stránku věci – o ekonomiku. V té se naše zdravotnická zařízení samozřejmě liší také.⁴³

Je potřeba si říci, že „při omezených zdrojích, které je možné do zdravotnictví investovat, neexistuje jiná cesta jak zajistit přiměřenou péči všem, kteří ji potřebují, než prostřednictvím vypracování a zavedení důsledné kontroly kvality poskytované péče, a to spolu s přísnou kontrolou spotřebovávaných zdrojů.“⁴⁴

1.5.5.2 Náklady na péči

Kromě pacientů a zdravotnických pracovníků však potřebu kvalitní péče začali uznávat i manažeři ve zdravotnictví, kteří si uvědomují, že nekvalitně poskytovaná zdravotní péče s sebou nese kromě zdravotních aspektů také právě výše zmíněné aspekty ekonomické. A management, ať už v jakékoliv firmě či odvětví, je zpravidla hodnocen právě na základě ekonomických ukazatelů, za které je zodpovědný. Ekonomické dopady nekvalitní péče velmi jednoduše a srozumitelně vysvětluje MUDr. Rudolf Střítecký ve studijních materiálech pro studenty Fakulty managementu VŠE.

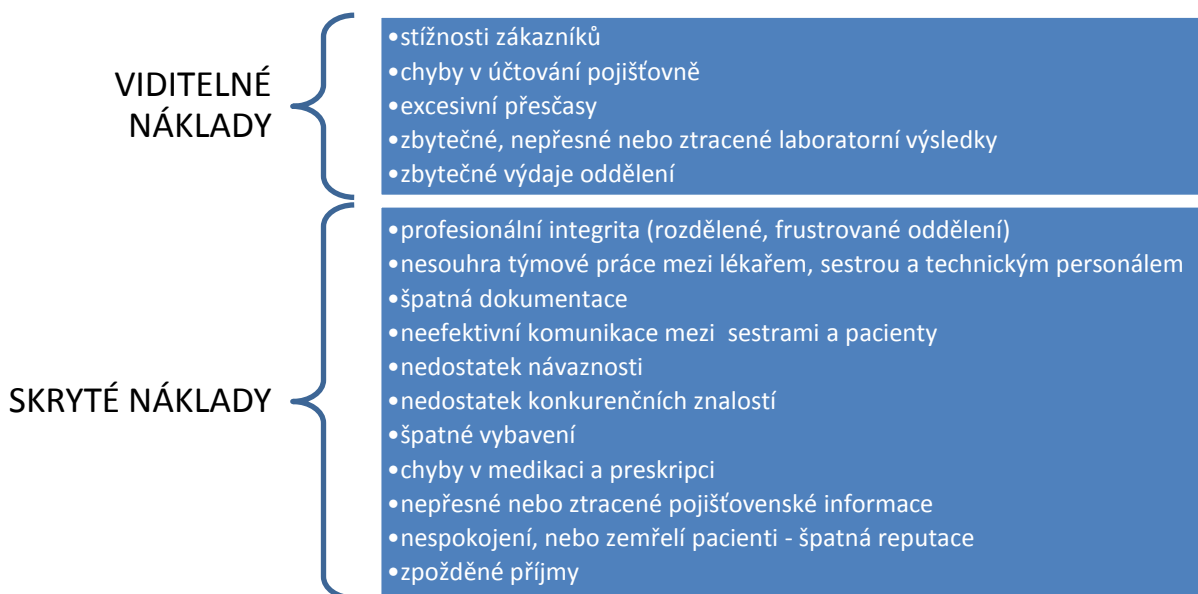
Střítecký rozděluje náklady související s nekvalitní péčí na viditelné a skryté. Zatímco do viditelných počítá například excesivní přesčasy nebo zbytečné laboratorní výsledky, za skryté náklady považuje třeba špatnou reputaci zdravotnického zařízení kvůli nespokojeným pacientům nebo nesouhru týmové práce mezi lékaři, sestrami a technickými pracovníky.⁴⁵

⁴³ JANEČKOVÁ, H., a HNILICOVÁ, H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 173.

⁴⁴ Tamtéž.

⁴⁵ STŘÍTECKÝ, R., *Kvalita ve zdravotní péči II*, [online], <<http://www.fm.vse.cz/km/wp-content/uploads/2009/10/kvalita3.ppt>>.

V detailu je rozdělení nákladů podle Stříteckého možné vidět v následujícím schématu:



Obr. 4: Viditelné a skryté náklady související s nekvalitní zdravotní péčí⁴⁶

Ne náhodou je výčet skrytých nákladů o mnoho delší než výčet viditelných nákladů. Z toho lze usuzovat, že manažer, který nepochopí výhody tlaku na kvalitní zdravotní péči ve svém zdravotnickém zařízení, může v průběhu času čelit nemalým problémům souvisejícím s náklady zdravotnického zařízení.

1.5.5.3 Příčiny růstu nákladů na péči

Náklady obecně rostou. Ať už se jedná o náklady domácností, firem či státu. Některé důvody pro zvyšování nákladů se týkají všech tří mikroekonomických subjektů, zdravotnictví nevyjímaje.

Gladkij, Heger a Strnad jmenují čtyři hlavní důvody růstu nákladů na zdravotní péči. Jako první důvod uvádějí zavádění stále nákladnějších technologií a to jak v oblasti diagnostiky, tak v oblasti terapie. Druhým důvodem je relativní stárnutí obyvatelstva, což má za následek zvyšující se počet obyvatel vyžadujících zdravotní

⁴⁶ STŘÍTECKÝ, R., *Kvalita ve zdravotní péči II*, [online], <<http://www.fm.vse.cz/km/wp-content/uploads/2009/10/kvalita3.ppt>>.

péči. Navíc je zřejmé (například z koeficientu kapitačních plateb u praktického lékaře), že právě starší lidé spotřebují největší množství péče. Třetím důvodem pro zvyšování nákladů na péči je tzv. „defenzivní“ medicína, kterou autoři vysvětlují jako zbytečně vysoký počet vyšetření a velké množství léčby, ke kterým dochází z důvodu vysokých obav z mylného řešení pacientova zdravotního stavu. Čtvrtým důvodem je podle autorů inflace.⁴⁷

Vzhledem k aktuálnímu dění na politické scéně (podzim 2012) bychom mohli jako o dalším faktoru, který zvyšuje náklady, hovořit také o zvyšování DPH, která od 1. 1. 2013 stoupne o (pravděpodobně) 1 %.

1.6 Standardizace jako cesta k akreditaci

Pokud potřebujeme zajistit kvalitu v celém zdravotnictví, napříč všemi odděleními, klinikami i nemocnicemi, je potřeba tuto problematiku řešit centrálně a systematicky. Jednotného vnímání kvality lze docílit standardizací.

Standardizaci můžeme definovat jako „zavádění a harmonizaci jednotných a všeobecně identifikovatelných způsobů, norem a směrnic, které se týkají správného používání technologií a uplatňování dobré praxe.“⁴⁸

Standardizace ve zdravotnictví je velmi specifická ze dvou důvodů. Prvním důvodem je, že se ve zdravotnictví pracuje s lidským zdravím, a proto jsou standardy pro zdravotnictví pod důkladným drobnohledem kontrolních orgánů. Dalším důvodem pro vysokou specifičnost je široké spektrum oborů, které se zdravotnictvím souvisí a kterými se musí zdravotnické standardy zabývat také.

Standardy je možné rozdělit na provozní, procesní a standardy výsledků péče. Je možné si zde všimnout analogie s Donabedianovým rozdělením zdravotní péče na strukturu, proces a výsledky.

⁴⁷ GLADKIJ, I., HEGER, L., a STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 61.

⁴⁸ JANEČKOVÁ, H., a HNILICOVÁ, H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 173.

1.6.1 Provozní standardy

Do provozních standardů můžeme zahrnout vše, co se týká personálního zajištění a materiálně technické základny zdravotnických pracovišť. Jedná se o dostatečný počet lékařů, sester a dalších pracovníků, včetně jejich dostatečné kvalifikace, která zahrnuje i dostatečnou délku odborné praxe. Dále v kontextu provozních standardů hovoříme o odpovídajících technologiích, užívání spotřebního materiálu s požadovanými parametry, vedení dokumentace atd. Nesmíme zapomenout také na organizační rámec, který zastřešuje vše výše uvedené, včetně dalších, dosud nezmiňovaných, součástí.⁴⁹

1.6.2 Procesní standardy

Do druhé skupiny standardů bychom mohli zařadit hlavně postupy správné klinické praxe, jinými slovy postupy léčby jednotlivých chorob. Anglický jazyk pro tyto standardy používá pojem „clinical practice guidelines“, kde termín guideline je možné přeložit jako systematicky vypracované doporučení, které podporuje zdravotnické pracovníky v bezchybném rozhodování po dobu terapeutického procesu. Tato doporučení by měla vycházet z validních, vědecky podložených a ověřitelných dat. Nosným pilířem je v této oblasti bezpochyby medicína založená na důkazech (EBP – evidence based medicine). Pokud zdravotnické zařízení disponuje doporučenými postupy, jeho personálu to usnadňuje rozhodování a zvyšuje se pravděpodobnost úspěšnosti léčby.⁵⁰

1.6.3 Standardy výsledků péče

Standardy výsledků péče se zabývají výsledky, kterých chceme dosáhnout a které jsou zároveň dosažitelné, a to v různých oblastech poskytované péče. Standardy jsou vždy dávány do souvislosti s určitým kritériem a lze říci, že mají normativní funkci. Explicitně vyjadřují to, čeho je v dané oblasti péče potřeba dosáhnout. Standardy mohou být jak z oblasti celého systému zdravotnictví (např. novorozenecká úmrtnost, celková morbidita, střední délka života), tak z oblasti konkrétního

⁴⁹ JANEČKOVÁ, H., a HNILICOVÁ, H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 174.

⁵⁰ Tamtéž, s. 175.

poskytovatele zdravotních služeb (procento výskytu nosokomiálních nákaz, akceptovatelná procenta komplikací při určitých výkonech nebo míra úmrtnosti při akutním infarktu myokardu).⁵¹

S těmito standardy souvisí také úroveň spokojenosti pacientů. Z důvodu validity standardů výsledků péče je v praxi nejdůležitější spolehlivost a korektnost sledování a hlášení jednotlivých případů.

Příklad z praxe uvádí doc. MUDr. Václav Rýznar, CSc., MBA, který jako bývalý ředitel Fakultní nemocnice Olomouc, zavedl pro vedoucí pracovníky jednotlivých klinik motivační složky ohodnocení, kde mimo jiných kritérií byla i stanovená hranice nosokomiálních infekcí, která, pokud je překročena, má negativní vliv na bonusovou složku mzdy příslušných vedoucích pracovníků. Jak se později ukázalo, žádná klinika neměla problém limity pro nosokomiální infekce dodržet, a v některých případech se dokonce hodnoty rovnaly nule, což jsou výsledky, kterých v praxi nelze dosáhnout. Z toho tehdejší ředitel Rýznar vyvodil, že vedoucí pracovníci klinik, motivováni finančním ohodnocením, raději některé případy infekcí nenahlašovali, což samozřejmě nebylo jeho záměrem. Tehdy bylo nutné upravit vnitřní standardy a začít lépe kontrolovat jejich dodržování.⁵²

1.7 Akreditace

V posledních letech je o akreditaci stále více slyšet a poskytovatelé zdravotních služeb si uvědomují, že akreditace není jen formální dokument, který dokládá, že v daném zdravotnickém zařízení jsou naplněny určité standardy kvality a která stojí zdravotnické zařízení mnoho peněz, ale že se jedná o prestižní záležitost, která ve finále může naopak jejich aktiva zvýšit.

Podle JCI (Joint commission international) je akreditace „proces, při kterém externí organizace (obvykle nestátní) hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje, do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě a požadavky na zvyšování kvality péče. Akreditace je obvykle dobrovolná. Akreditační standardy jsou chápány jako optimální a dosažitelné. Akreditace slouží k hodnocení zařízení k tomu, aby se jasně zavázalo ke

⁵¹ JANEČKOVÁ, H., a HNILICOVÁ, H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 176-177.

⁵² RÝZNAR, V., *Přednáška předmětu Strategické řízení ve zdravotní péči* [ústní sdělení], zimní semestr 2012,

zvyšování kvality péče o pacienty, k zajišťování bezpečí prostředí, ve kterém je péče poskytována, a k systematické snaze o snižování množství rizik po pacienty a zaměstnance, Celosvětově stoupá zájem o akreditaci jako o účinný nástroj k hodnocení i řízení kvality.⁵³

1.7.1 The joint commission

Historie akreditace je spojena se soukromou organizací The Joint Commission (Spojená komise), která má v USA oprávnění k udělování akreditace zdravotnickým zařízením. Janečková, Hnilicová⁵⁴ sice tvrdí, že tato organizace je zisková, sama organizace o sobě na svých stránkách⁵⁵ tvrdí, že je nezisková. V současné době pravidelně akredituje více než 19 000 zdravotnických zařízení v USA. Ve spojených státech je vnímána jako symbol kvality, která se odráží v jejím závazku dodržovat určité standardy.

