

Specifika komunikace: lékař – pacient

Bc. Dana Mertová

Diplomová práce
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta multimediálních komunikací

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta multimediálních komunikací

Ústav marketingových komunikací

akademický rok: 2006/2007

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Dana MERTO VÁ**
Studijní program: **N 7202 Mediální a komunikační studia**
Studijní obor: **Marketingové komunikace**

Téma práce: **Specifika komunikace lékař-pacient**

Zásady pro vypracování:

1. Popište motivaci výběru tématu, charakterizujte základní odbornou literaturu jako východisko studia tématiky, zhodnoťte množství a kvalitu odborné literatury z hlediska zkoumané problematiky.
2. Definujte cíl práce a stanovte pracovní hypotézy, charakterizujte základní vědecké metody analýzy tématiky.
3. Analyzujte a popište možnosti komunikace v českých nemocnicích z pohledu poskytovatele služeb: – stanovte cílové skupiny s nimiž se v nemocnicích komunikuje, – na jednom konkrétním zdravotnickém zařízení definujte způsob identifikace cílových skupin pacientů a vytvořte jejich profil.
4. Popište specifika komunikace ve zdravotnictví a analyzujte komunikační problémy: – na úrovni lékař-pacient, – na úrovni pacient-lékař.
5. Pokuste se navrhnout manuál pro komunikaci na úrovni lékař-pacient.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

- Caywood, L., Clarke.: Public relations-řízená komunikace podniku s veřejností, Computer Press, 2003
- Exner, L., Raiter, T., Stejskalová, D.: Strategický marketing zdravotnických zařízení. Praha 2005
- Horáková, I., Stejskalová, D., Škapková, H.: Strategie firemní komunikace, Management Press, 2000
- Kotler, P.: Marketing management (10. rozšířené vydání), Grada, 2002
- Lesly, P.: Public relations, Victoria Publishing, 1995
- Svoboda, V.: Public relations-moderně a účinně, Grada, 2006
- Tate, P.: Příručka komunikace pro lékaře-Jak získat důvěru pacienta, Grada, 2005
- Trout, J., Rivkin, S.: Odliš si nebo zemři-Jak si zajistit úspěch na trhu jedinečností své nabídky, Grada, 2006
- Šálek, M., Feřtek, T.: Novináři nejsou zlí-Mediální rukověť pro neziskové organizace, Nadace Via, 2001
- www.mam.cz
- www.istrategie.cz
- www.idnes.cz
- Média a odborný tisk: Marketing & media, Strategie, Zdravotnické noviny, Časopis Sestra, Časopis FN Motol

Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Dušan Pavlů, CSc.**
Ústav marketingových komunikací


Datum zadání diplomové práce: **15. ledna 2007**

Termín odevzdání diplomové práce: **20. dubna 2007**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2007


doc. Ing. Jaroslav Světlík, Ph.D.
děkan




PhDr. Magda Gregarová
ředitel ústavu

ABSTRAKT (ČESKY)

Specifika komunikace lékař - pacient

Diplomová práce na téma Specifika komunikace lékař – pacient se zabývá možnostmi dorozumívání v podmínkách českého zdravotnictví. Stanovuje teoretická východiska pro komunikaci v českých nemocnicích, zjišťuje úroveň externí komunikace ve čtyřech pražských nemocnicích, popisuje nejnovější specifické dorozumívací nástroje v této oblasti. Na výzkumném vzorku třiceti lékařů analyzuje současnou situaci v komunikaci na úrovni lékař – pacient. Závěry sondy byly použity jako základ pro vytvoření jednoduchého manuálu pro lékaře, jehož respektování by jim mělo umožnit lepší interakci s pacientem.

Klíčová slova: pacient, lékař, nemoc, komunikace, žebříček nemocnic, nemocnice, informovaný souhlas, internetová zdravotní knížka, ministerstvo zdravotnictví, zdravotnické zařízení.

ABSTRAKT (ANGLICKY)

The specifics of “doctor – patient” communication

The dissertation on the theme “Communication specifics between the doctor and his patient” deals with possibilities of intercommunication within the Czech Health Service environment. This work defines the essential theoretical guidelines for effective communication in Czech hospitals and consulting rooms, describes the newest specific tools of communication in this field, and maps the standard of external communication in four Prague hospitals. Using an experimental sample of 30 doctors, it analyses the present situation in communication between doctor and patient. Based on these research conclusions a simple manual for those who work with patients has been created. These rules and complying with them should facilitate a better interaction with patients.

Keywords: patient, doctor, illness/disease, communication, placing classification of hospitals, hospital, informed consent, the electronic Health Book System, Ministry of Health, health service establishment

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Dušanovi Pavlů, CSc. za laskavou pomoc a cenné konzultace při psaní této práce. Dále děkuji všem lékařům, pacientům a zástupcům patientských organizací, kteří si na mě udělali čas a zásobili mě velkým množstvím aktuálních a podnětných informací, jež se tématu mojí diplomové práce týkají.

Prohlašuji, že jsem na celé diplomové práci pracovala samostatně a použitou literaturu jsem ocitovala.

V Praze dne 16. dubna 2007

OBSAH

1	ÚVOD	10
2	STANOVENÍ PRACOVNÍCH HYPOTÉZ.....	12
2.1	CÍL PRÁCE.....	12
2.2	POUŽITÉ METODY	12
	TEORETICKÁ ČÁST	14
3	PUBLIKACE VĚNUJÍCÍ SE PROBLEMATICE KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	15
3.1	ZDROJE PUBLIKACÍ.....	15
3.2	ROZBOR HODNOCENÝCH ZDROJŮ.....	15
3.3	DALŠÍ PRAMENY INFORMACÍ	17
3.4	SHRNUTÍ	18
4	KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	20
4.1	HISTORIE A PŮVOD SLOVA KOMUNIKACE	20
4.2	EXTERNÍ KOMUNIKACE NEMOCNICE JAKO PODNIKATELSKÉHO SUBJEKTU	21
4.2.1	Základní skupiny příjemců externí komunikace nemocnice.....	21
4.2.2	Postavení nemocnice na trhu a její interakce s ostatními subjekty působícími v oblasti zdravotnictví.....	22
4.2.3	Specifika externí komunikace nemocnice.....	23
4.2.4	Formy externí komunikace nemocnice.....	24
4.3	INTERNÍ KOMUNIKACE UVNITŘ ORGANISMU NEMOCNICE.....	31
4.3.1	Stav komunikace v nemocnicích v současné době.....	32
4.3.2	Komunikace lékař – pacient	34
4.3.3	Komunikace na úrovni pacient – lékař	40
4.3.4	Komunikace vedení nemocnice se zaměstnanci.....	43
4.4	SHRNUTÍ	45
5	KOMUNIKACE VE VYBRANÝCH NEMOCNICÍCH – PRŮZKUM.....	47
5.1	NEMOCNICE MILOSRDNÝCH SESTER SV. KARLA BOROMEJSKÉHO	48
5.2	FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE.....	50
5.3	FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY.....	51
5.4	VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE	53
5.5	SHRNUTÍ	54
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	56
6	SOUČASNÁ SITUACE V ČESKÉM ZDRAVOTNICTVÍ.....	57

6.1	SPOKOJENOST VEŘEJNOSTI SE STAVEM ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB	57
6.2	DEFINICE ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY A ÚSKALÍ JEJÍ REKLAMACE	58
6.3	KONKURENČNÍ PROSTŘEDÍ V OBLASTI ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB	60
6.4	SEGMENTACE KLIENTŮ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ	62
6.5	PRAKTICKÝ PŘÍKLAD SEGMENTACE PACIENTŮ V NEMOCNICI NA HOMOLCE	63
6.5.1	Rozdělení pacientů podle specializace	63
6.5.2	Rozdělení pacientů podle jejich požadavků na nadstandardní péči.....	64
6.5.3	Rozdělení pacientů – cizinců, podle způsobu vlastnictví zdravotní pojistky	64
6.6	SPECIFICKÉ KOMUNIKAČNÍ NÁSTROJE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	65
6.6.1	Informovaný souhlas	66
6.6.2	Žebříčky nemocnic	67
6.6.3	Internetové zdravotní knížky	71
6.6.4	Objednávání po internetu.....	72
6.6.5	Opakované a elektronické recepty	72
6.6.6	Bezpečnostní čipy, náramky a prsteny	73
6.6.7	Ombudsman.....	74
6.6.8	Příručky pro pacienty	74
6.7	SHRNUTÍ	76
	PROJEKTOVÁ ČÁST.....	77
7	ANALÝZA STAVU KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM U NÁS	78
7.1	SPECIFIKACE PROBLÉMU A STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH CÍLŮ.....	78
7.2	SESTAVENÍ PLÁNU VÝZKUMU	79
7.3	SBĚR INFORMACÍ.....	79
7.4	ANALÝZA INFORMACÍ	80
7.5	PREZENTACE VÝSLEDKŮ.....	85
7.6	SHRNUTÍ	87
8	NÁVRHY OPATŘENÍ NA ZÁKLADĚ ZJIŠTĚNÝCH SKUTEČNOSTÍ – MANUÁL KOMUNIKACE PRO LÉKAŘE	89
8.1	DESATERO RAD LÉKAŘŮM	89
8.2	SHRNUTÍ	97
9	ZÁVĚR	98
10	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	101
11	SEZNAM PŘÍLOH	104

11.1	PŘÍLOHA Č. 1:.....	104
11.2	PŘÍLOHA Č. 2.....	105
11.3	PŘÍLOHA Č. 3.....	107
11.4	PŘÍLOHA Č. 4.....	112

1 ÚVOD

Na profesionální komunikaci ve zdravotnictví je v poslední době vyvíjen stále větší tlak. Nejen veřejnost, ale i ministerstvo zdravotnictví a další dozorové orgány požadují, aby nemocnice začaly více a lépe komunikovat se svými pacienty. Na rozdíl od soukromých subjektů je ale ve státních nemocnicích tato problematika zatím podceňována. Pokud se ODS podaří od roku 2008 prosadit jí navrhované reformy - především přímé platby za návštěvu u lékaře, situace se změní. Pacienti budou totiž nuceni při každé návštěvě sáhnout do peněženky a za přímé platby u lékaře, které bezprostředně pocítí, budou požadovat lepší služby a tím i více informací. Ve srovnání se situací např. v západní Evropě či Spojených státech se totiž český pacient stále ocitá v jakémsi informačním ghettu a o svém zdravotním stavu získává pouze kusé informace.

Zároveň zde často dochází k situaci, že nemocniční personál není řádně vyškolen v tom, jak má správně s pacienty komunikovat, aby předané informace byly jasné a srozumitelné. Za úroveň a kvalitu naší zdravotní péče se nemusíme rozhodně stydět. Co nám však zatím ve srovnání s jinými vyspělými zeměmi výrazně chybí, je vzájemná kvalitní komunikace mezi lékařem a pacientem.

Cílem mé diplomové práce je přiblížit současný stav komunikace v nemocnicích a nastínit její další vývoj v budoucnu. V druhé kapitole analyzuji odbornou literaturu, která je v současné době na našem knižním trhu k dispozici, a vybrané publikace blíže hodnotím podle toho, jaký v sobě skrývají informační přínos k dané tematice. Ve třetí kapitole jsem se zaměřila na komunikaci zdravotnického zařízení a to jak vůči externím subjektům, tak i vůči interním. Definuji skupiny příjemců externí komunikace nemocnice a zamýšlím se nad tím, jak by měla vypadat, aby byla co nejefektivnější. V rámci interní komunikace se především zaměřuji na komunikaci mezi lékařem a pacientem, definuji její stav u nás v současné době, zamýšlím se nad jejími nedostatky, přináším názory odborníků a nastiňuji situaci v jiných zemích. Čtvrtá kapitola obsahuje průzkum, který jsem provedla formou dotazníkového šetření ve čtyřech pražských nemocnicích. Toto šetření je zaměřeno na PR nemocnice a její komunikaci se širokou veřejností. Shrnuji zde výsledky mého šetření a navrhuji možná zlepšení. V páté kapitole se zaměřuji přímo na situaci v českém zdravotnictví a nové nástroje, které jsou implementovány ministerstvem, managementem nemocnic a

pacientskými organizacemi. Všechna tato opatření mají společné cíl, a sice zlepšit komunikaci ve zdravotnictví a informovanost pacienta.

V projektové části přibližuji mnou uskutečněné dotazníkové šetření, které jsem provedla mezi českými lékaři. Jejím hlavním cílem bylo zjistit názor samotných lékařů na tuto problematiku a odhalit možné slabé stránky komunikace neboli analyzovat, kde dělají lékaři chyby. V závěrečné části jsem potom sestavila jakési desatero, které by mělo dát lékařům základní pravidla, která by měli při výkonu své profese dodržovat, aby byla jejich každodenní komunikace s pacienty efektivní.

2 STANOVENÍ PRACOVNÍCH HYPOTÉZ

2.1 Cíl práce

Za cíl mojí práce jsem si vytyčila zjistit současný stav komunikace v nemocnicích. Otázky, které bych chtěla odpovědět, jsou následující:

- Existuje na našem trhu dostatek odborné literatury, která se danou problematikou zabývá?
- Jak vypadá externí komunikace nemocnice? Kdo jsou jejími hlavními recipienty a jaká jsou její specifika ve srovnání s jinými podnikatelskými subjekty?
- Jak vypadá interní komunikace nemocnice? Zde se chci zaměřit především na vztah lékař x pacient a posoudit, zda vzájemná komunikace mezi nimi u nás probíhá efektivně.
- Jak vybrané nemocnice v dnešní době přistupují k budování svého image a jak se starají o své PR? Je tato složka ve zdravotnických zařízeních podceňována či naopak mají propracovaný marketingový plán budování svého image?
- Jaký je stav zdravotnictví jako služby na českém trhu a existuje u nás v této oblasti konkurenční prostředí? Jak lze segmentovat zákazníky nemocnic?
- Jaké nové komunikační nástroje se v současné době zavádí či plánují zavést ve zdravotnictví?
- Jak hodnotí sami lékaři vztah s pacienty?

V závěru práce plánuji sestavit jakési desatero pravidel komunikace pro lékaře, které jim má za úkol pomoci v jejich každodenní komunikaci s pacienty.

2.2 Použité metody

Při psaní mojí práce budu jednak vycházet z odborných publikací a novinových článků. Tyto zdroje informací lze rozdělit na dvě části. V první řadě budu používat odborné publikace zabývající se přímo komunikací ve zdravotnictví a rovněž využiji některé další knihy o marketingu, které se tématem efektivní komunikace také zabývají. Pomocí citací z těchto knih, zobecnění některých základních marketingových pravidel a jejich aplikace na prostředí zdravotnických služeb budu analyzovat podmínky na našem trhu poskytování zdravotních služeb a jejich rozdíly oproti jiným službám.

Další významnou část mých zdrojů tvoří rozhovory s odborníky, které jsem pro účely této práce vedla, např. s Vladimírou Boškovou, předsedkyní Občanského sdružení na ochranu pacientů nebo s Danielem Vavřinou, předsedou představenstva Health Care Institute. Využívám citace a informací získané z těchto rozhovorů, které pro mě mají velký informační přínos v tom, že tazatelé disponují velmi dobrými znalostmi zdravotnického prostředí u nás.

V neposlední řadě jsem čerpala z dvou realizovaných výzkumných šetření. Tyto průzkumy jsem provedla formou dotazníků rozeslaných elektronickou formou. Tématem prvního šetření bylo PR v nemocnicích a bylo provedeno se zástupci čtyř pražských nemocnic. Druhé bylo zaměřeno na komunikaci mezi lékařem a pacientem a na otázky v této oblasti odpovídali sami lékaři, kteří pracují v nemocnicích.

Všechny takto získané informace využiji k zodpovězení stanovených otázek a obecně k objasnění toho, jak dnes u nás vypadá komunikace v nemocnicích.

TEORETICKÁ ČÁST

3 PUBLIKACE VĚNUJÍCÍ SE PROBLEMATICE KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

3.1 Zdroje publikací

Publikace zabývající se tématem komunikace ve zdravotnickém sektoru jsou v současné době na českém trhu dostupné. Pro své specifické zaměření se ale neobjevují v běžné nabídce titulů odborných sekcí renomovaných knihkupectví, a proto je vhodnější v případě zájmu o koupi kontaktovat přímo příslušné nakladatelství. Nejvýznamnější tituly vztahující se k této problematice lze rovněž najít v rozsáhlé síti poboček Městské knihovny v Praze. Je ale nutné počítat s tím, že knihovna disponuje pouze omezeným počtem výtisků (obvykle jen jedním kusem), a tudíž je nutné si rezervovat tuto odbornou literaturu s velkým časovým předstihem.

3.2 Rozbor hodnocených zdrojů

Ze všech titulů, které se danou problematikou zabývají a ze kterých jsem vycházela při přípravě méj diplomové práce, jsem vybrala pět publikací. Tyto knihy mi svým obsahem a zpracováním připadají nejpřínosnější, a proto bych se u nich ráda zastavila. Jedná se o následující publikace:

- MACH, J.: Medicína a právo. 1. vyd. Praha, C.H. Beck 2006, ISBN 80-7179-810-X.
- TATE, P.: Příručka komunikace pro lékaře – Jak získat důvěru pacienta.
1. vyd. Praha, Grada Publishing 2005, ISBN 80 – 247 - 0911 – 2.
- EXNER, L.- RAITER, T.- STEJSKALOVÁ, D.: Strategický marketing zdravotnických zařízení. 1. vyd. Praha, Professional Publishing 2005, ISBN 80 – 86419 – 73 – 8.

- SVOBODA, V.: Public relations moderně a účinně. 1. vyd. Praha, Grada Publishing 2006, ISBN 80 – 247 – 0564 – 8.
- LESLY, P.: Public relations, 1. vyd. Brno 1995 ISBN 80-85865-15-7.

Podle názvu první knihy „**Medicína a právo**“ by čtenář mohl očekávat, že se autor zaměřuje výhradně na problematiku medicínského práva a právních předpisů ve zdravotnictví, ale není tomu tak. Autor JUDr. Jan Mach se neuchýlil pouze k suchému výčtu příslušných paragrafů a vyhlášek, ale naopak je zasadil do souvislostí s problémy, které jsou pro české zdravotnictví momentálně aktuální. Věnuje se problematice komunikace lékaře s pacientem, informovanému souhlasu, možnostem nahlížení do lékařské dokumentace i ochraně práv pacientů a dalším souvisejícím tématům. Díky této knize může zájemce lépe proniknout do úskalí komunikace ve zdravotnictví, která se ve vztahu lékař – pacient mohou objevit. Tato kniha pro mne byla velkým zdrojem inspirace, především pro svou srozumitelnost a názornost.