Vláda Spojených států amerických činnost Spojené komise využívá ve značné míře. V případě, že nemocnice chce léčit pacienty, jejichž zdravotní péči hradí vláda spojených států, potřebuje akreditaci. Pro vládu spojených států je pak taková nemocnice zárukou nejen kvalitní péče v podobě struktury, procesů a výstupů, ale i toho, že v takovém zařízení nedochází k plýtvání s finančními prostředky, které jsou v tomto případě veřejné.⁵⁶

Jako svou misi Spojená komise uvádí „Ve spolupráci se všemi zainteresovanými stranami kontinuálně zlepšovat zdravotní péči pro veřejnost, pomocí hodnocení zdravotnických organizací a jejich inspirováním v tom, aby vynikaly v poskytování bezpečné a efektivní péče nejvyšší kvality a hodnoty.“⁵⁷

Její vizí je „Všichni lidé vždy dostávají nejbezpečnější, nejkvalitnější nejhodnotnější péči v celém jejím rozsahu.“⁵⁸

⁵³ JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, s. 9.

⁵⁴ JANEČKOVÁ, H., a HNILICOVÁ, H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 182.

⁵⁵ JOINT COMMISSION – About us [online], <http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx>

⁵⁶ JANEČKOVÁ, H., a HNILICOVÁ, H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 183

⁵⁷ JOINT COMMISSION – About us [online], <http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx>

⁵⁸ Tamtéž.

1.7.2 Joint Commission International

Myšlenka akreditace zdravotnických zařízení se neustále rozvíjela a začala mít tendenci uplatňovat se i mezinárodně.

Postupně začalo vznikat mnoho obdobných aktivit po celém světě. Díky spolupráci Světové zdravotnické organizace s Joint Commission mohla v devadesátých letech minulého století vzniknout Mezinárodní akreditační komise (Joint Commission International, JCI), která má oprávnění akreditovat světová zdravotnická zařízení podle tvrdých mezinárodních standardů. JCI má sídlo ve spojených státech a při své činnosti využívá převážně zkušeností amerických kolegů.⁵⁹

V současné době jsou JCI akreditována tato zdravotnická zařízení: Fakultní nemocnice Ostrava, Ústav hematologie a krevní transfuze, Masarykův onkologický ústav a Nemocnice Na Homolce.

Na svých webových stránkách si JCI klade za cíl zvyšování kvality, bezpečí a efektivity zdravotní péče. Stěžejní pro splnění tohoto cíle je držet tempo s globalizací a naplňovat potřeby vysoce kvalitní a dostupné péče po celém světě. JCI spolupracuje se zdravotnickými organizacemi, vládami a mezinárodními advokáty, aby propagovala tvrdé standardy péče a poskytovala řešení, jak tyto standardy naplnit. V současné době JCI působí v devadesáti zemích světa.⁶⁰

1.7.3 Spojená akreditační komise (SAK ČR)

Spojená akreditační komise vznikla v roce 1998. V jejím čele stojí její ředitel MUDr. David Marx, Ph.D. a jeho zástupce MUDr. František Vlček, Ph.D. Stejně jako u dvou výše zmíněných organizací i SAK ČR si klade za cíl zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče, a to pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit. Pro naplnění těchto cílů uvádí SAK ČR tyto prostředky:

⁵⁹ JANEČKOVÁ, H., a HNILICOVÁ, H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 183.

⁶⁰ *About JCI* [online], <<http://www.jointcommissioninternational.org/About-JCI/>>.

- „Vydávání akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení včetně podrobné metodiky.
- Pomoc zdravotnickým zařízením připravujícím se k akreditaci, specifikace metodiky dle typu zdravotnického zařízení, poradenství při vytváření vnitřních norem pro dané zařízení, poradenská činnost na místě včetně akreditace nanečisto.
- Organizace regionálních i celostátních vzdělávacích akcí zaměřených na problematiku kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů.
- Vydávání publikací (v klasické i elektronické podobě) zaměřených na zvyšování kvality péče o pacienty a zajištění jejich bezpečí.
- Spolupráce s ostatními organizacemi v ČR, které se podílejí na zvyšování kvality zdravotní péče, a spolupráce s orgány státní a veřejné správy ve zdravotnictví.
- Podíl na mezinárodní spolupráci v oblasti zvyšování kvality zdravotní péče a zajištění bezpečí pro pacienty.“⁶¹

1.7.4 Přínosy akreditace

Akreditační proces je nástroj, který posuzovaným zdravotnickým zařízením pomáhá nastavit vysokou úroveň kvality a bezpečí zdravotní péče, a nastavuje procesy, které mají tuto úroveň kontinuálně udržovat. Sama JCI definuje následující přínosy akreditace:

- „Zvyšuje důvěru veřejnosti v kvalitní a bezpečné prostředí v daném zařízení.
- Vytváří bezpečné a efektivní pracovní prostředí, což přispívá ke spokojenosti zaměstnanců.
- Umožní argumentovat při jednání s plátcí na základě dat popisujících kvalitu péče v daném zařízení.
- Zvyšuje participaci pacientů a jejich blízkých na procesu poskytování zdravotní péče, vytváří lepší podmínky pro uspokojování jejich potřeb a respektování jejich práv.

⁶¹ SAK ČR – O nás [online], <<http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>>

- Vytváří kulturu otevřené organizace, která se učí ze systému včasného hlášení mimořádných událostí a bezpečnostních rizik.
- Vytváří systém týmového vedení s trvalou snahou zjišťovat kvalitu péče a bezpečí pacientů na všech úrovních řízení.⁶²

1.7.5 Mezinárodní akreditační standardy

1.7.5.1 Vznik standardů

Akreditační standardy jsou výsledkem práce pracovního týmu šestnácti odborníků, pracujících v různých profesích. Byli zde lékaři, zdravotní sestry, pracovníci nemocniční správy i odborníci na veřejnou správu. Při sestavování pracovního týmu byl kladen důraz i na geografickou působnost jednotlivých členů, proto zde byli přítomni zástupci šesti oblastí světa: Jižní Amerika a karibská oblast, Asie a Pacifik, Střední východ, střední, východní a západní Evropa a Afrika. Před zveřejněním těchto standardů probíhalo připomínkování dalšími odborníky v oboru a před ostrým zavedením standardů proběhl ještě pilotní projekt.

Akreditační standardy se neustále vyvíjí a tým odborníků kontinuálně pracuje na identifikaci nových trendů a jejich implementaci skrze nové standardy, či úpravu těch stávajících.⁶³

1.7.5.2 Sledované procesy

Akreditační standardy se zabývají jak výsledky, kterých je dosahováno jednotlivými nemocničními útvary, tak i výsledky celých zdravotnických zařízení. Standardy zahrnují různé oblasti péče – kvalita řízení, organizační kultura i péče o zaměstnance. Akreditačními standardy jsou sledovány především tyto procesy:

- Uplatňované diagnostické a terapeutické postupy,
- Ošetřovatelská péče,

⁶²JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, s. 9.

⁶³Tamtéž, s. 11.

- Podávání a skladování léků a vše, co s tím souvisí,
- Urgentní příjmy,
- Návaznost úkonů a kontinuita péče (včetně kontinuity medikace),
- Spokojenost pacientů (včetně stížností) a dodržování práv pacientů,
- Ekonomické řízení nemocnice,
- Hygienická a protiepidemická opatření,
- Péče o zaměstnance (bezpečnost a ochrana zdraví při práci, vzdělávání a individuální rozvoj, začleňování nových pracovníků, supervize, zaměstnanecké výhody, relaxační a antistresové programy, podpora zdraví zaměstnanců).

Mezi další, konkrétní ukazatele kvality péče, patří například počet úmrtí v nemocnici (nemocniční letalita), míra pooperačních komplikací, výskyt nosokomiálních infekcí, počet opětovných hospitalizací pro stejnou diagnózu, průměrná délka hospitalizace, trend v počtu přijímaných pacientů či způsob vedení dokumentace.⁶⁴

1.7.5.3 Součásti akreditačního standardu

Každý akreditační standard má tři části – identifikátor včetně krátkého popisu, účel a indikátory (viz Obr. 5).

⁶⁴ JANEČKOVÁ, H., a HNILICOVÁ, H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 184–185.

Standard

AOP.5.3 Výsledky laboratorních vyšetření jsou dostupné v časovém intervalu stanoveném nemocnicí.

Účel standardu AOP.5.3

Nemocnice určí, v jakém časovém intervalu mají být výsledky laboratorních vyšetření dostupné. Tento časový interval odpovídá potřebám pacientů, spektru poskytovaných služeb a potřebám klinických pracovníků. Nemocnice dále určí časový interval pro dostupnost statimových vyšetření a pro služby v pohotovostním režimu. Při plánování a monitorování poskytovaných služeb (viz Slovníček) se věnuje zvláštní pozornost výsledkům urgentně prováděných vyšetření, jako jsou vyšetření pacientů na pracovištích akutního příjmu, na jednotkách intenzivní péče a vyšetření v průběhu operačních výkonů. Pokud jsou laboratorní služby zajišťovány externě (viz „dodavatelsky zajišťované služby“ ve Slovníčku), platí pro dostupnost výsledků časový interval stanovený vnitřním předpisem nemocnice, nebo dojednaný smluvně (viz Mezinárodní bezpečnostní cíl 2, indikátor 1).

Indikátory standardu AOP.5.3

- ☐ 1. Nemocnice stanoví časový interval dostupnosti výsledků vyšetření.
- ☐ 2. Nemocnice monitoruje včasnost provedení urgentních vyšetření.
- ☐ 3. Výsledky laboratorních vyšetření jsou dostupné ve stanoveném časovém intervalu odpovídajícím potřebám pacientů (viz ASC.7.2).

Obr. 5: Příklad akreditačního standardu⁶⁵

Každý akreditační standard je nejprve označen identifikátorem. V každé oblasti standardů je výčet všech standardů dané oblasti, včetně těchto identifikátorů. Identifikátory slouží k rychlejší orientaci. Pro ty, kdo si nepamatují všechny identifikátory, je uveden stručný popis daného standardu.

V bodě „účel standardu“ je podrobně rozepsáno, jaké kroky je potřeba pro tento standard v daném zdravotnickém zařízení vykonat a jak by měl vypadat cílový stav.

Indikátory standardu sdělují konkrétní požadavky, které budou při akreditačním šetření pověřeným inspektorem kontrolovány a měřeny.

⁶⁵JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, s. 116.

1.7.5.4 Hodnocení akreditačního standardu

Členové hodnotitelského týmu zapisují do hodnotící aplikace bodové ohodnocení jednotlivých indikátorů standardů. Indikátor může být buď splněn (10 bodů), částečně splněn (5 bodů), nebo nesplněn (0 bodů).

Proto, aby mohl být každý standard vyhodnocen, je potřeba spočítat průměrné hodnocení příslušných indikátorů. Výsledek se zaokrouhlí na celé číslo směrem dolů. Hodnocení standardů probíhá podle následujícího klíče: Průměr 7 a více – standard je splněn, průměr 5–7 – standard je částečně splněn, průměr 5 a méně – standard není splněn.

Každá skupina standardů se pak hodnotí samostatně, kdy se vypočítá průměr hodnocení všech standardů v dané skupině. Výsledek se pak vyjádří v procentech. Dále je ještě potřeba spočítat průměr všech standardů všech skupin dohromady, výsledek se opět vyjádří v procentech.⁶⁶

Zdravotnickému zařízení je akreditace udělena, pokud splní následující tři podmínky:

- 1) „Každý standard je alespoň částečně splněn (hodnota 5 a více, resp. 50 % maxima a více;
- 2) Každá kapitola (skupina standardů) je splněna alespoň na 70 % maxima;
- 3) Celá sada standardů je splněna alespoň na 80 % maxima.“⁶⁷

Doba trvání akreditace

Po udělení akreditace je její platnost 3 roky. Poté je potřeba znovu o akreditaci požádat. SAK ČR také poskytuje placené konzultace, které mohou žadateli pomoci při přípravách na samotnou akreditaci.

1.8 E-Qualin

Jedním z dalších mnoha nástrojů ke zlepšování kvality poskytované péče je model E-Qualin.

⁶⁶ SAK ČR, *Směrnice pravidla udělování akreditace a certifikátů kvality- Příloha I*, s. 1.

⁶⁷ Tamtéž.

E-Qualin je model, který byl vyvinut hlavně pro oblast sociálních služeb – konkrétně pro domovy seniorů. Je takto jediným existujícím modelem měření a zvyšování kvality, který je orientován pouze na úzký a především specifický segment sociálních služeb. E-Qualin je využíván například v Domově důchodců v Hradci Králové (dále DD) a podle mého názoru je možné jej využít také v jakémkoliv zařízení, které poskytuje zdravotní péči.

Základem E-Qualinu je proces sebehodnocení v systému řízení kvality organizace. Metoda spočívá v jednorázovém vzdělávání, kterým se získá potřebné know-how vedoucích pracovníků (procesních manažerů) organizací poskytovatelů sociálních služeb, a tito pak mohou zavést celý systém ve svém zařízení. Metodou proškolení procesní manažeri (2 osoby na zařízení) koordinují poté implementaci modelu E-Qualin ve svém zařízení, které spočívá v sebehodnocení určenými zaměstnanci zařízení. Cílem metody je tak zavést systém kontinuálního zvyšování kvality prostřednictvím sebehodnocení bez vnějších zásahů do fungování domovů. Posláním projektu E-Qualin je systematické měření a zvyšování kvality v pobytových zařízeních sociálních služeb v souladu s evropskými standardy.