Rozporuplný postoj naopak zaujímám k druhé knize „**Příručka komunikace pro lékaře – Jak získat důvěru pacienta**“ autora Petera Tateho, která lékařům radí, jak se mají chovat při komunikaci s pacienty. Autorův jazyk je velmi zjednodušující, místy až populistický a některá jeho doporučení mi připadají v českých podmínkách nerealizovatelná. Jako příklad bych uvedla jeho doporučení lékařům, aby si schůzku s pacientem nahrávali na video, nebo aby si po každém setkání sestavili „mapu konzultace“. Touto mapou autor rozumí speciální graf, do kterého si lékař zapisuje všechna probraná témata, kolik času bylo kterému tématu věnováno a celkový čas konzultace. Pomocí této mapy má získat lékař přehled o průběhu návštěvy, o tom, zda se všem tématům věnoval dostatečný čas, a dále má tato mapa v dlouhodobém hledisku lékaři sloužit jako sebereflexe, zda poskytuje svým pacientům dostatek času a zda jeho konzultace jsou vedeny jasně a srozumitelně. Domnívám se, že se takovými doporučeními čeští lékaři nebudou v praxi řídit, ale i přes tyto výhrady má tato kniha svoje opodstatnění. Při jejím psaní totiž autor vycházel ryze z praxe, konkrétně z videonahrávek 28 000 skutečných rozhovorů, které se svými pacienty vedlo přes 4 000 lékařů. A tento praktický základ knihy je zřejmě důvodem, proč se kniha u původního nakladatele společnosti Redcliffe Medical Press dočkala již čtvrtého vydání.

Oproti tomu knihu „**Strategický marketing zdravotnických zařízení**“ považuji přesně za publikaci, která by neměla chybět v knihovně žádného ředitele nemocnice. Pro management nemocnic je podle mého názoru tato kniha cenným zdrojem informací, neboť autoři při jejím psaní vycházeli z obecně platných a osvědčených pravidel marketingu a zároveň je vhodně aplikovali na situaci reálného prostředí českých zdravotnických zařízení. Po jejím prostudování mohou dotyční zjistit, co lze v řízení komunikace zdravotnického zařízení konkrétně zlepšit, nebo si naopak potvrdit, že „jdou po správné cestě.“ Při přípravě teoretické části práce byla tato kniha pro mě cenným zdrojem informací. Pevně věřím, že si tato publikace najde široké publikum a doufám, že ji autoři budou v dalších vydáních pravidelně aktualizovat o nové poznatky.

Poslední dvě zmíněné publikace „**Zdroje Public relations moderně a účinně**“ a „**Public relations**“ se pro mě staly inspirací při konkrétním popisu komunikace na úrovni nemocnice – veřejnost. Problematikou komunikace ve zdravotnictví se sice zabývají jen okrajově, ale o to více potvrzují pravidlo, že každé uplatnění public relations je svébytné a vychází ze specifických podmínek.

Výše zmíněné publikace jsem posuzovala z hlediska jejich informačního přínosu k tématu komunikace ve zdravotnictví. Jako kritérium hodnocení jsem si stanovila to, jak kniha dokáže svému čtenáři vysvětlit základní principy komunikace ve zdravotnictví a zda mu dokáže podat jasný obraz o všech úskalích, které se v dnešní době v této oblasti vyskytují.

3.3 Další prameny informací

Vyjma výše zmíněných titulů existuje i celá další řada publikací zabývajících se tímto tématem. Za zmínku stojí např.:

- PAČESOVÁ, M.: Lékař, pacient a Michael Balint. 1. vyd. Praha, Triaton 2005, ISBN 80-7254-491-8.
- HOŘEJŠÍ, J.: Křeslo pro Fausta 2004. 1. vyd. Praha, Galén 2004, ISBN 80-7262-297-8.

- HOŘEJŠÍ, J.: Křeslo pro Fausta 2005. 1. vyd. Praha, Galén 2005, ISBN 80-7262-386-9.
- BÁRTLOVÁ, S.: Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. přepr. vyd. Praha, Grada Publishing 2005, ISBN 80-247-1197-4.
- HAŠKOVCOVÁ, H.: Lékařská etika. Praha, Galén 1997, ISBN 80-58-24-54-X.
- PAFKO, P.: Medicínmani a ti druzí. Praha. Nakladatelství Lidové noviny 2004, ISBN 80-7106-665-6.

Aktuální informace k tématu lze potom dále čerpat především z odborných časopisů – ze Zdravotnických novin, z Časopisu Sestra nebo ze specializovaných internetových serverů orientovaných na zdravotnictví. Články zabývající se tímto tématem se také příležitostně objevují v denním tisku především v MF Dnes, v Lidových a Hospodářských novinách.

3.4 Shrnutí

Pokud by se někdo chtěl dozvědět více o tématu komunikace ve zdravotnictví, má možnost si vybrat z řady publikací, které se na českém knižním trhu nacházejí. Jelikož základní principy komunikace jsou společné pro všechny organizace – tedy i pro nemocnice, můžeme dále tento okruh rozšířit o některé knihy o marketingu, které se komunikací rovněž zabývají. Lze využít i publikace od zahraničních autorů, jež jsou na knižním trhu v českém překladu také dostupné, ale zde považuji za velkou nevýhodu rozdílnost prostředí u nás a v zahraničí. Zahraniční autoři často vychází z podmínek lékařské praxe, které jsou běžné v jejich zemích, ale hůře aplikovatelné na naše podmínky.

Pokud bych měla vybrat jednu knihu a tu zájemci doporučit, byla by to publikace Strategický marketing zdravotnických zařízení. Považuji ji za dobrý příklad toho, jak se dají teoretické poznatky o komunikaci účelně spojit s praktickými zkušenostmi autorů vycházejícími ze specifik českého zdravotnictví.

4 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Komunikace může mít mnoho podob. Aby však byla úspěšná a splňovala svůj účel, je nutné myslet na její důkladné zpracování. Efektivní komunikace je taková, v níž dosáhneme při minimálních výdajích maximálních cílů. V úvodu si nejprve objasníme, co pojem komunikace přesně znamená.

4.1 Historie a původ slova komunikace

Velký sociologický slovník uvádí, že komunikace je v širokém smyslu jakýkoliv přenos informace. Na tomto stupni obecně popisujeme komunikaci v kategoriích typu: zdroj – příjemce, komunikační kanál, komunikační šumy atd. „Samotný přenos informace ještě nevytváří mezi účastníky vztah mluvčího a adresáta, který je podstatným rysem komunikace v užším smyslu. V tomto vztahu jeden účastník – mluvčí otevřeně vystupuje vůči jinému účastníku – adresátovi jako někdo, kdo má specifické záměry, označované jako komunikativní intence. Transparentnost komunikativních intencí nevyklučuje, že mluvčí sleduje komunikativním aktem i další záměry, které se v něm nemanifestují.“¹

Komunikace je ale také jednou ze základních složek lidského poznání, která člověku umožňuje odlišovat se od ostatního tvorstva. „Schopnost jedné osoby vstupovat do kontaktu s ostatními prostřednictvím výměny myšlenek je prvním krokem v odlišení lidských bytostí od bytostí ostatních. Schopnost sdělovat názory a informace ostatním vede dříve nebo později k vzniku kumulovaného základu veškerého poznání a zkušeností. Schopnost individua nebo skupiny spolupracovat s ostatním prostřednictvím procesu komunikace je integrující složkou podstaty lidské dimenze.“²

¹ Velký sociologický slovník. 1. vyd. Praha, Karolinum 1995, ISBN 80 – 7184 – 164 – 1 (1. svazek), s. 507.

² LESLY, P.: Public relations. 1. vyd. Brno 1995, ISBN 80-85865-15-7, s. 54.

Komunikace je základem každodenní existence moderního člověka a každé organizace jakékoliv velikosti. Ve vývoji lidstva se postupem času komunikace čím dál tím více rozvrstvovala a specializovala tak, jak přibývaly poznatky o ní. V dnešní době má již mnohý obor lidské činnosti svou specifickou komunikaci a existuje k ní zevrubná teorie, jak má vypadat, aby byla efektivní. Nejinak je tomu ve zdravotnických zařízeních, přičemž můžeme definovat dva základní směry komunikace nemocnice:

- externí komunikace nemocnice jako podnikatelského subjektu,
- interní komunikace uvnitř organismu nemocnice.

V oblasti zdravotnictví rozeznáváme v rámci externích a interních vztahů několik druhů komunikace. Tou nejvíce diskutovanou externí komunikací je komunikace s veřejností a médii, v interních vztazích je jí potom komunikace, která funguje ve vztahu pacient – lékař.

4.2 Externí komunikace nemocnice jako podnikatelského subjektu

Nemocnice není uzavřeným celkem, ale denně komunikuje s řadou externích skupin. Přitom profesionálně vedená komunikace s těmito externími subjekty pomáhá zdravotnickému zařízení vytvářet a pečovat o potřebou důvěru, dobré jméno a image.