Model E-Qualin je založen na 3 pilířích: procesy, struktury a výsledky, které jsou popsány a rozděleny do jednotlivých částí. Poskytovatel si sám definuje, kteří ukazatelé a kritéria jsou pro něj důležité a které bude poté hodnotit.

Výhodou této metody je, že v pracovních týmech jsou zařazeni pracovníci z různých pozic, ať už z hlediska stupně řízení nebo z hlediska náplně práce. Takto vytvořená pracovní skupina umožňuje náhled na probíraná témata z různých úhlů pohledu a tím mohou vzniknout daleko praktičtější a komplexnější řešení.

Celý projekt je finančně podporován Evropskou unií a v ČR realizován prostřednictvím Asociace poskytovatelů sociálních služeb (APSS). Bohužel se mi zaměstnanci DD svěřili, že po odchodu jedné z hlavních koordinátorek se pracovní tým E-Qualinu už asi půl roku nesešel a úvodní nadšení a iniciativní přístup pomalu vyprchává, i přestože se zaměstnanci shodují na tom, že E-Qualin má svůj smysl, logiku i výsledky.⁶⁸

⁶⁸ E-Qualin [online], < <http://www.apsscr.cz/cz/projekty/e-qalin> >.

Praktická část

Úvod

Při praxi v předmětu Řízení akutní ústavní a ambulantní péče ve Fakultní nemocnici Hradec Králové (dále i jako FNHK) se ukázalo, že oblast kvality je mezi zaměstnanci velmi rozporuplné téma. Všichni jsou si vědomi toho, že vysoká kvalita poskytované zdravotní péče je nezbytným atributem jejich práce, nicméně jejich vztah k tématu kvality je čím dál více negativní. Tento fakt je způsobem silným tlakem na tuto oblast ze strany managementu nemocnice, resp. ministerstva zdravotnictví či dalších institucí. Tento psychický tlak může mít negativní vliv na pracovní výkon, může vést ke zvýšení výskytu chyb při poskytování zdravotní péči a může paradoxně vést ke snižování kvality zdravotní péče.

Výzkumný záměr byl nejprve představen pracovním Odboru řízení kvality a kontroly. Následně byl osloven ředitel FNHK prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., který osobně výzkum povolil.

1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je analyzovat vnímání různých aspektů kvality a faktorů ovlivňujících kvalitu zdravotní péče u zaměstnanců FNHK.

1.1 Dílčí cíle:

- 1) Zjistit priority respondentů v oblasti vybraných aspektů kvality péče a porovnat je napříč skupinami respondentů
- 2) Popsat hodnocení faktorů ovlivňujících kvalitu péče jednotlivými respondenty
- 3) Statisticky vyhodnotit shodu v hodnocení faktorů ovlivňujících kvalitu péče mezi jednotlivými skupinami respondentů

Pro splnění dílčího cíle č. 3 byly stanoveny následující pracovní hypotézy:

H1: Lékaři a sestry mají shodné hodnocení u alespoň 8 z 10 faktorů ovlivňujících kvalitu péče.

H2: Pracovníci managementu klinik a sestry mají shodné hodnocení u alespoň 8 z 10 faktorů ovlivňujících kvalitu péče.

H3: Lékaři a pracovníci managementu klinik mají shodné hodnocení u alespoň 8 z 10 faktorů ovlivňujících kvalitu péče.

2 Očekávaný přínos pro zdravotnické zařízení

Management nemocnice díky výsledkům výzkumu této diplomové práce získá zpětnou vazbu o postojích, názorech a prioritách zaměstnanců v oblasti kvality poskytované péče. Tyto informace mohou být využity pro komunikaci s pracovníky nemocnice na všech úrovních, zejména při vytváření vnitřních řídicích dokumentů. Předáním ověřeného dotazníku získá management funkční nástroj k průběžnému ověřování těchto postojů. Lze předpokládat, že výsledky výzkumu by mohly přispět k efektivnějšímu plnění pracovních úkolů a ve finále i ke zvýšené kvalitě poskytované péče.

3 Zkoumané zdravotnické zařízení – Fakultní nemocnice Hradec Králové

Nemocnice v Hradci Králové vznikla v roce 1887, původní prostory byly umístěny v areálu, který je dnes nazýván „Stará nemocnice“. O výbornou pověst nemocnice se zasloužili dr. J. Potůček, dr. O. Klumpar a dr. B. Honzák. I přesto, že postupem času rostla kapacita i úroveň poskytované zdravotní péče, nedokázala nemocnice uspokojit potřeby a zájem všech pacientů. Vše směřovalo k vybudování nové, moderní a hlavně větší nemocnice. V druhé polovině 20. let 20. století se tento záměr podařilo městu Hradec Králové realizovat. Nový nemocniční areál byl otevřen v r. 1928. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové vznikla 17. listopadu 1945.

Vznik Fakultní nemocnice znamenal další zlepšení materiálního i personálního vybavení bývalé okresní nemocnice. Větší prostor také dostal výzkum a vývoj v léčebné péči. Díky dalšímu rozvoji v mnohých odvětvích se Fakultní nemocnice v Hradci Králové se stala věhlasnou v celé republice.

Rok 1989 znamenal velké změny a zdravotnictví nebylo výjimkou. Otevřely se nové možnosti pro další rozvoj medicínských technologií, vysoká pozornost začala být věnována ekonomice provozu nemocnice a také kvalitě poskytované zdravotní péče.

Fakultní nemocnice Hradec Králové se v současnosti řadí mezi největší poskytovatele zdravotních služeb v České republice. Součástí FNHK je 23 klinik, přes 1500 lůžek a ročně je zde hospitalizováno více než 40 000 pacientů, z nichž zhruba 40 % je operováno. Více než 500 000 pacientů ročně je ve FNHK ošetřeno ambulantně.

Nemocnice má celkem 4656 zaměstnanců, z toho 2032 nelékařských pracovníků, 751 lékařů, 734 provozních pracovníků, 505 pracovníků pod odborným dohledem, 505 technicko-hospodářských pracovníků, 96 jiných vysokoškolsky vzdělaných pracovníků a 40 farmaceutů.⁶⁹

Lékaři provádí nejsložitější chirurgické výkony s využitím nejmodernějších technologií a nejkvalitnějšího vybavení, které je srovnatelné se zdravotnickými zařízeními v západní Evropě. Fakultní nemocnice Hradec Králové je také významným

⁶⁹Výroční zpráva Fakultní nemocnice Hradec Králové 2011 [online], <<http://fnhk.cz/fs723/2011/velka.pdf>>.

pracovištěm v oblasti výuky a výzkumu a je úzce propojena s Lékařskou fakultou Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Fakultní nemocnice Hradec Králové své poslání od svého vzniku až do současnosti. Důležitými partnery jsou Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové, Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně a Farmaceutická fakulta Univerzity Karlovy. Heslem pracovníků Fakultní nemocnice je „Blaho nemocných budiž každému nejvyšším příkazem.“⁷⁰

⁷⁰ *Historie nemocnice* [online], <<http://fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/historie-nemocnice>>.

4 Metody výzkumu

Pro potřeby výzkumu této diplomové práce byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Sestavený dotazník byl ověřen pilotní studií, na základě které došlo k drobným úpravám jednotlivých položek směrem k vyšší srozumitelnosti. Tato metoda umožnila získání dostatečně velkého počtu respondentů. Do výzkumu jsou zapojeny tři skupiny zaměstnanců zdravotnického zařízení. Dotazníky byly ve FNHK distribuovány v součinnosti s pracovníci Odboru řízení kvality a kontroly.

4.1 Skupiny respondentů

Výzkum bude zaměřen na tři skupiny respondentů – všeobecné sestry, lékaře a management klinik (přednosta, primář, vrchní sestra). Byly vybrány proto, že každý z nich může kvalitu péče ovlivnit v rámci svých kompetencí, a proto bylo důležité zjistit jejich postoje. Zájmem všech tří skupin je kvalitní a bezpečná zdravotní péče, nicméně každý může kvalitu péče ovlivnit pouze v rámci svých kompetencí. Skupiny respondentů budou tvořit zajímavé vzorky, jejichž srovnání ukáže rozdíl, nebo shodu ve vnímání kvality. Důležitou roli také hrají další faktory, kterými se zabývají otázky v dotazníku.

Bylo rozhodnuto oslovit management všech klinik, jejichž pracovníci přijdou do kontaktu s pacienty, 2/3 všeobecných sester a 2/3 lékařů.

4.2 Dotazník

Dotazník je rozdělen do třech oddílů, oddíl A a oddíl B obsahují otázky, v oddílu C respondent uvede demografické a další údaje.

4.2.1 Oddíl A

Východiskem ke konstrukci otázek byla teoretická část předložené diplomové práce a zabývají se obecným vnímáním kvality v systému zdravotní péče.

Otázky:

- 1) Domníváte se, že je lepší chápat kvalitu péče směrem k jednotlivci, nebo k celé populaci?
 - a. K jednotlivci
 - b. K populaci
 - c. Nevím

Kvalitu péče je možné směřovat buď směrem k jednotlivci, nebo k celé populaci. Pokud zdravotník vyvíjí snahu v zájmu zdraví jednotlivce, může to být na úkor zdraví celé populace a naopak. Každá z variant (populace x jednotlivec) vnímání kvality s sebou nese odlišný pohled na kvalitu zdravotní péče i na pracovní snahu vyvíjenou zdravotníkem.

- 2) Který důvod pro kvalitu poskytované péče je pro Vás nejdůležitější?
 - a. Zdraví populace
 - b. Snížení nákladů na zdravotní péči
 - c. Jiný? Uveďte: _____

Každá ze skupin respondentů má jinou pracovní náplň, ze které mohou pramenit i jiné priority. Lze předpokládat, že s rostoucí úrovní řízení bude vidět odklon od důvodu „zdraví populace“ k důvodu „snížení nákladů“. Obecně spolu oba důvody velmi úzce souvisí a je potřeba, aby fungovaly v určité rovnováze.

- 3) Seřaďte (očísľujte) následující položky podle toho, jak moc podle Vás ovlivňují kvalitu poskytované péče ve vašem zdravotnickém zařízení (1 nejvíce, 3 nejméně):
 - a. Ministerstvo zdravotnictví
 - b. Královéhradecký kraj
 - c. Management vašeho zdravotnického zařízení

Zaměstnanci nemocnice dostávají prostřednictvím svých nadřízených pokyny a úkoly z několika řídicích úrovní, jejichž vliv na zdravotní péči v daném zdravotnickém je různě velký. Pro potřeby předložené diplomové práce byly vybrány tyto řídicí

úrovně: Ministerstvo zdravotnictví, Královéhradecký kraj, management daného zdravotnického zařízení. Zaměstnanci nemocnice se pravděpodobně budou stavět jinak k pokynu od instituce, o které si myslí, že má na kvalitu velký vliv, a naopak.

- 4) Seřaďte následující pracovní pozice podle toho, jak moc podle Vás ovlivňují kvalitu poskytované péče ve Fakultní nemocnici (1 nejvíce, 3 nejméně):
- a. Všeobecné sestry
 - b. Lékaři
 - c. Ředitel zdravotnického zařízení

Stejně jako se liší kompetence jednotlivých skupin respondentů, bude se lišit i jejich názor na to, kdo z nich má nejvyšší vliv na kvalitu péče. Bude zajímavé sledovat, jestli respondenti berou břemeno kvality na sebe (na svou pracovní pozici) nebo na pozici jiných kolegů a jakým způsobem reflektují rozdělení těchto odpovědností.

- 5) Seřaďte následující součásti zdravotní péče podle významu pro kvalitu poskytované péče (1 nejvyšší, 3 nejmenší):
- a. Struktura (dostatek financí, jejich alokace; odbornost personálu...)
 - b. Proces (identifikace potřeb, diagnostika, chování personálu...)
 - c. Výsledky (úleva pacienta, zlepšení zdravotního stavu...)

Cílem této otázky je zjistit, která z částí Donabedianova rozdělení kvality ve zdravotní péči je prioritou každého z pracovníků. Donabedian rozděluje kvalitu zdravotní péče na strukturu, proces a výsledky. Struktura se zabývá organizací zdrojů, do procesu jsou zahrnuty interpersonální vztahy a další interakce a výstupem jsou chápány výsledky zdravotní péče z hlediska zlepšení zdravotního stavu či subjektivní úlevy pacienta. Z odpovědí bude možné usoudit, kterým směrem respondenti vyvíjí svou snahu v pracovním procesu.

- 6) Seřaďte následující parametry kvalitní péče podle toho, jak jsou podle Vašeho názoru důležité (1 nejvíce, 6 nejméně):
- a. Účinnost (Je daný způsob léčby pro pacienta ten nejlepší?)
 - b. Přijatelnost (Je zvolená léčba humánní a ohleduplná?)

- c. Hospodárnost (Jsou vstupy maximálně využívány?)
- d. Dostupnost péče (Je léčba dostupná v momentě, kdy ji pacient potřebuje?)
- e. Spravedlnost péče (Jsou při léčbě všech pacientů zdroje využívány stejně?)
- f. Relevance (Je schéma zdravotní péče ideální vzhledem k potřebám celé populace?)

V souladu s tvrzením Maxwella existuje 6 parametrů kvality poskytované péče. Cílem vyhodnocení této otázky je získat přehled o základních prioritách zaměstnanců v oblasti kvality zdravotní péče. Zástupci vedení zdravotnického zařízení získají informace o tom, zdali jsou priority respondentů v souladu s jejich cíli a vizí, resp. s cíli s vizí příslušného zřizovatele.

- 7) Vnímáte standardizaci jako vhodnou cestu ke zvyšování kvality péče?
- a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím

Standardizace obecně chápána jako trend, pomocí kterého by mělo docházet ke zlepšování kvality péče. Statistické vyhodnocení této otázky naznačí, jestli je standardizace stejně pozitivně vnímána i mezi výkonnými zdravotnickými pracovníky.

- 8) Vnímáte udělení akreditace Spojené akreditační komise jako vhodný nástroj ke zlepšování kvality poskytované péče?
- a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím

Akreditace je poměrně rozšířeným nástrojem ke zlepšování kvality. Parametry pro udělení akreditace jsou objektivní, měřitelné, dopředu známé, odsouhlasené a ověřené v praxi. V případě, že zdravotničtí pracovníci nevnímají akreditaci jako přínos, je možné, že směrem k nim tato otázka není ve sledovaném zdravotnickém zařízení vedením vhodně prezentována.

9) Seřad'te následující přínosy akreditace podle skutečné situace ve Vaší praxi (1 nejvyšší, 6 nejnižší):

- a. Zvyšuje důvěru veřejnosti v kvalitní a bezpečné prostředí v daném zařízení.
- b. Vytváří bezpečné a efektivní pracovní prostředí, což přispívá ke spokojenosti zaměstnanců.
- c. Umožní argumentovat při jednání s plátcí na základě dat popisujících kvalitu péče v daném zařízení.
- d. Zvyšuje participaci pacientů a jejich blízkých na procesu poskytování zdravotní péče, vytváří lepší podmínky pro uspokojování jejich potřeb a respektování jejich práv.
- e. Vytváří kulturu otevřené organizace, která se učí ze systému včasného hlášení mimořádných událostí a bezpečnostních rizik.
- f. Vytváří systém týmového vedení s trvalou snahou zjišťovat kvalitu péče a bezpečí pacientů na všech úrovních řízení.

Úkolem vedení nemocnice je co nejvhodnější formou informovat zaměstnance o výhodách a přínosech akreditace pro zdravotnické zařízení, včetně priorit, které vedení, resp. zřizovatel má. Tato otázka slouží jako zpětná vazba pro vedení nemocnice, jestli informační kampaň splnila svůj cíl.

4.2.2 Oddíl B

V oddílu B hodnotí respondenti konkrétní faktory, které ovlivňují kvalitu poskytované zdravotní péče v jejich zdravotnickém zařízení v praxi. Baterie výroků byla sestavena po konzultacích ve Fakultní nemocnici Hradec Králové na Odboru kvality s Mgr. Petrou Štefánkovou a Mgr. Hanou Drábkovou. Jednotlivé položky pomohou charakterizovat postoje zdravotnických pracovníků k parametrům, které se přímo týkají zdravotnické praxe.

1. Do jaké míry podle Vás níže uvedené faktory pozitivně ovlivňují kvalitu péče ve zdravotnickém zařízení?

(1 nejvíce, 10 nejméně, hodnoty bodů se mohou opakovat)

1. Malé množství přesčasové práce
2. Dobré finanční ohodnocení zdravotnického personálu
3. Dobrá dostupnost nejmodernějších přístrojů a léčiv
4. Dobré vztahy na pracovišti
5. Malé množství „papírování“ zdravotnických pracovníků
6. Kontinuální vzdělávání zdravotnického personálu
7. Akreditace poskytovatele zdravotních služeb
8. Dobré finanční výsledky poskytovatele zdravotních služeb
9. Příjemné a bezpečné prostředí
10. Dobrá organizace práce na pracovišti

4.2.3 Oddíl C

Tento oddíl je zaměřen na demografické údaje o respondentech se zaměřením na pracovní pozici, vzdělání, pohlaví a věk. Demografické údaje pomohou rozklíčovat jednotlivé výsledky při zohlednění pracovního vzdělání, věku a pracovního zařazení jednotlivých respondentů.

Pracovní pozice:

lékař	před atestací	☐	po atestaci	☐
všeobecná sestra	SŠ vzdělání	☐	VŠ vzdělání	☐
management ZZ (vedoucí pracovníci klinik)			přednosta	☐
			primář	☐
	vrchní sestra	☐		

Pohlaví: muž ☐ žena ☐

Věk:

4.3 Charakteristika vzorku respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 397 respondentů, z toho 118 lékařů (32 bez atestace, 86 s atestací), 254 všeobecných sester (203 se SŠ vzděláním, 51 s VŠ vzděláním) a 25 pracovníků managementu klinik (8 přednostů, 8 primářů, 9 vrchních sester.) Jedná se o pracovníky 13 klinik FNHK: Ortopedie, I. interní klinika, Urologie, Kardiochirurgie, ORL, Dětská klinika, Gynekologicko-porodnická klinika, III. interní klinika, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Chirurgie, Onkologie, Klinika infekčních onemocnění a Psychiatrická klinika.

Tab. 1: Respondenti – lékaři

Statistika – lékaři	počet
Počet lékařů	118
Bez atestace	32
S atestací	86
Muži	81
Ženy	37
Průměrný věk	40

Tab. 2: Respondenti – sestry

Statistika – sestry	počet
Počet sester	254
SŠ	203
VŠ	51
Muži	9
Ženy	245
Průměrný věk	38

Tab. 3: Respondenti – management

Statistika – management klinik	počet
Počet – management klinik	25
Přednosta	8
Primář	8
Vrchní sestra	9
Muži	15
Ženy	10
Průměrný věk	55

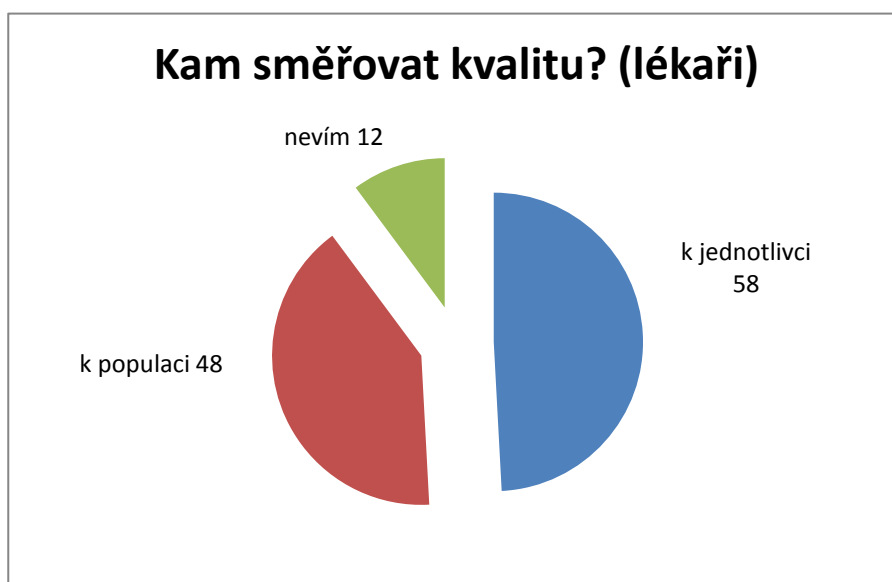
5 Výsledky

5.1 Vyhodnocení části A

1. otázka – Je lepší chápat kvalitu péče směrem k jednotlivci, nebo k celé populaci?

Lékaři

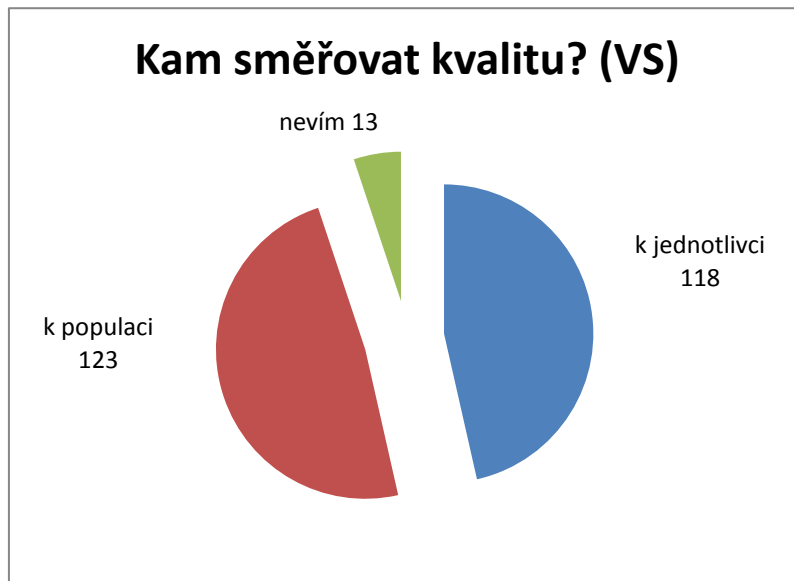
U lékařů byly odpovědi poměrně vyrovnané, protože 58 z nich považuje za lepší směřovat kvalitu směrem k jednotlivci, zatímco 48 preferuje kvalitu péče směřovat k celé populaci; 12 lékařů uvedlo, že neví.



Graf 1: Směřování kvality - lékaři

Všeobecné sestry

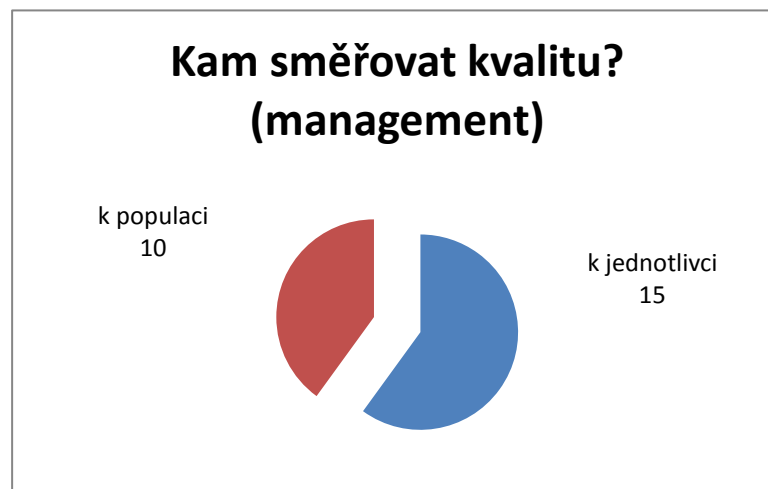
U všeobecných sester byly odpovědi také velmi vyrovnané. Zatímco 118 z nich odpovědělo, že kvalitu je lepší směřovat k jednotlivci, 123 se vyjádřilo ve prospěch celé populace. Někteří respondenti, konkrétně 12 z nich, nedokázali na tuto otázku odpovědět. Preference lékařů a všeobecných sester se tedy v této otázce liší.



Graf 2: Směřování kvality – sestry

Management klinik

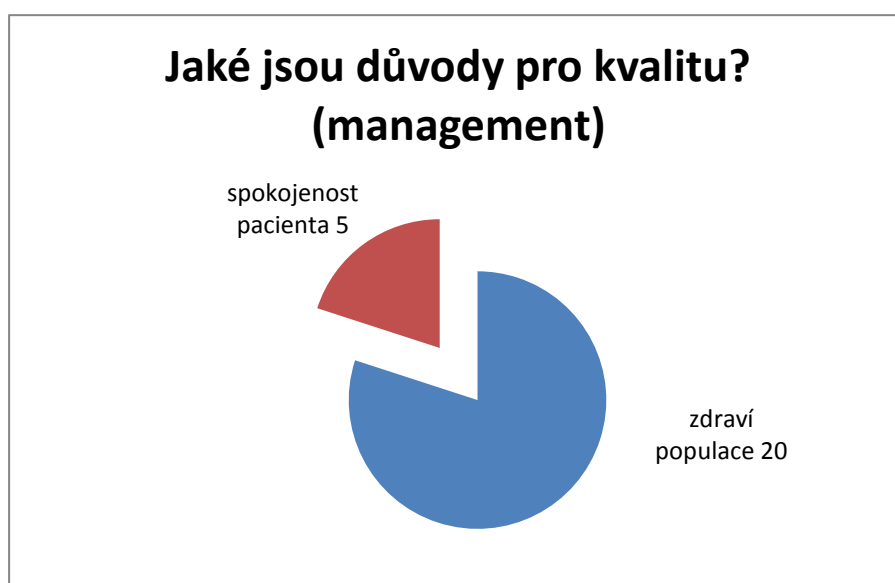
Vedoucí pracovníci klinik již nebyli v odpovědích tak vyrovnaní. Z výsledku však vyplynulo, že jejich prioritou je orientace na pacienta jako jednotlivce, nikoliv na celou populaci. Konkrétně 15 z nich preferuje jednotlivce, na rozdíl od zbylých 10, kteří volí směr kvality k celé populaci.