4.2.1 Základní skupiny příjemců externí komunikace nemocnice

Definovala jsem tři základní externí skupiny, se kterými nemocnice běžně komunikuje:

- obecná veřejnost
 - potenciální pacienti a jejich rodiny

- média
- sponzoři
- ostatní podnikatelské subjekty na trhu
 - banky a jiné finanční instituce
 - ostatní zdravotnická zařízení
 - zdravotní pojišťovny
 - spolupracující organizace – dodavatelé ...
- státní dozorové orgány
 - zřizovatel – město, kraj ...
 - správní orgány – zdravotní rada
 - finanční úřad, správa sociálního zabezpečení ...

4.2.2 Postavení nemocnice na trhu a její interakce s ostatními subjekty působícími v oblasti zdravotnictví

Nemocnice vystupuje na trhu jako samostatný právní subjekt, který poskytuje specifický produkt, a tím je péče o zdraví občanů jak v podobě léčby preventivní, tak léčby nemocí a úrazů. Přičemž tento produkt již delší dobu není výhradně doménou státu, ale spolu se státními nemocnicemi se na trhu pohybují vedle praxí privátních lékařů i soukromá zdravotnická zařízení. Soukromé kliniky se zaměřují na oblast, která je pro ně tržně zajímavá, jelikož státní nemocnice tyto produkty standardně občanům nenabízejí, např. plastická chirurgie, anebo státním nemocnicím konkurují vyšší kvalitou poskytovaných služeb. Jako příklad uveďme soukromou kliniku a institut estetické medicíny Asklepion v Praze. Ta je známá rozsáhlou škálou služeb v oblasti plastické chirurgie, dermatologie a stomatologie, kterou státní nemocnice standardně nenabízejí.

Do druhé skupiny subjektů, které konkurují vyšší kvalitou poskytovaných služeb, patří například Klinika GHC sídlící v centru Prahy. Ta klade důraz na 24hodinovou

dostupnost lékařské péče, osobní návštěvu lékaře u vás doma či personál standardně hovořící anglicky a německy.

Další významnou skupinou na trhu jsou soukromoprávní neziskové subjekty jako ošetrovatelské a pečovatelské služby nebo hospici, osvětová a vzdělávací zařízení (Červený kříž), různá sdružení pacientů, nadace a v neposlední řadě vědecké a výzkumné instituce, s nimiž jsou vybrané nemocnice propojeny a úzce spolupracují (fakultní nemocnice).

Všechny tyto skupiny, které se v oblasti zdravotnictví angažují, jsou pro nemocnici důležité. A to ať už jako konkurenční subjekty, které je třeba sledovat – kliniky s nadstandardním vybavením a službami, anebo jako partnera pro vzájemnou spolupráci – např. Nadace Archa Chantal, která se zasazuje o zlepšování prostředí v dětských odděleních nemocnic či Ústav experimentální medicíny AV ČR a jeho spolupráce s fakultními nemocnicemi.

4.2.3 Specifika externí komunikace nemocnice

V rámci komunikace s obecnou veřejností může profesionálně vedená komunikace zdravotnickému zařízení pomoci získat na trhu konkurenční výhodu. Správně zvolená komunikační strategie totiž dokáže firmám poskytujícím službu, za něž lze nemocnice oprávněně považovat, pomoci vytvářet a pečovat o potřebnou důvěru, dobré jméno a image. Přestože nemocnice nabízejí oproti jiným podnikatelským subjektům specifický produkt, jejich marketingový proces se nemusí nikterak lišit od marketingového procesu v podnikatelské organizaci. Základní funkce jejich marketingového řízení, jimiž jsou analýza, plánování, implementace a kontrola, zdravotnická zařízení provádí stejně jako komerční firma. Marketingový proces je jen o to složitější, že se zároveň obrací na více typů zákazníků. Nejen na uživatele služeb – tedy pacienty či potenciální pacienty, kterým nemocnice vedle svých standardních služeb hrazených zdravotními pojišťovnami často nabízí další nadstandardní výkony či služby, ale i na sponzory, média, veřejné instituce, nadace apod.

Oproti ostatním podnikatelským subjektům na trhu se navíc při své propagaci musí řídit etickými kodexy profesních komor. Ty propagaci nemocnice do určité míry omezují, neboť etický kodex České lékařské komory například v § 2 výslovně uvádí:

- „Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.
- Lékař se podle svého uvážení účastní prezentací a diskusí o medicínských tématech na veřejnosti a v médiích, musí se však vzdát individuálních cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch.
- Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činnosti, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.

Podobná ustanovení obsahují i Stavovský řád České stomatologické komory a Profesionální řád České lékárnické komory.³

4.2.4 Formy externí komunikace nemocnice

Nemocnice denně vstupuje do interakce s rozličnými externími skupinami příjemců informací. Můžeme rozlišit tři základní formy externí komunikace nemocnice:

▪ Spontánní komunikace

Spontánní komunikace není nikým řízena. V jejím případě není striktně stanoveno, co, kdo, kdy a jak má nebo může komunikovat vůči cílovým skupinám. Tento typ

³ BAČUVČÍK, R.: Marketing neziskového sektoru. 1. vyd. Zlín, Univerzita Tomáše Bati 2006, ISBN 80-7318-436-2, s. 83.

komunikace můžeme ve stručnosti popsat jako situaci, kdy si každý říká, co chce a komu chce bez předem daných pravidel a pravomocí. Spontánní komunikace vede k protichůdným sdělením, která mohou působit proti zájmům zdravotnického zařízení a jeho image. „Pokud je spontánní komunikace převažující formou komunikace zdravotnického zařízení, nepřináší dlouhodobý pozitivní efekt a nepřispívá k budování důvěry, dobrého jména a požadované image zdravotnického zařízení, které ho odliší od ostatních hráčů na trhu zdravotnické péče. Naopak to může důvěru zaměstnanců a veřejnosti i ohrozit – například v případě krizové komunikace.“⁴

Proto se domnívám, že je nutno prioritně stanovit jasná pravidla komunikace v nemocnici a to jak navenek vůči externím příjemcům informací, tak uvnitř organizace, aby se minimalizovaly negativní dopady této spontánní komunikace. Ta probíhá živelně v každém uskupení, kde se spolu setkává větší počet lidí a nelze jí zabránit ani řídit. Ovšem pokud jsou nastavena na začátku jasná pravidla krizové a strategické komunikace, lze efektivně minimalizovat její negativní dopady, kterými jsou fámy, dohady a ničím nepodložené negativní informace o nemocnici.

▪ **Krizová komunikace**

V poslední době dochází k nárůstu významu PR v krizových situacích. Ty se objevují stále častěji a důvodem je fakt, že veřejnost a spotřebitelé – v případě nemocnic pacienti - jsou si mnohem více vědomi svých práv a vystupují mnohem aktivněji. Zakládají různá sdružení, jež kontrolují kvalitu zdravotnických zařízení a svá zjištění hned poskytují sdělovacím prostředkům. Tento fakt a dále rozvoj technologií a současná epocha informační exploze zapříčiňují, že se o vzniklé události bleskurychle dozvídá masa lidí. Krizovou komunikací potom rozumíme stav, kdy se organizace nenadále dostala do konfliktní, krizové či katastrofické situace, jíž musí čelit. Existuje řada teorií, jak se s takovými situacemi vyrovnat a v podstatě lze konstatovat, že „nejlépe zvládnutá krize je ta, které se

⁴ LESLY, P.: Public relations. 1. vyd. Brno 1995, ISBN 80-85865-15-7, s. 66.

podatří předejít. Tzn. že organizace musí mít připraveny všechny scénáře obsahující postupy, jak se chovat v dopředu vytipovaných situacích, které mohou organizaci ohrozit.“⁵

Nemocnice se může dostat do krizové situace například tehdy, pokud je nařčena, že se o své pacienty stará nezodpovědně nebo že hospodaří neefektivně se svěřenými prostředky. Pokud k tomuto stavu dojde, platí pro ni stejná pravidla jako pro jakýkoliv jiný subjekt. Předně je nutno být připraven a mít v záloze krizový scénář, který bude dopředu identifikovat zdroje této situace a bude jim přizpůsobovat následující reakce. V těchto situacích hrají zásadní úlohu média, ať už jako zdroj krizové situace – kritika postupu nemocnice ve sdělovacích prostředcích či jako nástroj zažehnutí krize – oficiální stanovisko nemocnice k situaci zveřejněné na tiskové konferenci.

Základní pravidlo říká, že je nutno v první řadě stanovit, kdo bude jménem nemocnice komunikovat, jaký druh informací se zveřejní a komu se poskytne. Důležité je, aby příslušní zaměstnanci a představitelé organizace byli náležitě poučeni a v případě nutnosti podle plánu skutečně postupovali. V praxi se totiž ukazuje, že problémem bývá spíše komunikace, rozhodování a koordinace činností uvnitř podniku než vlastní sdělení navenek. V důsledku toto potom dochází k opoždování poskytovaných informací, což pochopitelně podporuje vznik fám a podezření, že se něco tají.

Existuje řada teorií, jak správně postupovat v krizové situaci, vybrala jsem následující ponaučení⁶:

1. Veřejnost i novináře je nutno informovat co nejrychleji, např. rychle svolanou tiskovou konferencí, tiskovou zprávou zaslanou do médií či zasláním SMS.
2. První informace musí být co nejpravdivější, nejobjektivnější, nejkonkrétnější a nejotevřenější.