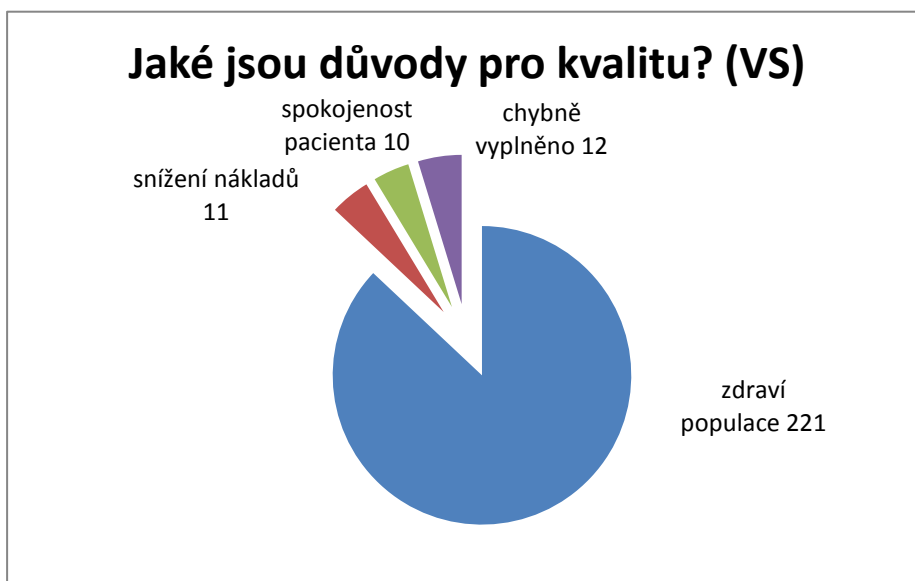
Graf 3: Směřování kvality – management

2. otázka – Který důvod pro kvalitu poskytované péče je pro vás nejdůležitější?

V odpovědích na tuto otázku se většina respondentů shodla bez ohledu na rozdělení do jednotlivých skupin. Naprostá většina z nich odpověděla, že důvodem pro kvalitu je zdraví populace, jen zlomek vidí jako hlavní důvod pro kvalitu snížení nákladů na zdravotní péči. Další nejčastější důvody pro kvalitu, pro které byl prostor v možnosti odpovědi c, jsou také patrné z následujících grafů.



Graf 4: Důvody kvality – management



Graf 5: Důvody kvality – sestry



Graf 6: Důvody kvality – lékaři

3. otázka – Seřad'te následující položky (management zdravotnického zařízení, kraj, Ministerstvo zdravotnictví) podle toho, jak moc podle Vás ovlivňují kvalitu poskytované péče ve Vašem zdravotnickém zařízení.

V této otázce jsou respondenti ve shodě, resp. průměrná pořadí jednotlivých odpovědí jsou stejná u všech tří skupin respondentů. Všichni se shodují, že nejvíce ovlivňuje kvalitu poskytované péče samotný management zdravotnického zařízení, pak následuje Ministerstvo zdravotnictví a nejnižší vliv na kvalitu poskytované péče respondenti přisuzují Královéhradeckému kraji.

Tab. 4: Pořadí vlivu – všichni respondenti

Pořadí dle vlivu – všechny skupiny resp.	Institute
1.	management ZZ
2.	Ministerstvo zdravotnictví
3.	kraj

4. otázka – Seřad'te následující pracovní pozice (všeobecná sestra, lékař, ředitel nemocnice) podle toho, jak moc podle Vás ovlivňují kvalitu poskytované péče ve fakultní nemocnici.

Všechny skupiny respondentů se shodly, že nejmenší vliv na kvalitu péče ve fakultní nemocnici má její ředitel. V pořadí na prvním a druhém místě se však odpovědi liší.

Lékaři a pracovníci managementu klinik považují z hlediska vlivu na kvalitu poskytované péče za nejdůležitější pozici zdravotní sestry, za kterou následuje pozice lékaře. Všeobecné sestry mají pořadí na prvních dvou místech obrácené, jako pozici s nejvyšším vlivem na kvalitu péče vnímají pozici lékaře.

Tab. 5: Pořadí vlivu podle pozice – lékaři

Pořadí dle vlivu – lékaři	Pracovní pozice
1.	sestra
2.	lékař
3.	ředitel

Tab. 6: Pořadí vlivu podle pozice – sestry

Pořadí dle vlivu – VS	Pracovní pozice
1.	lékař
2.	sestra
3.	ředitel

Tab. 7: Pořadí vlivu podle pozice – management

Pořadí dle vlivu – management	Pracovní pozice
1.	sestra
2.	lékař
3.	ředitel

5. otázka – Seřad'te následující součásti zdravotní péče (struktura, proces, výsledky) podle významu pro kvalitu poskytované péče.

Výsledná pořadí položek v této otázce byla u jednotlivých skupin respondentů odlišná. Lékaři považují z hlediska kvality péče za nejdůležitější součásti výsledky a proces, na dalším místě pak strukturu. Všeobecné sestry rozhodly, že na prvním místě je struktura, za kterou následují výsledky a dále proces. Management klinik považuje za nejdůležitější výsledky, poté proces a v poslední řadě strukturu zdravotní péče.

Tab. 8: Pořadí součástí z. péče – lékaři

Pořadí dle vlivu – lékaři	Součást zdravotní péče
1.- 2.	Proces, Výsledky
3.	Struktura

Tab. 9: Pořadí součástí z. péče – sestry

Pořadí dle vlivu – VS	Součást zdravotní péče
1.	Struktura
2.	Výsledky
3.	Proces

Tab. 10: Pořadí součástí z. péče – management

Pořadí dle vlivu – management	Součást zdravotní péče
1.	Výsledky
2.	Proces
3.	Struktura

6. otázka – Seřad'te následující parametry kvalitní péče (účinnost, přijatelnost, hospodárnost, dostupnost, spravedlnost, relevance) podle toho, jak jsou podle Vašeho názoru důležité.

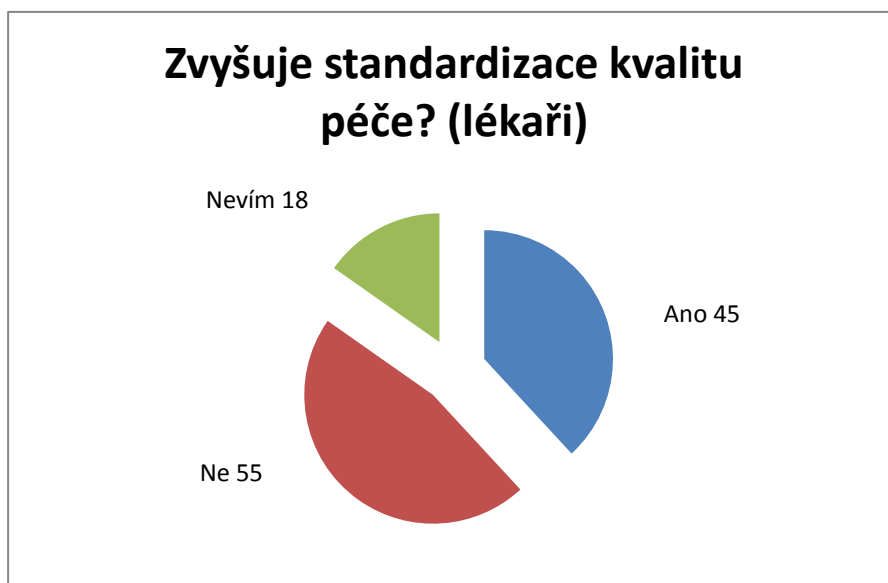
I z této otázky vyplývá, že v parametrech kvalitní péče mají většinou pracovníci fakultní nemocnice stejné priority. Lékaři a sestry mají pořadí naprosto totožné: 1. Účinnost, 2. Dostupnost, 3. Přijatelnost, 4. Spravedlnost, 5. Hospodárnost, 6. Relevance. Vedení jednotlivých klinik pouze prohodilo pořadí na druhém a třetím místě.

Tab. 11: Pořadí parametrů – všichni resp.

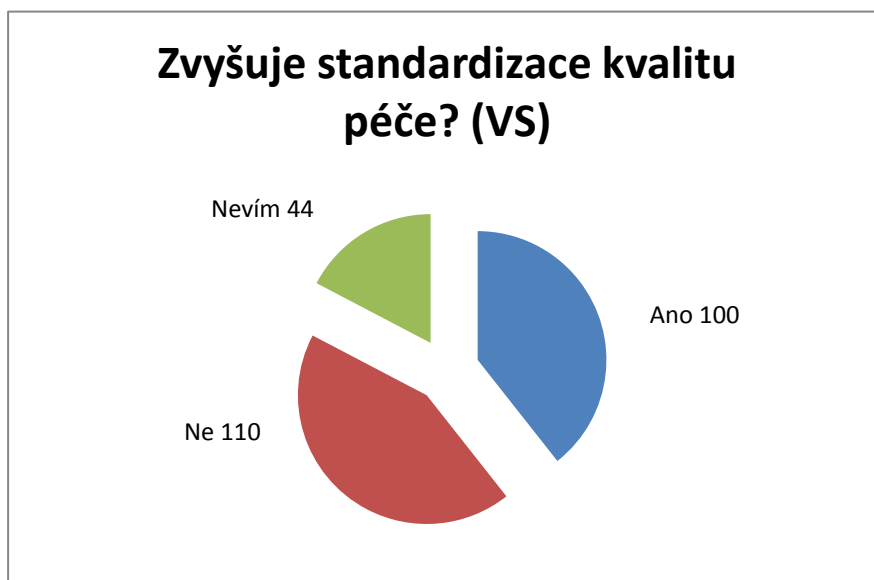
Pořadí dle důležitosti – všechny skupiny resp.	Parametry kvalitní péče
1.	Účinnost
2.	Dostupnost
3.	Přijatelnost
4.	Spravedlnost
5.	Hospodárnost
6.	Relevance

7. otázka – Vnímáte standardizaci jako vhodnou cestu ke zvyšování kvality péče?

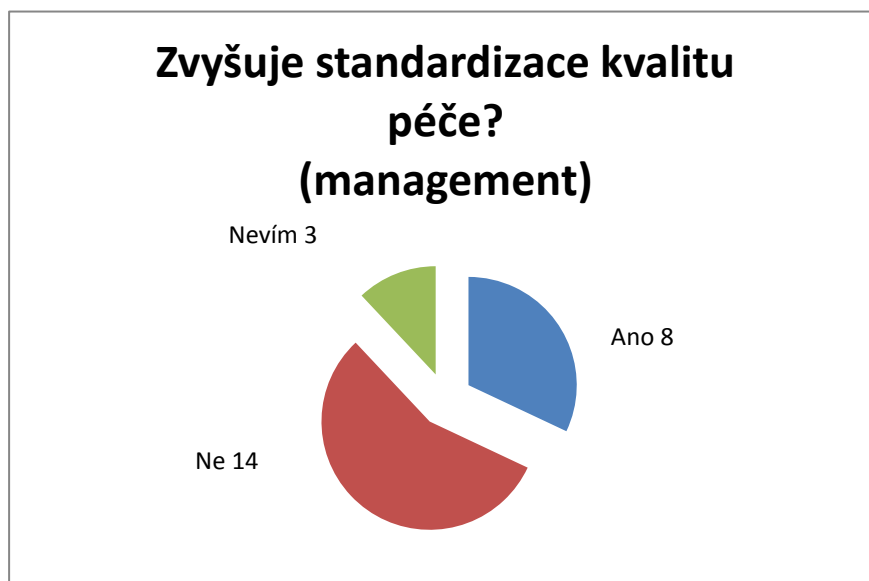
Výsledky ukázaly, že ani jedna skupina respondentů nepovažuje standardizaci za vhodnou cestu ke zvyšování kvality péče. I když byly odpovědi poměrně vyrovnané, většina vždy patřila možnosti „ne“.



Graf 7: Zvyšování standardizace – lékaři



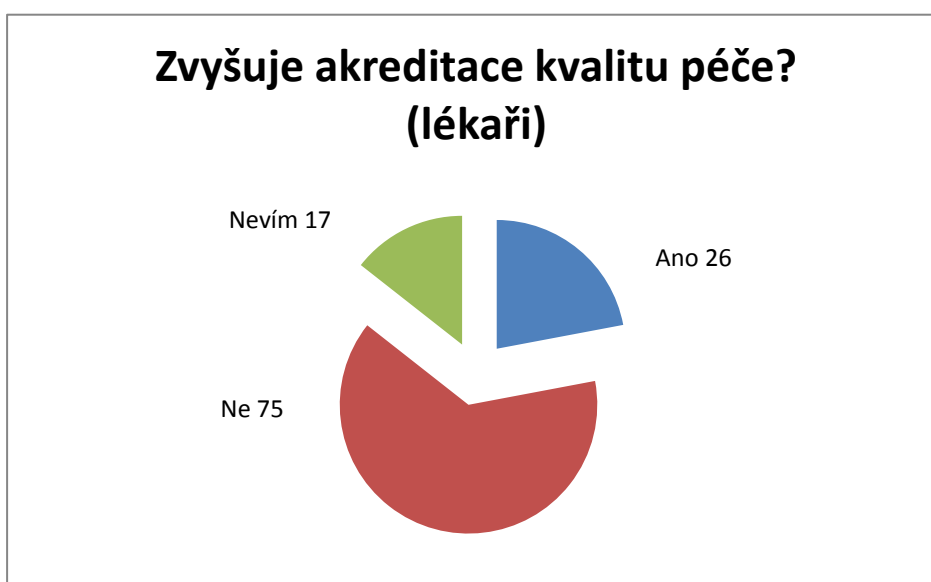
Graf 8: Zvyšování standardizace – sestry



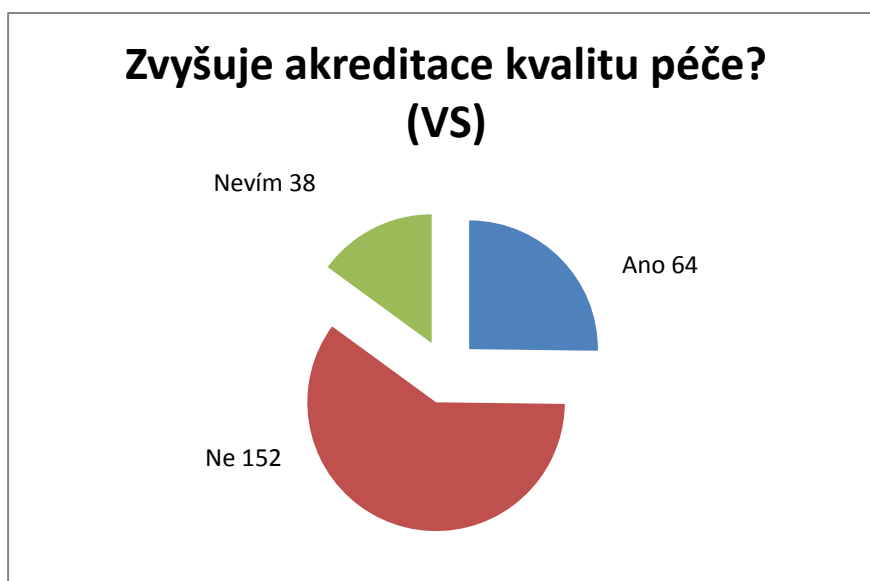
Graf 9: Zvyšování standardizace – management

8. otázka – Vnímáte udělení akreditace Spojené akreditační komise jako vhodný nástroj ke zlepšování kvality poskytované péče?

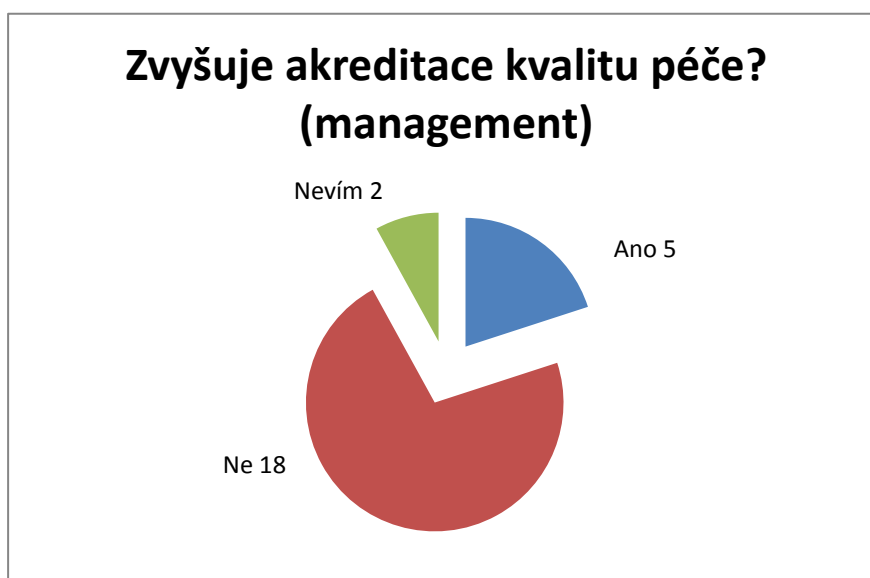
Výsledky odpovědí na tuto otázku jsou velmi podobné výsledkům otázky č. 7, většina respondentů tedy nepovažuje akreditaci SAK za vhodný nástroj ke zlepšování kvality péče s tím rozdílem, že záporné odpovědi jsou zde zastoupeny v ještě větší míře.



Graf 10: Zvyšování akreditace – lékaři



Graf 11: Zvyšování akreditace – sestry



Graf 12: Zvyšování akreditace - management

9. otázka – Seřad'te následující přínosy akreditace podle skutečné situace ve Vaší praxi.

Otázka č. 9 byla vyhodnocována pouze u těch respondentů, kteří uvedli, že akreditaci SAK ČR vnímají jako vhodný nástroj ke zlepšování kvality péče.

Tab. 12: Pořadí přínosů

Přínosy akreditace	pořadí – lékaři	pořadí – sestry	pořadí – management
Důvěra veřejnosti	1.	2.	1.
Bezpečné pracovní prostředí	3.	3.	4.
Argumentace s plátcí	6.	6.	5.
Zvýšení participace pacientů	4.	5.	6.
Kultura otevřené organizace	5.	4.	3.
Systém týmového vedení	2.	1.	2.

5.2 Vyhodnocení části B – Faktory ovlivňující kvalitu péče

Popis výsledků

Vyhodnocení části B dotazníku ukázalo, že respondenti mají v oblasti faktorů ovlivňujících kvalitu poskytované péče velmi podobné priority. I přes to, že pořadí faktorů není jednotlivých skupin respondentů zcela totožné, na nejvyšších a nejnižších stupních pořadí je možno nalézt vysokou shodu. Jako nejdůležitější faktory byly označovány „Dobrá organizace práce na pracovišti“ a „Dobré vztahy na pracovišti“. Zatímco mezi nejméně důležité faktory pro kvalitu péče respondenti zahrnovali faktory „Akreditace poskytovatele“ a „Dobré finanční výsledky poskytovatele“.

Tab. 13: Faktory ovlivňující kvalitu péče – lékaři

Pořadí – lékaři	Faktor ovlivňující kvalitu péče
1.	Dobrá organizace práce na pracovišti
2.	Příjemné a bezpečné prostředí
3.	Dobré vztahy na pracovišti
4.	Dobrá dostupnost nejmodernějších přístrojů a léčiv
5.	Kontinuální vzdělávání personálu
6.	Dobré finanční ohodnocení personálu
7.	Dobré finanční výsledky poskytovatele
8.	Malé množství papírování personálu
9.	Malé množství přesčasové práce
10.	Akreditace poskytovatele

Tab. 14: Faktory ovlivňující kvalitu péče – sestry

Pořadí – sestry	Faktor ovlivňující kvalitu péče
1.	Dobrá organizace práce na pracovišti
2.	Dobré vztahy na pracovišti
3.	Dobré finanční ohodnocení personálu
4.	Dobrá dostupnost nejmodernějších přístrojů a léčiv
5.	Příjemné a bezpečné prostředí
6.	Kontinuální vzdělávání personálu
7.	Malé množství papírování personálu
8.	Malé množství přesčasové práce
9.	Dobré finanční výsledky poskytovatele
10.	Akreditace poskytovatele

Tab. 15: Faktory ovlivňující kvalitu péče – management

Pořadí – management	Faktor ovlivňující kvalitu péče
1.	Dobré finanční ohodnocení personálu
2.	Dobré vztahy na pracovišti
3.	Dobrá organizace práce na pracovišti
4.	Malé množství papírování personálu
5.	Dobrá dostupnost nejmodernějších přístrojů a léčiv
6.	Příjemné a bezpečné prostředí
7.	Kontinuální vzdělávání personálu
8.	Malé množství přesčasové práce
9.	Dobré finanční výsledky poskytovatele
10.	Akreditace poskytovatele

Statistické vyhodnocení shody v hodnocení faktorů

Při vyhodnocování byly jednotlivé faktory očíslovány. Číslo pořadí faktorů odpovídalo jejich pozici v dotazníku a bylo následující:

Faktor č. 1: Malé množství přesčasové práce

Faktor č. 2: Dobré finanční ohodnocení zdravotnického personálu

Faktor č. 3: Dobrá dostupnost nejmodernějších přístrojů a léčiv

Faktor č. 4: Dobré vztahy na pracovišti

Faktor č. 5: Malé množství „papírování“ zdravotnických pracovníků

Faktor č. 6: Kontinuální vzdělávání zdravotnického personálu

Faktor č. 7: Akreditace poskytovatele zdravotnických služeb

Faktor č. 8: Dobré finanční výsledky poskytovatele zdravotnických služeb

Faktor č. 9: Příjemné a bezpečné prostředí

Faktor č. 10: Dobrá organizace práce na pracovišti

Pro určení shody v hodnocení faktorů byl použit program Sigma Plot 9.0. Po provedení testu normality dat bylo zjištěno, že žádný z porovnávaných vzorků nemá normální rozdělení dat. Na základě tohoto zjištění byl zvolen Kruskal-Wallisův test, který určil, zdali mezi zadanými daty existuje rozdíl. U faktorů, kde existoval rozdíl, byla dále použita Dunnova metoda pro porovnání shodnosti jednotlivých dvojic výběrů. U vyhodnocení faktoru č. 5 program nedokázal Dunnovou metodou porovnat shodnost jednotlivých dvojic výběrů, byl proto u tohoto faktoru použit Mann-Whitney U-test, který shodnost porovnal.

Bylo vytvořeno 10 statistických hypotéz:

H_{01} : Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 1 „Malé množství přesčasové práce“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H_{A1} : Existuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 1 „Malé množství přesčasové práce“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H_{02} : Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 2 „Dobré finanční ohodnocení zdravotnického personálu“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H_{A2} : Existuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 2 „Dobré finanční ohodnocení zdravotnického personálu“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H₀₃: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 3 „Dobrá dostupnost nejmodernějších přístrojů a léčiv“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H_{A3}: Existuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 3 „Dobrá dostupnost nejmodernějších přístrojů a léčiv“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H₀₄: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 4 „Dobré vztahy na pracovišti“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H_{A4}: Existuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 4 „Dobré vztahy na pracovišti“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H₀₅: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 5 „Malé množství „papírování“ zdravotnických pracovníků“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H_{A5}: Existuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 5 „Malé množství „papírování“ zdravotnických pracovníků“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H₀₆: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 6 „Kontinuální vzdělávání zdravotnického personálu“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H_{A6}: Existuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 6 „Kontinuální vzdělávání zdravotnického personálu“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H₀₇: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 7 „Akreditace poskytovatele zdravotních služeb“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H_{A7}: Existuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 7 „Akreditace poskytovatele zdravotních služeb“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H₀₈: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 8 „Dobré finanční výsledky poskytovatele zdravotních služeb“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H_{A8}: Existuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 8 „Dobré finanční výsledky poskytovatele zdravotních služeb“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H₀₉: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 9 „Příjemné a bezpečné prostředí“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H_{A9}: Existuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 9 „Příjemné a bezpečné prostředí“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H₀₁₀: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 10 „Dobrá organizace práce na pracovišti“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

H_{A10}: Existuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 10 „Dobrá organizace práce na pracovišti“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik.

Tabulka výsledků

Následující tabulka zobrazuje jednotlivé faktory ovlivňující kvalitu péče, dále P hodnotu Kruskal-Wallisova testu a informaci (výsledek Dunnovy metody, resp. t-testu), zdali se v hodnocení faktorů dvojice skupiny respondentů shodla (políčko je zelené) či neshodla (políčko je červené).

Tabulka 16: Tabulka výsledků

Faktor č.	Popis faktoru	Hodnota P (Kruskal-- Wallisův test)	Lékaři – sestry	Lékaři – management	Sestry – management
1	Malé množství přesčasové práce	0,975			
2	Dobré finanční ohodnocení zdravotnického personálu	$\leq 0,001$			
3	Dobrá dostupnost nejmodernějších přístrojů a léčiv	0,173			
4	Dobré vztahy na pracovišti	0,254			
5	Malé množství "papírování" zdravotnických pracovníků	0,021			
6	Kontinuální vzdělávání zdravotnického personálu	0,201			
7	Akreditace poskytovatele zdravotních služeb	0,023			
8	Dobré finanční výsledky poskytovatele zdravotních služeb	0,007			
9	Příjemné a bezpečné prostředí	0,156			
10	Dobrá organizace práce na pracovišti	0,122			

Z tabulky výsledků vyplývá následující vyhodnocení **statistických** hypotéz:

H₀₁: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 1 „Malé množství přesčasové práce“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik, nemohu zamítnout.

H₀₂: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 2 „Dobré finanční ohodnocení zdravotnického personálu“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik, zamítám a přijímám alternativní hypotézu. Dunnův test prokázal statisticky významný rozdíl v hodnocení faktoru č. 2 „Dobré finanční ohodnocení zdravotnického personálu“ mezi lékaři a sestrami. Hodnota P Kruskal-Wallisova testu je $\leq 0,001$.

H₀₃: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 3 „Dobrá dostupnost nejmodernějších přístrojů a léčiv“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik, nemohu zamítnout.

H₀₄: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 4 „Dobré vztahy na pracovišti“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik, nemohu zamítnout.

H₀₅: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 5 „Malé množství „papírování“ zdravotnických pracovníků“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik, zamítám a přijímám alternativní hypotézu. Dunnův test prokázal statisticky významný rozdíl v hodnocení faktoru č. 5 „Malé množství "papírování" zdravotnických pracovníků“ mezi lékaři a sestrami. Hodnota P Kruskal-Wallisova testu je 0,021.

H₀₆: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 6 „Kontinuální vzdělávání zdravotnického personálu“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik, nemohu zamítnout.

H₀₇: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 7 „Akreditace poskytovatele zdravotních služeb“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik, zamítám a přijímám alternativní hypotézu. Dunnův test prokázal statisticky významný rozdíl v hodnocení faktoru č. 7 „Akreditace poskytovatele zdravotních služeb“ mezi lékaři a managementem a mezi managementem a sestrami. Hodnota P Kruskal-Wallisova testu je 0,023.