⁵ BAČUVČÍK, R.: Marketing neziskového sektoru. 1. vyd. Zlín, Univerzita Tomáše Bati 2006, ISBN 80-7318-436-2, s. 138.

⁶ FORET, M: Marketingová komunikace. 1. vyd. Praha, Computer Press a.s. 2006, ISBN 80-251-1041-9, s. 280-281.

3. Se sdělením mají předstoupit nejvyšší představitelé postižené instituce, např. ředitel nemocnice či jeho náměstek.
4. S ohledem na požadavek rychlosti musí být dopředu jasně stanoveno pořadí zastupitelnosti, tzn. když není k zastavení ředitel nemocnice, vystoupí se sdělením jeho náměstek, který je zodpovědný za danou oblast atd.
5. V případě vážnější krize by mělo být ihned uvedeno do provozu krizové informační centrum, které bude zájemcům poskytovat bezplatně informace o situaci.
6. Je nutné připravit nestranné vyjádření odborníků ke vzniklé situaci.
7. Po seznámení se s příčinami situace přijmout praktická opatření, jež by do budoucna snížila riziko opakování situace. Tato opatření posléze prezentovat veřejnosti.
8. Představitelé instituce by měli po zpřesnění údajů o škodách sdělit veřejnosti i novinářům svoji konkrétní pomoc postiženým.
9. Naznačený postup komunikace při krizové situaci by měl být vedením instituce zpracován do podoby závazné směrnice. S tou by měli být seznámeni všichni zaměstnanci, zejména ti, kterých se bezprostředně týká.
10. Tito klíčoví zaměstnanci by měli být v souladu se směrnicí pravidelně proškolení a trénováni.

Pokud nemocnice nemá žádný takový plán na zvládnutí případné krizové situace, vystavuje se riziku, že potom nedokáže na vzniklou krizi efektivně zareagovat, v důsledku čehož utrpí její důvěryhodnost a image.

Jako typický případ negativního dopadu špatně vedené krizové komunikace jsem vybrala situaci, jež nastala na začátku prosince 2006 v nemocnici v Havlíčkově Brodě. Tehdy vyšlo najevo, že ošetřovatel Petr Zelenka, který zde působil, zavraždil během svého působení minimálně osm pacientů. Nemocnice musela najednou čelit velkému mediálnímu tlaku, kdy řada novinářů nejen z domova, ale i ze zahraničí na základě zájmu veřejnosti nemocnici doslova bombardovala dotazy týkající se této aféry. Tato regionální nemocnice se doposud s podobnou situací nesešla a nevěděla, jak na vzniklou situaci patřičně reagovat. Komunikace nemocnice s médii vážla. Když proběhla, byla neúplná a dala jen podnět k mnoha nepředloženým spekulacím a teoriím, které poškozovaly dobré jméno nemocnice v očích veřejnosti. „Nemocnice tím byla zaskočena, takže s těmi příbuznými najednou jako

by nevěděla, jak má komunikovat. Protože s tím neměl v nemocnici nikdo zkušenost,⁷ uvedl k tomuto případu bývalý ministr zdravotnictví David Rath. Více informací o této události viz Příloha č. 1 této práce.

▪ **Strategická komunikace**

Strategická komunikace potom dlouhodobě směřuje k vytváření silné značky a image konkrétního zdravotnického zařízení. „Strategická komunikace je záměrná, plánovaná a neustálá snaha budovat a udržovat vzájemné porozumění a důvěru mezi zdravotnickým zařízením a jeho cílovými skupinami k dosažení odborných, ekonomických i etických cílů. Lidé očekávají, že za peníze, vložené do zdravotnického systému, dostanou adekvátní péči. A to nejenom léčebnou, ale také péči vyjádřenou konvenencí, jejíž naplnění výrazně ovlivňuje komunikace zdravotnického zařízení s pacienty. Není tak nereálné si představit, že komunikace může v budoucnu stát za úspěchem i dramatickým pádem zdravotnického zařízení,“⁸ tvrdí autoři knihy Strategický marketing zdravotnických zařízení.

V našich podmínkách jsme se již od revoluce naučili, že silná značka a dobrá image je velkou výhodou každého podnikatelského subjektu a pomáhá mu získat oproti ostatním konkurenční výhodu. Myslím si ale, že mnozí z nás nemocnice stále považují za víceméně státní podniky, které nemají potřebu se prezentovat veřejnosti a v podstatě pro ně neexistuje konkurenční prostředí. To ovšem již není pravda a nemocnice se samy snaží mít dobrý vztah s médii a veřejností. A v některých případech se nemocnicím daří komunikovat s veřejností velmi dobře. Jako pozitivní příklad strategické komunikace s veřejností bych uvedla situaci, kdy Ústřední vojenská nemocnice v Praze prostřednictvím médií v únoru 2007 zveřejnila oznámení, že pracuje na zlepšení svých bezpečnostních standardů. Reagovala tím na již zmiňované vraždy v havlíčkobrodské nemocnici, a snažila se tak hned v zárodku eliminovat případné obavy pacientů z hospitalizace v jejich zdravotnickém zařízení.

⁷ citace z pořadu Otázky Václava Moravce odvysílaného 13. prosince 2006 na ČT1

⁸ EXNER, L.- RAITER, T.- STEJSKALOVÁ, D.: Strategický marketing zdravotnických zařízení 1. vyd. Praha, Professional Publishing 2005, ISBN – 80 – 86419 – 73 – 8, s. 67.

V rámci strategického řízení si nemocnice také dlouhodobě definuje svoji identitu. Neboli stanoví, jak nemocnice hodnotí sama sebe a kam by chtěla v budoucnu směřovat. Tato identita se utváří dlouhodobě a průběžně se formuje. Je součástí strategického řídicího procesu organizace a její podoba ovlivňuje jak vlastní chod firmy, tak její komunikaci. Čas od času je třeba ji přehodnotit, podle toho, jak se vyvíjí činnost a struktura organizace a jak se mění poměry na trhu, na kterém působí. Měla by i odrážet vývoj důležitých cílových skupin (pacientů, jejich rodin, sponzorů, zřizovatelů, dodavatelů, provozovatelů ...). Podniková identita je sdělována vedením organizace zaměstnancům některými nástroji marketingové komunikace, jako jsou vlastní podniková média, intranet, školení, schůze, soutěže, směrnice apod.

Zatímco identita je obraz, kterého chce organizace na základě strategického plánu dosáhnout, pod pojmem image rozumíme „představu, kterou si o našem podniku vytváří každý jednotlivec a to jak na základě svých osobních zkušeností, tak zejména ze sdělení a informací získaných od jiných osob nebo z médií.“⁹ Budování image nemocnice je dlouhodobý proces a lze jej ovlivnit jen částečně. Jako příklad nemocnice s dobrým image bych uvedla pražský IKEM, který je známý nejen v České republice, ale na celém světě svými úspěšnými transplantacemi orgánů. Za velkou nevýhodu image považuji fakt, že se pozitivní image nemocnice vytváří řadu let, ale je možno o něj přijít velmi snadno. Ve specifické oblasti zdravotnických služeb musíme vzít v úvahu, že zdraví je pro každého občana základní potřeba, a proto reagujeme velmi citlivě na jakékoliv byť nepatrné náznaky neprofesionálního jednání nemocnice. Pokud nemocnice nezareaguje na kritiku či vzniklou krizi rychle a efektivně, může to vést k závažnému poškození image nemocnice – viz krizová komunikace této kapitoly.

Nejviditelnějším a nejpoužívanějším komunikačním nástrojem v rámci strategické komunikace v českých nemocnicích je public relations. Jde přitom o každodenní systematickou práci, která nikdy nekončí, a to na všech úrovních zdravotnického zařízení. „Public relations jsou sociálně komunikační aktivitou. Jejím prostřednictvím působí

⁹ FORET, M.: Marketingová komunikace. 1. vyd. Praha, Computer Press a.s. 2006, ISBN 80-251-1041-9, s. 65.

organizace na vnitřní a vnější veřejnost se záměrem vytvářet a udržovat s ní pozitivní vztahy a dosáhnout tak mezi oběma vzájemné porozumění a důvěru. Public relations organizace se také uplatňují jako nástroj svého managementu,¹⁰ konstatuje V. Svoboda. Jak dále autor tvrdí: „Není daleko doba, kdy také nemocnice přejdou k určité formě marketingového managementu – tak, jak tomu bývá většinou v jiných vyspělých zemích světa. Public relations nemocnice pak dostanou trochu jiný rozměr, než je tomu dosud.“¹¹

Nástrojů a forem public relations existuje celá řada, přičemž v následující části se zaměřím na ty, které jsou využívány v podmínkách českých zdravotnických zařízení. Ty lze rozdělit do těchto skupin:¹²

- **Mediální vztahy.** Patří sem tiskové zprávy z aktuálního dění, odborné články a komentáře, studie, poradenské sloupky, rozhovory, tiskové konference, exkurze, účast na vzdělávacích pořadech, reportáže.
- **Profilace odborníků nebo managementu.** Prostřednictvím publikační a přednáškové činnosti nebo členství v odborných společnostech. Cílem profilace odborníků a managementu je vytvořit jejich image jako špičkových expertů, kteří jsou garantem vysoké odbornosti.
- **Speciální akce.** Společenské, osvětové, vzdělávací – například k výročí zdravotnického zařízení, k otevření nové kliniky, k úspěšnému ukončení projektu, den otevřených dveří, semináře, exkurze, výstavy.
- **Vytváření poradních skupin.** Zaměřených na témata, která chceme v komunikaci prosazovat a potřebujeme k tomu získat širší platformu odborníků včetně osobností mimo naše zdravotnické zařízení.

¹⁰ SVOBODA, V.: Public relations moderně a účinně. 1. vyd. Praha, Grada Publishing 2006, ISBN 80–247–0564–8, s 17.

¹¹ Tamtéž, s. 119 –120.

¹² EXNER, L.- RAITER, T.- STEJSKALOVÁ, D.: Strategický marketing zdravotnických zařízení 1. vyd. Praha, Professional Publishing 2005, ISBN – 80 – 86419 – 73 – 8, s. 78.

- **Vlastní periodika a materiály.** Časopis, zpravodaj, internetová stránka, plakáty, informační letáky a brožury, výroční zpráva, profil zdravotnického zařízení, vzdělávací pořady (seriály) na různých typech nosičů. Cílem komunikace prostřednictvím těchto materiálů je systematické vytváření povědomí a image zdravotnického zařízení.
- **Informační telefonní linky.** Mohou fungovat buď na časově omezenou dobu, nebo dlouhodobě, pokud mají opodstatnění.
- **On-line diskuse a ankety.** Můžeme je získat nejenom k získání názorů a k diskusi s veřejností, ale také ke zvýšení návštěvnosti internetové stránky novými cílovými skupinami.
- **Reklama.** Podle nosiče ji členíme na:
 - tiskovou
 - rozhlasovou
 - on-line
 - televizní.

Podle cílové skupiny:

- reklama zaměřená na veřejnost (potencionální a stávající pacienti)
- reklama zaměřená na odborné kruhy.

PR v nemocnicích se pomocí těchto nástrojů zaměřuje především na budování dobrých vztahů s veřejností a médii, kdy dlouhodobým cílem je zlepšení image nemocnice v očích veřejnosti.

4.3 Interní komunikace uvnitř organismu nemocnice

Zdravotnické zařízení je bezesporu složitý organismus s rozsáhlou organizační strukturou. Pracuje tu řada zaměstnanců v rámci pevně stanovené hierarchie. Ti mají

předem stanovené procesy i odpovědnost. Svým specifickým zaměřením a pracovním stylem zde dochází k situacím, že jsou jeho zaměstnanci ve stresu, musí řešit ve zlomku vteřiny složitá dilemata, pacienti se k nim bezmezně upínají a příbuzní do nich vkládají veškeré naděje. Na druhé straně lékaři často představují silné individuality, které sledují pouze své partikulární zájmy a upřednostňují svoji práci před prací ostatních oddělení. Tyto skutečnosti dle mého názoru značně ztěžují podmínky managementu pro implementaci efektivních nástrojů interní komunikace v organizaci. Přesto se nesmí interní komunikace v nemocnici podceňovat, neboť v opačném případě se management vystavuje riziku nežádoucí spontální komunikace, která může vést k šíření nepodložených fám a poškozování nemocnice v očích zaměstnanců i pacientů.

Interní komunikace uvnitř nemocnice se člení na dva základní proudy:

- komunikace lékař – pacient; pacient – lékař,
- komunikace vedení nemocnice se svými zaměstnanci.

4.3.1 Stav komunikace v nemocnicích v současné době

Komunikace v českých zdravotnických zařízeních má v současné době ve srovnání s jinými vyspělými zeměmi co dohánět. Na špatné či nedostatečné komunikaci v českých nemocnicích se podepsal výraznou měrou minulý komunistický režim. „Studovala jsem naši legislativu pro zdravotnictví z doby první republiky, zejména náš zákon ke zdravotnímu pojištění a zákon o nemocnicích - šlo o 20.,30. a 40. léta minulého století – tehdy byli i naši lékaři zákony nuceni obsírně pacientům vše vysvětlovat a komunikovat s nimi. Patřili jsme tehdy ke špičce evropské zdravotnické legislativy, šlo o rovnoprávný vztah mezi lékařem a pacientem v rovině právní – jak lékař, tak pacient měli shodná práva, stejnou právní ochranu a „moc“,“ uvedla Vladimíra Bošková, předsedkyně Občanského sdružení na ochranu pacientů, v rozhovoru poskytnutém pro účely této diplomové práce. Zákon o péči o zdraví lidu z doby komunismu podle ní však prakticky vyrušil takřka všechna práva pacientů. „Pacienty uvrhl do nerozprávného postavení s tím, že lékař sám takřka o všem rozhodne,“ dodala Bošková.

Management zdravotnických zařízení, ministerstvo zdravotnictví, politici, představitelé patientských organizací i samotný zdravotnický personál nemocnic se nyní učí tuto komunikační propast, která zde za desítky let vznikla, překlenout. Spolu s tím se u nás v současné době řeší řada jiných témat, která s komunikací ve zdravotnictví velmi úzce souvisí a která se již otevřeně diskutují dlouhá léta v zahraničí. Jde například o problematiku ideální a dostupné medicíny, práva nemocného, práva nenarozeného dítěte, práva duševně nemocných, handicapovaných a umírajících, právo pacienta na informace o svém zdravotním stavu nebo problematiku ošetřujících týmů a jejich jistoty, zodpovědnosti a povinnosti. Očekávám, že se do budoucna posílí postavení pacienta, který bude požadovat větší orientaci lékaře na pacienta a rovnoprávný přístup lékaře k němu. Zároveň si myslím, že bude pacient vyžadovat víc informací o svém zdravotním stavu, o možných postupech léčby a následně tak bude moci lépe lékaře kontrolovat. Tento trend je delší dobu patrný kupříkladu ve vyspělých státech západní Evropy či v severských zemích.

Například v Anglii nebo v Německu je běžné, že v nemocnicích panují přísně bezpečnostní standardy, aby nedošlo k omylům v léčbě, či dokonce záměnám pacienta a celý průběh léčby je přísně sledován. Pacienti běžně nosí po celou dobu pobytu v nemocnici speciální náramek s kódem. Tam jsou uloženy informace o jeho diagnóze a postup léčby. Když má potom pacient dostat svoji dávku léku, personál vždy nejprve zkontroluje správnost aplikace medikamentů na základě takto uložených informací.

U nás je nyní situace jiná. David Marx ze společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví ji okomentoval následujícími slovy: „Naši pacienti žijí v iluzi, že nemocnice je bezpečné prostředí. Není tomu tak, naopak je to poměrně rizikové prostředí. Pacient by neměl slepě důvěřovat tomu prostředí a neměl by váhat se ptát každého, kdo k němu přichází, proč k němu přichází, proč mu daný lék podává, kdo mu ho ordinoval. Pacienti musí vědět, kdo je kdo: kdo je lékař, kdo sestra, kdo údržbář. Nejúčinnější jsou klasické visačky se jmény.“¹³

Momentálně je pro chod zdravotnických zařízení nejdůležitější, aby měla v pořádku tzv. akreditaci. Akreditace je dokument, který opravňuje nemocnici k provozování její činnosti, tedy k tomu, aby mohla pacienty léčit. Dále potom existují i speciální akreditace,

¹³ rozhovor poskytnutý ČR 1 Radiožurnál dne 6. února 2007.

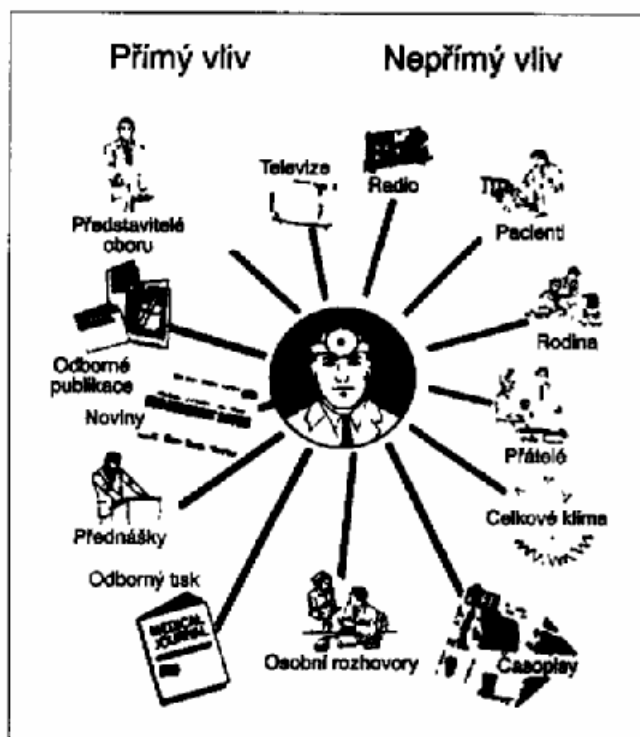
např. akreditace JCI. V České republice má kromě Ústřední vojenské nemocnice akreditaci JCI také nemocnice Na Homolce, usiluje o ni i Fakultní nemocnice Motol. Ve světě je takových zařízení jen tři sta.

4.3.2 Komunikace lékař – pacient

Požadavky na výkon lékařské profese patří k těm nejvyšším. Lékař musí mít náročné odborné vzdělání, získat náležitou praxi a atestace, neustále se seznamovat s novými trendy v oboru atd. V poslední době se však naši lékaři musí učit i nové dovednosti - a sice komunikaci, zejména s pacientem.