H₀₈: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 8 „Dobré finanční výsledky poskytovatele zdravotních služeb“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik, zamítám a přijímám alternativní hypotézu. Dunnův test prokázal statisticky významný

rozdíl v hodnocení faktoru č. 8 „Dobré finanční výsledky poskytovatele zdravotních služeb“ mezi lékaři a managementem. Hodnota P Kruskal-Wallisova testu je 0,007.

H₀9: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 9 „Příjemné a bezpečné prostředí“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik, nemohu zamítnout.

H₀10: Neexistuje rozdíl v hodnocení faktoru č. 10 „Dobrá organizace práce na pracovišti“ mezi lékaři, sestrami a managementem klinik, nemohu zamítnout.

Z tabulky výsledků vyplývá následující vyhodnocení **pracovních** hypotéz:

H1: Lékaři a sestry mají shodné hodnocení u alespoň 8 z 10 faktorů ovlivňujících kvalitu péče, potvrzují.

H2: Pracovníci managementu klinik a sestry mají shodné hodnocení u alespoň 8 z 10 faktorů ovlivňujících kvalitu péče, potvrzují.

H3: Lékaři a pracovníci managementu klinik mají shodné hodnocení u alespoň 8 z 10 faktorů ovlivňujících kvalitu péče, potvrzují.

6 Diskuze

Výzkum předložené diplomové práce byl rozdělen do dvou částí. První část (část A dotazníku) se zabývala zjišťováním priorit respondentů v oblasti různých aspektů kvality poskytované zdravotní péče, které vycházely z teoretické části předložené diplomové práce. Druhá část výzkumu se zabývala hodnocením deseti faktorů ovlivňujících kvalitu poskytované péče, která obsahovala i porovnání shody v hodnocení zkoumaných faktorů u jednotlivých skupin respondentů.

Téma i zaměření výzkumu předložené diplomové práce byly vybrány proto, že byly autorem považovány za manažersky zajímavé a také z toho důvodu, že se v České republice tématu kvality poskytované péče z tohoto úhlu pohledu doposud nikdo nevěnoval. Pro porovnání výsledků předložené diplomové práce s jinými odbornými texty bylo nalezeno několik prací, které byly věnovány tématu kvality poskytované péče. Výzkumná část těchto prací se však zabývala výhradně zjišťováním aktuálního stavu v určitých oblastech kvality péče, nikoliv zjišťováním postojů a priorit zdravotnických pracovníků v oblasti kvality. Z tohoto důvodu nebylo možné provést přímé srovnání výsledků předložené diplomové práce s výsledky jiných badatelů. Některé z těchto odborných prací, článků či rozhovorů byly v diskuzi použity jako doplňující informace.

V otázce směřování kvality (k jednotlivci x k populaci) nelze obecně říci, která odpověď je „správná“, či „lepší“. Obecně je možné říci, že pro chod celé populace není jedinec významný. Síla je naopak v celé populaci. Na druhou stranu k pacientovi vždy musíme přistupovat individuálně. V této otázce nebyli respondenti nijak významně jednotní, a to ani v rámci jednotlivých skupin ani mezi nimi. Nadpoloviční většina lékařů a pracovníků managementu klinik preferuje směřování kvality směrem k jednotlivci, což může být způsobeno tím, že jde o nadprůměrně hodnocené pracovní pozice, které jsou schopné zaplatit například nadstandardní léčbu. Naproti tomu nadpoloviční většina sester, které se ze své pozice mohou spíše cítit být v pozici „obyčejných“ lidí, dává přednost kvalitě vedené k celé populaci.

Při analýze důvodů, kvůli kterým respondenti vyvíjí úsilí o kvalitní péči ve svém zdravotnickém zařízení, bylo zjištěno, že důvodem pro kvalitu je pro většinu respondentů zdraví pacienta. V menší míře se pak objevovaly další důvody pro kvalitu, například spokojenost pacienta, snížení nákladů na péči nebo dostupnost péče. I když

by se mohlo zdát, že to budou právě manažeři (management klinik), kdo bude klást důraz na ekonomickou stránku kvalitní péče, tento výzkum ukázal, že i manažeři klinik ve Fakultní nemocnici Hradec Králové mají na prvním místě zdraví pacienta.

Respondenti byli dále požádáni, aby seřadili dle míry vlivu na kvalitu poskytované péče ve Fakultní nemocnici Hradec Králové tyto orgány: Ministerstvo zdravotnictví, Královéhradecký kraj a management zdravotnického zařízení. Výsledné průměrné pořadí bylo jednotné, napříč všemi třemi skupinami respondentů. Nejvyšší vliv na kvalitu má být v rukou managementu zdravotnického zařízení, dalším v pořadí je Ministerstvo zdravotnictví a na třetím místě se pak nachází Královéhradecký kraj.

Respondenti měli dále seřadit 3 pracovní pozice (všeobecná sestra, lékař, ředitel zdravotnického zařízení) podle toho, jaký jim přisuzují vliv na kvalitu péče. Většina lékařů postavila na první místo pozici sestry. Zřejmě situaci vnímají tak, že pokud mají nekvalitní sestru, mine se jejich kvalitní práce účinkem. Sestry naopak vidí klíčový význam v oblasti kvality péče pozici lékaře. Sestry na jednu stranu vyžadují vyšší kompetence a v návaznosti na to lepší finanční ohodnocení, v oblasti kvality však stále vidí na prvním místě pozici lékaře. Management klinik zastává stejný názor jako lékaři, což není nijak překvapující, vzhledem k tomu, že je tvořen ze 2/3 lékařů.

V otázce na prioritizaci jedné ze součástí kvality péče (Struktura, Proces, Výsledky) zastávali respondenti různá stanoviska. Lékaři staví na dělené první místo Proces a Výsledky, za kterými následuje Struktura. Pořadí u sester je následující: Struktura, Výsledky, Proces, zatímco management klinik preferuje Výsledky, za kterými následuje Proces a Struktura. Vzhledem k rozmanitosti výsledků, poznámkám respondentů u této otázky i časté chybovosti ve vyplnění této otázky je možné usoudit, že tato otázka nebyla respondenty příliš pochopena. Bylo by možné diskutovat o tom, zdali by bývalo bylo vhodné otázku přeformulovat, či ji do dotazníku vůbec nezařazovat.

V otázce č. 6 měli respondenti zhodnotit, jak vnímají jednotlivé parametry kvality péče z hlediska důležitosti. Výsledky lze považovat za potěšitelné, jelikož priority jednotlivých skupin respondentů jsou stejné (1. Účinnost, 2. Dostupnost, 3. Přijatelnost, 4. Spravedlnost, 5. Hospodárnost, 6. Relevance) a lze tedy předpokládat, že v tomto ohledu „táhnou všichni za jeden provaz“.

Jedním z aktuálních témat ve zdravotnictví je standardizace. Obecně lze říci, že standardizace může být přínosem u standardních pacientů. U pacientů, které je potřeba léčit nestandardně, může být naopak přítěží. Také se vhodnost standardizace může lišit podle klinik. Nadpoloviční většina respondentů však nevnímá standardizaci jako vhodnou cestu ke zlepšování kvality.

Předposlední otázka části A dotazníku zjišťovala postoj zdravotnických pracovníků k akreditaci SAK ČR. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že zhruba 2/3 respondentů nevnímají akreditaci SAK jako vhodný nástroj ke zlepšování kvality. Na základě následné diskuze s některými lékaři z FNHK však bylo zjištěno, že nesporná administrativní zátěž (obzvláště pro všeobecné sestry a management klinik) spojená s akreditací je mnohdy vykompenzována zjednodušením procesů, vyšší transparentností léčby a z toho plynoucím zvýšením kvality péče.

Oproti tomu z jedné z anket⁷¹ Spojené akreditační komise vyplývají výsledky podstatně jiné. Na otázku „Jak moc je podle vás akreditace zdravotnických zařízení důležitá?“ odpovědělo 72 respondentů „Je velmi důležitá pro každé zdravotnické zařízení“, 36 respondentů odpovědělo „Nemyslím si, že je důležitá“, odpověď 8 respondentů zněla „Nemyslím, že by byla tak podstatná, ale je dobré ji mít“ a 5 respondentů zastávalo názor, že „Je důležitá, ale spíš pro velké nemocnice“.

Je tedy k zamyšlení, proč zdravotníci z FNHK nevnímají akreditaci SAK ČR jako přínos pro kvalitu zdravotní péče, a to včetně vedení klinik, které jistě je do jednání o akreditaci zapojeno.

Poslední aktivitou vyplývající z části A distribuovaného dotazníku bylo seřazení uvedených přínosů akreditace podle důležitosti. Výsledné pořadí bylo různorodé, nicméně bylo možné vyzorovat upřednostňované přínosy akreditace, kterými jsou Důvěra veřejnosti a Systém týmového vedení. Naopak akreditace dle výsledků nepřináší přínos v podobě lepší Argumentace s plátcí a Zvýšení participace pacientů.

V průběhu realizace dotazníkového šetření byla zjištěna nepřesnost v obsahu dotazníku. U otázky č. 9 nebylo uvedeno, aby na ni odpovídali jen ti respondenti, kteří zastávají názor, že akreditace je přínosem pro zdravotnické zařízení (otázka č. 8). Odpovídali na ni tedy všichni, nicméně pro vyhodnocení již byli vyfiltrováni jen ti respondenti, kteří akreditaci vnímají kladně. Dále byly možné odpovědi v této otázce

⁷¹ Archiv anket [online], <<http://www.sakcr.cz/archiv-anket.php?language=cz>>.

poměrně dlouhé, a proto byla otázka poměrně náročná na zodpovězení, což mohlo být důvodem pro to, že mnozí respondenti tuto otázku rovnou proškrtnuli a nechtěli odpovídat.

Dílčí cíl č. 1 „Zjistit priority respondentů v oblasti vybraných aspektů kvality péče a porovnat je napříč skupinami respondentů“ **byl splněn.**

V části B dotazníku bylo zjišťováno, jak respondenti podle důležitosti hodnotí vybrané faktory ovlivňující kvalitu péče. Nelze říci, že respondenti byli zcela jednotní, nicméně určité shodné rysy jsou zřejmé. V očích respondentů jsou nejdůležitějšími faktory dobrá organizace práce a dobré vztahy na pracovišti.

Organizaci práce sester a z ní vyplývající pracovní spokojenosti se zabývala Kateřina Voleníková, která výzkumem potvrdila, že dobrá organizace práce vede nejen ke spokojenosti sester, ale i k jejich pracovní seberealizaci.⁷²

Jako průměrně důležitý faktor byl respondenty označen faktor č. 5 Malé množství „papírování“ (na 4.–8. místě). Jako jednoznačnou překážku v oblasti kvality péče vidí „papírování“ Karel Cvachovec, přednosta Kliniky anesteziologie a resuscitace 2. LF UK a FN Motol v Praze. Právě proto se rozhodl na své klinice zavést do provozu informační systém ICIP.⁷³

Za nejméně důležité faktory byly označeny Akreditace poskytovatele zdravotních služeb a Dobré finanční výsledky poskytovatele. Názor na akreditaci SAK ČR tedy odpovídá výsledkům z části A dotazníku.

Dílčí cíl č. 2 „Popsat hodnocení faktorů ovlivňujících kvalitu péče jednotlivými respondenty“ **byl splněn.**

Výsledky části B dotazníku byly následně statisticky vyhodnoceny v programu Sigma Plot 9.0. Bylo zjištěno, které faktory jsou respondenty hodnoceny odlišně a u kterých se odpovědi shodují. Následně byly potvrzeny pracovní hypotézy, které tvrdily, že se dvě skupiny respondentů v daném faktoru shodnou alespoň v 8 z 10 případů.

Dílčí cíl č. 3 „Statisticky vyhodnotit shodu v hodnocení faktorů ovlivňujících kvalitu péče mezi jednotlivými skupinami respondentů“ **byl splněn.**

⁷² VOLENÍKOVÁ, K., *Vliv organizace ošetrovatelské péče na spokojenost sester*, s. 65.

⁷³ CVACHOVEC, K., Bezpapírová nemocnice je naší budoucností, *Zdravotnické noviny*, 2012, č. 1, s. 9.

Závěr

Zdraví, zdravotnictví, zdravotní péče a její kvalita – vzhledem k tomu, že se tato témata týkají nás všech, budou vždy předmětem našeho zájmu. Většina lidí jen pasivně přijímá informace o stavu zdravotnictví v ČR, vědečtí pracovníci vymýšlejí nové teorie a realizují výzkumy a zdravotní pracovníci se snaží vše aplikovat v praxi. Také předložená diplomová práce má přispět svým dílem ke zlepšení kvality péče. Cílem této práce bylo analyzovat vnímání kvality poskytované zdravotní péče ve Fakultní nemocnici Hradec Králové.

Teoretická část se zabývala teoretickými východisky dané problematiky, kterými se zabývali čeští i zahraniční badatelé. Hlavními tématy teoretické práce jsou zdraví, zdravotní péče a kvalita zdravotní péče. V rámci teoretické části diplomové práce došlo k představení názorů a teorií vybraných autorů, včetně jejich porovnání a hodnocení.