Na lékaře působí při komunikaci řada přímých a nepřímých vlivů, jak znázorňuje následující graf:¹⁴

¹⁴ LESLY, P.: Public relations, 1. vyd. Brno, 1995 ISBN 80-85865-15-7, s. 63.



Obr 34 Po připojení řady nepřímých kanálů zasahuje lékaře násobný efekt komunikačních prostředků, které ho obklopují a spojují ho se světem. Jejich agresivita prudce vzrůstá.

graf 1 Přímé a nepřímé vlivy působící v rámci komunikace na lékaře

Pravidla chování lékaře při výkonu povolání upravuje i Etický kodex České lékařské komory, který byl přijat 1. ledna 1996. Tento předpis mimo jiné i „Nabádá lékaře, aby se vzdal paternalitních pozic v postoji vůči nemocnému a respektoval ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy a povinnostmi, včetně odpovědnosti za své zdraví,¹⁵. Podle tohoto kodexu je lékař povinen, pro nemocného srozumitelným způsobem, odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnózách a rizicích léčby, o uvažované prognóze a dalších ostatních okolnostech, které během léčení mohou nastat.

¹⁵ MACH, J.: Medicína a právo. 1. vyd. Praha, C. H. Beck 2006, ISBN 80-7179-810-X, s. 13.

Praxe v našich zdravotnických zařízeních je v současnosti ale poněkud jiná. Názorně to dokumentuje například i skutečnost, že Česká republika v polovině roku 2006 skončila až čtvrtá od konce v žebříčku výzkumu zdravotnických systémů zemí Evropské unie¹⁶. Tento průzkum konstatoval, že čeští lékaři stále málo komunikují s pacienty a chovají se k nim nadřazeně. „Špatná komunikace je dědictvím minulého režimu. Výzkum má pravdu, že je v ní stále mnoho nešvarů,“ připustil tehdejší ministr zdravotnictví David Rath a dodal: „Stalo se mi, že jsem při vizitě mluvil s pacientem, který jen věděl, že nesmí jíst. Nevěděl už ale na jaké vyšetření jde, proč a k čemu mu výsledky budou. Největším dluhem českých lékařů je to, že pacientům málo vysvětlují.“¹⁷

S tímto názorem ale někteří lékaři nesouhlasí. Přednosta 3. chirurgické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy profesor MUDr. Pavel Pafko, CSc. je jedním z lékařů, který otevřeně tvrdí, že s pacientem nemůže mít nikdy partnerský vztah. „Můžu mu nabídnout sto variant léčby, ale on nemá léta praxe a medicínu. Propagovaný partnerský vztah lékař-pacient proto nikdy nemůže být rovnocenný,“ konstatoval Pavel Pafko na semináři v Senátu v květnu 2006. I další odborníci mu dávají za pravdu, když tvrdí, že přehnaná komunikace, může být kontraproduktivní.

„Extrém je Amerika. Komunikace je tam někdy možná až hypertrofovaná, třeba první den ve zdravotnickém zařízení pacient potká doslova každých pár minut někoho, kdo s ním komunikuje...,“¹⁸ tvrdí MUDr. Martin Holcát, MBA. Američtí pacienti ovšem vyhledávají lékaře šestkrát méně než Češi. „Lékaři tak mají na pacienty více času, a to navíc nejsou zdržováni žádným papírováním. Podrobné rozhovory s pacienty přinášejí i ekonomický efekt, mnohdy se zjistí, že to nebo ono ani není potřeba. V českých ordinacích vládne stres daný zavedeným systémem finančního ohodnocení zdravotnických zařízení a je

¹⁶ ČTK: Podle studie má v EU nejlepší zdravotnictví Francie, ČR je na konci. Článek zveřejněný ČTK dne 26.6.2006.

¹⁷ PETRÁŠOVÁ, L.: Tomu byste stejně nerozuměl, článek zveřejněný dne 18.7. 2006 v MF DNES.

¹⁸ MYSLIVCOVÁ, M: Management jako hlavolam“ uveřejněný dne 24. 2. 2006, Zdravotnické noviny, s. 24.

snadnější poslat nemocného pro jistotu na víc vyšetření, než aby se něco zanedbalo, než s ním problémy důkladně probrat,“¹⁹ tvrdí lékař Martin Bareš.

Je pravdou, že přístup lékařů k pacientům v USA je zcela jiný a na komunikaci se klade velký důraz. Problém, kterému ovšem v současné době Amerika čelí, je, že část pacientů zčásti nebo vůbec nerozumí informacím, které mu jsou lékařem či zdravotníkem poskytnuty. V reakci na to se například známá farmaceutická společnost Pfizer v rámci kampaně za lepší informovanost pacientů „Clear Health communication“ snaží definovat základní příčiny nejasné komunikace mezi lékařem a pacientem. V rámci celonárodního průzkumu společnost zjistila, že celých 90 milionů Američanů má problém správně porozumět všem poskytnutým informacím o jejich zdravotním stavu. Tento problém známý jako „**low health literacy**“ má potom velmi negativní dopad na průběh léčby i psychický stav pacientů. Ti se často stydí přiznat, že danému výkladu nerozumí, a proto pod nejrůznějšími záminkami léčbu odkládají či se schůzkám s lékařem vyhýbají.

Výše zmiňovaná společnost na svých internetových stránkách²⁰ radí lékařům, jak rozpoznat situaci, kdy pacient nerozumí problému a jak správně reagovat. Uvádí příklady některých odpovědí, které by měly lékaře varovat, že není vše v pořádku, např.:

- dotazníky jsou vyplněny špatně či neúplně,
- písemné materiály jsou ihned po obdržení pacientem předány příbuznému či známému, který pacienta doprovází,
- pacient dotazník či písemné pokyny ihned schová do tašky s tím, že si je přečte doma,
- pacient se vymlouvá, že si zapomněl brýle,
- pacient nedodrží termíny schůzek s lékařem včetně dalších návazných vyšetření specialisty či v laboratořích,

¹⁹ VESELÁ, J.: S pacienty musíme víc mluvit, článek zveřejněný dne 10.8. 2005 v deníku Rovnost.

²⁰ Internetová stránka <http://www.pfizerhealthliteracy.com/physicians-providers/signs-of-health-literacy.html>

- časté chyby v nařízené léčbě ze strany pacienta,
- lhostejnost či apatie při výkladu lékaře.

Na svých internetových stránkách dokonce nabízí tzv. **Prevalence Calculator**, na kterém si lékař po zadání několika základních údajů o svých pacientech může dopředu spočítat pravděpodobnost rizika low health literacy. Health literacy se rozumí schopnost pacienta číst, rozumět a jednat podle informací a pokynů sdělených lékařem.

Podkladem pro tento kalkulátor byly výsledky národního výzkumu gramotnosti dospělých National Assessment of Adult Literacy (NAAL) v roce 2006. Kalkulátor bere při výpočtu v úvahu výsledná zjištění o demografických faktorech, které mohou špatnou schopnost zpracovat získané informace ovlivňovat.

Prevalence Calculator

Please input the appropriate number that is the percentage of your practice for each category in the place provided.

About what percentage of the patients in your practice would you say are:

Over 65 years of age	<input type="text" value="30"/>	%
Enrolled in Medicaid or other public assistance program	<input type="text" value="40"/>	%
White	<input type="text" value="70"/>	%
Black (African-American)	<input type="text" value="20"/>	%
Hispanic	<input type="text" value="10"/>	%
Mainly speak a language other than English	<input type="text" value="20"/>	%

The percentage of your patients that might have limited health literacy is at least: **23.8** %

Now that you know what percentage of your patients might have limited health literacy, view the [Tips for Practice fact sheet](#) as well as the materials available on [AskMe3.org](#) to enhance Clear Health Communication with your patients. It's about improving patient health.

tabulka 2 Prevalence Calculator zveřejněný na internetových stránkách

<http://www.pfizerhealthliteracy.com/physicians-providers/prevalence-calculator.html>

Pokud se ale vrátíme zpět k našim podmínkám faktem je, že se někteří čeští lékaři netají s tím, že jim současný stav v českých nemocnicích vyhovuje, a někdy to považují dokonce za výhodu. V situaci, kdy o pacientech vědí jen nutné minimum, se lépe oprostí od

emocí. Pokud by například věděli, že operují matku tří dětí – samoživitelku od nezaopatřené rodiny, tato skutečnost by je mohla během zákroku zbytečně znervózňovat a případně i ztížit jejich rozhodování. Jsou proto často raději, když nemají žádné vazby k pacientovi a neznají tedy pozadí případu. „O lidech, které operuji, mnohdy vím málo. U nás na chirurgii je dnes průměrná hospitalizace šest dnů. A počítejme: lékař se zastaví při vizitě u jedné postele na dvě tři minuty. Než jde domů, měl by s pacientem zase promluvit, ale i to obvykle bývají, řekněme, tři minuty. Za den šest minut face to face. Za šest dnů šestkrát šest čili třicet šest minut. Něco přes půl hodiny je lékař s pacientem v bezprostředním kontaktu. Jak můžeme někoho za půl hodiny poznat?“²¹ konstatuje Pavel Pařko. Na chirurgii běžně nastávají situace, při kterých se ve velmi krátké době musí přijmout rozhodnutí ovlivňující zásadně další život pacienta. Za těchto několik minut musí lékař pacientovi ležícímu na chirurgii například sdělit, že mu amputuje končetinu nebo že mu musí udělat střevní vývod. Na další psychologické rozpravy už nemají lékaři ve svém pracovním rozvrhu čas.