Praktická část se zabývala výzkumem vnímání tématu kvality péče ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. V některých tématech byla zjištěna názorová shoda mezi jednotlivými skupinami respondentů, například v otázce akreditace SAK ČR, kde většina respondentů vyjádřila ten názor, že akreditace SAK ČR není vhodným nástrojem ke zvýšení kvality poskytované zdravotní péče. V určitých otázkách se však názory respondentů lišily, například v otázce míry vlivu vybraných pracovních pozic na kvalitu poskytované péče. Všeobecné sestry označily jako pozici s nejvyšším vlivem na kvalitu pozici lékaře, naopak lékaři a management klinik považuje za klíčovou pozici z hlediska kvality péče pozici všeobecné sestry. Poměrně vysoká shoda panovala také ve výsledcích části B dotazníku, která se zabývala vybranými faktory ovlivňujícími kvalitu péče.

Výsledky výzkumu, který byl součástí této diplomové práce, mohou být využity managementem Fakultní nemocnice Hradec Králové. Na základě těchto informací může management nemocnice upravit komunikaci se zaměstnanci v určitých otázkách, týkajících se kvality péče, případně může s přihlédnutím k výsledkům realizovaného výzkumu dle svého uvážení upravit některé procesy.

I přes určité rezervy, které v oblasti kvality péče existují, je potřeba si uvědomit, že v České republice je zdravotní péče na velmi vysoké úrovni a to hlavně z hlediska dostupnosti. Vzhledem k systému zdravotního pojištění a k husté síti zdravotnických

zařízení lze říci, že kvalitní zdravotní péči má v České republice k dispozici v podstatě každý. Úkolem managementu zdravotnických zařízení je postupně odstraňovat drobné nedokonalosti a přibližovat tak systém zdravotní péče ke stavu, který může být označen jako ideální.

Literatura a prameny

Archiv anket [online]. 12.4. 2013 [cit. 2013-06-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.sakcr.cz/archiv-anket.php?language=cz>>.

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

CAMPBELL S. M., ROLAND, M. O., BUETOW, S. A.. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*. Oxford: Elsevier. ISSN 0277-9536, roč. 51, č. 11, s. 1611-1625.

CVACHOVEC, Karel. Bezpapírová nemocnice je naší budoucností, *Zdravotnické noviny*, Praha: Mladá fronta a. s. ISSN 0044-1996. 2012, č. 1, s. 9.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating quality of medical care. *Milbank Quarterly*. Danvers: Blackwell Publishing, roč. 83, č. 4, s. 4–5.

DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 8024509989.

GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, a STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 183 s. ISBN 8070132728.

Historie nemocnice [online]. [cit. 2013-06-17] Dostupné na WWW: <<http://fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/historie-nemocnice>>.

HOLČÍK, Jan, KOUPILOVÁ, Ilona, a ŽÁČEK, Adolf. *Sociální lékařství*. 2. dopl. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1998. 137 s. ISBN 80-210-1907-7.

JOINT COMMISSION. *About us* [online], [cit. 2013-02-10]. Dostupné na WWW: http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *About JCI* [online], [cit. 2013-03-10]. Dostupné na WWW: <http://www.jointcommissioninternational.org/About-JCI/>.

JANEČKOVÁ, Hana, a HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

KUVÍKOVÁ, Helena, MURGAŠ, Milan, a NEMEC, Juraj. *Ekonomía zdravotníctva*. 1. vyd. Banská Bystrica: Phoenix, 1995. 110 s. ISBN 80-900563-1-8.

MAXWELL, S. R. J. Dimensions of quality revisited: From thoughts to action. *Quality in health care*. roč. 1, č. 3 s. 171–177. s. 2.

MAXWELL, S. R. J. Quality Assessment in health. *British medical journal*. London: BMJ Group. ISSN 0959-8138, č. 288, s. 2.

Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008, 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2.

Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: komentovaný oficiální překlad. 2. vyd. Praha: Grada, 2004, 287 s. ISBN 80-247-0629-6.

RÝZNAR, Václav. Přednáška pro obor Management zdravotnictví [ústní sdělení]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav zdravotnického managementu. Zimní semestr 2012.

SAK ČR. *O nás* [online], [cit. 2012-12-06]. Dostupné na WWW: <http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>.

Směrnice pravidla udělování akreditace a certifikátů kvality – Příloha 1 [online]. Spojená akreditační komise ČR. 2012 [cit. 2013-06-17]. Dostupné na WWW:

<http://www.sakcr.cz/get_file.php?file=./admin/upload/download/s-01pravidlaudelovaniakreditacer00.pdf>.

STRÍTECKÝ, Rudolf, Kvalita ve zdravotní péči II [online]. Učební text (v programu MS Powerpoint). Jindřichův Hradec: VŠE Praha. Fakulta managementu. Institut zdravotnického managementu, poslední úpravy 4. 8. 2012. [cit. 2013-05-05]. Dostupné na WWW: <<http://www.fm.vse.cz/km/wp-content/uploads/2009/10/kvalita3.ppt>>.

VOLNÍKOVÁ, Kateřina. *Vliv organizace ošetrovatelské péče na spokojenost sester* [online]. 2012 [cit. 2013-06-19]. Bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDEJOVICÍCH, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Iva Brabcová. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/dwogln/>>.

Výroční zpráva Fakultní nemocnice Hradec Králové 2011 [online]. 2011 [cit. 2013-06-17]. Dostupné na WWW: <<http://fnhk.cz/fs723/2011velka.pdf>>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky, *Informace č. 5/2012* [online], 2012 [cit. 2013-06-22]. Dostupné na WWW: <http://uzis.cz/rychle-informace/nemocnice-ceske-republice-roce-2011>.

WHO, *Constitution of world health organization* [online]. 2006 [cit. 2013-06-17]. Dostupné na WWW: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>.

Zákon 372/2011 Sb., §2, čl. 4., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). *Sbírka zákonů ČR*. 2011[cit. 2013-06-17]. Dostupný na WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>>.

Seznam tabulek

Tab. 1: Respondenti – lékaři.....	56
Tab. 2: Respondenti – sestry	56
Tab. 3: Respondenti – management	56
Tab. 4: Pořadí vlivu – všichni respondenti.....	60
Tab. 5: Pořadí vlivu podle pozice – lékaři.....	61
Tab. 6: Pořadí vlivu podle pozice – sestry	61
Tab. 7: Pořadí vlivu podle pozice – management	61
Tab. 8: Pořadí součástí z. péče – lékaři	62
Tab. 9: Pořadí součástí z. péče – sestry	62
Tab. 10: Pořadí součástí z. péče – management.....	62
Tab. 11: Pořadí parametrů – všichni resp.....	62
Tab. 12: Pořadí přínosů	66
Tab. 14: Faktory ovlivňující kvalitu péče – sestry	67
Tab. 15: Faktory ovlivňující kvalitu péče – management	68
Tab. 16: Tabulka výsledků	72

Seznam grafů

Graf 1: Směřování kvality – lékaři	57
Graf 2: Směřování kvality – sestry	58
Graf 3: Směřování kvality – management.....	58
Graf 5: Důvody kvality – sestry	59
Graf 4: Důvody kvality – management	59
Graf 6: Důvody kvality – lékaři	60
Graf 7: Zvyšování standardizace – lékaři.....	63
Graf 8: Zvyšování standardizace – sestry.....	63
Graf 9: Zvyšování standardizace – management	63
Graf 10: Zvyšování akreditace – lékaři	64
Graf 11: Zvyšování akreditace – sestry	65
Graf 12: Zvyšování akreditace – management.....	65

Seznam obrázků

Obr. 1: Systémově založený model hodnocení péče	13
Obr. 2: Potřeba péče v kontextu objemu nákladů	17
Obr. 3: Propojení teorií Donabediana a Maxwella.....	27
Obr. 4: Viditelné a skryté náklady související s nekvalitní zdravotní péčí	33
Obr. 5: Příklad akreditačního standardu.....	42

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník	88
Příloha č. 2 – Ukázka výstupu z programu Sigma Plot 9.0.....	90

Příloha č. 1 – Dotazník

Část A – Kvalita v systému zdravotní péče

- 10) Domníváte se, že je lepší chápat kvalitu péče směrem k jednotlivci nebo k celé populaci?
- a. K jednotlivci
 - b. K populaci
 - c. Nevím
- 11) Který důvod pro kvalitu poskytované péče je pro Vás nejdůležitější?
- a. Zdraví populace
 - b. Snížení nákladů na zdravotní péče.
 - c. Jiný? Uveďte _____
- 12) Seřad'te (očísľujte) následující položky podle toho, jak moc podle Vás ovlivňují kvalitu poskytované péče ve vašem zdravotnickém zařízení (1 nejvíce, 3 nejméně):
- d. Ministerstvo zdravotnictví
 - e. Královéhradecký kraj
 - f. Management vašeho zdravotnického zařízení
- 13) Seřad'te následující pracovní pozice podle toho, jak moc podle Vás ovlivňují kvalitu poskytované péče ve fakultní nemocnici (1 nejvíce, 3 nejméně):
- d. Všeobecné sestry
 - e. Lékaři
 - f. Ředitel zdravotnického zařízení
- 14) Seřad'te následující součásti zdravotní péče podle významu pro kvalitu poskytované péče (1 nejvyšší, 3 nejmenší):
- d. Struktura (dostatek financí, jejich alokace; odbornost personálu, ...)
 - e. Proces (identifikace potřeb, diagnostika, chování personálu, ...)
 - f. Výsledky (úleva pacienta, zlepšení zdravotního stavu, ...)
- 15) Seřad'te následující parametry kvalitní péče podle toho, jak jsou podle Vašeho názoru důležité (1 nejvíce, 6 nejméně):
- a. Účinnost (je daný způsob léčby pro pacienta ten nejlepší?)
 - b. Přijatelnost (je zvolená léčba humánní a ohleduplná?)
 - c. Hospodárnost (jsou vstupy maximálně využívány?)
 - d. Dostupnost péče (je léčba dostupná v momentě, kdy ji pacient potřebuje?)
 - e. Spravedlnost péče (jsou při léčbě všech pacientů zdroje využívány stejně?)
 - f. Relevance (je schéma zdravotní péče ideální vzhledem k potřebám celé populace?)
- 16) Vnímáte standardizaci jako vhodnou cestu ke zvyšování kvality péče?
- a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím
- 17) Vnímáte udělení akreditace Spojené akreditační komise jako vhodný nástroj ke zlepšování kvality poskytované péče?
- a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím

18) Seřad'te následující přínosy akreditace podle skutečné situace ve Vaší praxi (1 nejvyšší, 6 nejnižší):

- a. Zvyšuje důvěru veřejnosti v kvalitní a bezpečné prostředí v daném zařízení. ☐
- b. Vytváří bezpečné a efektivní pracovní prostředí, což přispívá ke spokojenosti zaměstnanců. ☐
- c. Umožní argumentovat při jednání s plátcí na základě dat popisujících kvalitu péče v daném zařízení. ☐
- d. Zvyšuje participaci pacientů a jejich blízkých na procesu poskytování zdravotní péče, vytváří lepší podmínky pro uspokojování jejich potřeb a respektování jejich práv. ☐
- e. Vytváří kulturu otevřené organizace, která se učí ze systému včasného hlášení mimořádných událostí a bezpečnostních rizik. ☐
- f. Vytváří systém týmového vedení s trvalou snahou zjišťovat kvalitu péče a bezpečí pacientů na všech úrovních řízení. ☐

Část B – Faktory ovlivňující kvalitu péče v praxi

1. Do jaké míry podle Vás níže uvedené faktory pozitivně ovlivňují kvalitu péče ve zdravotnickém zařízení?

(1 nejvíce, 10 nejméně, hodnoty bodů se mohou opakovat)

body

- 11. Malé množství přesčasové práce ☐
- 12. Dobré finanční ohodnocení zdravotnického personálu ☐
- 13. Dobrá dostupnost nejmodernějších přístrojů a léčiv ☐
- 14. Dobré vztahy na pracovišti ☐
- 15. Malé množství „papírování“ zdravotnických pracovníků ☐
- 16. Kontinuální vzdělávání zdravotnického personálu ☐
- 17. Akreditace poskytovatele zdravotních služeb ☐
- 18. Dobré finanční výsledky poskytovatele zdravotních služeb ☐
- 19. Příjemné a bezpečné prostředí ☐
- 20. Dobrá organizace práce na pracovišti ☐

Část C- Specifikace respondenta

Pracovní pozice:

lékař

před atestací

☐

po atestaci

☐

všeobecná sestra

SŠ vzdělání

☐

VŠ vzdělání

☐

management ZZ (vedoucí pracovníci klinik)

přednosta

☐

primář

☐

vrchní sestra ☐

Pohlaví:

muž

☐

žena

☐

Věk:

Příloha č. 2 – Ukázka výstupu z programu Sigma Plot 9.0

One Way Analysis of Variance

sobota, červen 01, 2013, 13:51:42

Data source: Data 1 in Notebook3

Normality Test: Failed ($P < 0,050$)

Test execution ended by user request, ANOVA on Ranks begun

Kruskal-Wallis One Way Analysis of Variance on Ranks

sobota, červen 01, 2013, 13:51:42

Data source: Data 1 in Notebook3

Group	N	Missing	Median	25%	75%
Col 1	118	8	6,000	3,000	8,000
Col 2	254	2	5,000	3,000	8,000
Col 3	25	0	6,000	3,000	8,000

$H = 0,0499$ with 2 degrees of freedom. ($P = 0,975$)

The differences in the median values among the treatment groups are not great enough to exclude the possibility that the difference is due to random sampling variability; there is not a statistically significant difference ($P = 0,975$)