„Kéž by se lidi rvali o pacienta – kdo s ním bude komunikovat, kdo s ním posedí, vezme za ruku, vysvětlí mu různé věci. Mně nevadí, když je to ne-doktor – psycholog, kněz, laický pomocník. Bohužel se stává spíš opak, pacient je uložen na lůžko a komunikace je třicetisekundová třikrát denně, třikrát prášek a dost... Je problém to sladit. Když přijde laik, může zdánlivě překážet, ale je to o lidech, o vedoucích, o fungování oddělení, týmu, struktury ...“²² tvrdí MUDr. Martin Holcát, MBA.

Shrňme to tedy následovně: Doktor by měl pravidelně s pacientem komunikovat a tím v podstatě nahrazovat práci psychologa. Dávat pacientovi na lůžku potřebné informace a ujištění, že léčba bude úspěšná a že brzy půjde domů. Na to ovšem v dnešní situaci ve zdravotnictví, kdy mají doktoři běžně mnoho hodin přesčasů měsíčně, prostě nezbyvá čas. Přitom psychická pohoda pacienta je jedním z důležitých předpokladů úspěšné léčby. Jistou možností by bylo dle mého názoru doplnění práce doktora v komunikaci s pacienty

²¹ PAŘKO, P.: *Medicínmani a ti druzí*. Praha, Nakladatelství Lidové noviny 2004, ISBN 80-7106-665-6, s. 51 – 52.

²² MYSLIVCOVÁ, M.: článek „Management jako hlavolam“ zveřejněný dne 24. 2. 2006, *Zdravotnické noviny*, s. 24.

nemocničním psychologem. Ten by byl s hospitalizovanými v nemocnicích v pravidelném kontaktu a probíral s nimi jejich pocity a starosti. Bezespornou výhodou by bylo, že tento psycholog by měl potřebné odborné zkušenosti v této oblasti a byl by si vědom, jak má správná komunikace s pacienty probíhat. Lékař je sice respektovaný odborník se znalostmi v jisté oblasti medicíny, ale často nemá potřebné povědomí o tom, jak pacienta nejlépe uklidnit a jak s ním hovořit, což je naopak pro psychologa základním předpokladem jeho práce. Okolnosti jsou nyní ovšem takové, že žádná zdravotní pojišťovna českým klinikám práci nemocničního psychologa neproplácí. Tento fakt je pro nemocnice, které často balancují na samé hraně finanční krize, naprosto rozhodující. „To, jak dnes suplujeme práci psychologů, je podle mého názoru neúnosné. Oni jsou schopni nemocnému nejen nabídnout naslouchající ucho, útěchu a podporu, ale pomohou mu také se v těžké situaci zorientovat. A zároveň zprostředkují lékaři, jak pacient na svou situaci pohlíží,“²³ tvrdí Pavel Pafko.

4.3.3 Komunikace na úrovni pacient – lékař

Komunikaci nemocného s lékařem ovlivňuje celá řada faktorů. Pro pacienta znamená nemocnice neznámé prostředí, nemoc ho obvykle vyčerpává, často je vyděšen z toho, co bude dál, a proto jsou pro něj důležité srozumitelné a včasné informace. Zdravotnické zařízení se pro něj stává dočasným domovem, kde pacient hledá pomoc. Čím lépe je pacient informován o svém zdravotním stavu, tím lépe se může se svojí nemocí vyrovnávat a s lékařem spolupracovat. Pacient od lékaře očekává, že jako profesionál ví, co má dělat, a v určitém okamžiku mu dává do ruky sám sebe. Za to očekává, že bude vyléčen.

Nemocný doufá, že ve zdravotnickém zařízení bude zlepšen jeho zdravotní stav, což je základní podmínkou jeho dalšího spokojeného života. Dle Světlíka „Uspokojením jednoho druhu potřeb (například fyziologických) vzniká u člověka pocit nutnosti

²³ PAFKO, P.: *Medicínmani a ti druzí*. Praha, Nakladatelství Lidové noviny 2004, ISBN 80-7106-665-6, s. 51 – 52.

uspokojovat další, tzn. vyšší potřeby. I když v tomto procesu existují rozdíly, které závisí na individualitě člověka, jeho zkušenostech, vzdělání, povahových a jiných vlastnostech, můžeme říci, že lidé se snaží nejdříve uspokojit pro ně nejdůležitější potřeby. Po jejich uspokojení se snaží uspokojit potřeby „vyšší“. Viz následující graf:²⁴

Obr. 4. 2 Maslowova hierarchie potřeb



graf 3 Přehled hierarchie potřeb dle Maslowa a hierarchie jejich uspokojování

Rozdílné sociální role ale vedou také k tomu, že lékař disponuje určitou mocí a pacient se většinou cítí oslaben. Záleží ovšem na povaze onemocnění, nátuře pacienta, jeho informovanosti i vzdělání, jaký postoj k lékaři nakonec zaujme. „Problém je, že pacient sám v některých případech vyžaduje paternalistický přístup lékaře, nepřeje si být podrobně informován o svém zdravotním stavu a jednotlivých možnostech řešení, a přeje si, aby za něj rozhodoval lékař. Dává najevo, že odborným vyšetřením stejně nerozumí a zachová se

²⁴ SVĚTLÍK J.: Marketing a reklama. Zlín, Univerzita Tomáše Bati 2005, ISBN 80-7318-140-1, s. 36.

podle toho, co mu lékař doporučí. V jiných případech naopak pacient požaduje velmi podrobné informace a údaje a vede s lékařem téměř odbornou diskusi.²⁵

Při informování pacienta a komunikaci s ním by měl lékař podle Macha brát v úvahu tyto skutečnosti:

- zdravotní a psychický stav pacienta,
- vzdělání a intelektuální úroveň pacienta,
- zájem pacienta být podrobně či naopak méně podrobně informován o zdravotním stavu a potřebných výkonech,
- závažnost choroby, kterou pacient trpí, a míru rizika při zákrocích, které mají být pacientovi poskytnuty.

I když je pacient dostatečně poučen, pokud zrovna není svou profesí zdravotník, zůstává z medicínského hlediska všude na světě při komunikaci s lékařem ve slabším postavení. „Většina pacientů nemá dostatek znalostí, jen menšina si umí odborné informace aktivně vyhledávat a hodnotit je. U nás z toho lékaři nespravedlivě těží – to znamená, že když lékař zjistí, že má před sebou přílišného laika, není ochoten a zákon ho k tomu ani nenutí s tímto laikem dostatečně komunikovat tak, aby pacienta „vyzbrojil“ potřebnými informacemi. Například český lékař uvede pacienta snadno v omyl tím, že mu řekne jen o jedné léčebné variantě a neřekne mu nic o jiných léčebných možnostech. Takže pacient nakonec „souhlasí“ s tím, co řekne lékař...“ uvedla Vladimíra Bošková, předsedkyně Občanského sdružení na ochranu pacientů, v rozhovoru pro účely této diplomové práce.

Podle Boškové jsou si zdravotníci ve vyspělých zemích tohoto rizika nerovnoměrného postavení vědomi, a proto vznikla Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Úkolem této Úmluvy je chránit pacienty. Podle ní musí lékaři seznámit pacienta se vším podstatným kolem léčby tak, aby se pacient dostal na vyšší úroveň znalostí a mohl se sám dobrovolně rozhodnout, co podstoupí či nikoli a jaké to pro něj bude mít důsledky. „Tuto Úmluvu, která se týká i dalších mezinárodních úmluv, podepsala i Česká republika. A aby to bylo kontrolovatelné, musejí se v nemocnicích zpracovávat informace

²⁵ MACH, J.: Medicína a právo. 1. vyd. Praha, C. H. Beck 2006, 80-7179-810-X, s. 13.

typu informovaný souhlas,“ dodala Vladimíra Bošková, předsedkyně Občanského sdružení na ochranu pacientů, v rozhovoru pro účely této diplomové práce.

Neboli komunikační bariéra mezi nemocným a lékařem je často způsobena faktem, že pacient lékaři, který používá odborné termíny, nerozumí. I pacient – laik ovšem dokáže své diagnóze porozumět, pokud si na něj lékař najde pár minut a dá si práci s vysvětlováním. „Čím přesněji je komunikace zaměřena na potřeby příjemce, tím pravděpodobnější je, že ho zaujme. Nesmí však být nadbíhavá a nesmí urážet jeho inteligenci. Příjemce musí být veden k tomu, aby si udělal závěry sám a nesmí cítit, že jsou mu závěry podsouvány.“²⁶

V naší praxi tedy často dochází k situaci, že pacient lékařské mluvě nerozumí, stydí se zeptat na další věci, které jej zajímají a v rozhovoru s lékařem u něj hraje stále hlavní roli přetrvávající pocit důvěry nebo naopak nedůvěry k lékaři. Dle mého názoru to chce jen čas, aby se postupně posílilo vědomí pacienta o tom, že je v podstatě klientem – zákazníkem zdravotnického zařízení a jako takový má nárok na rovnoprávné zacházení a individuální přístup.

4.3.4 Komunikace vedení nemocnice se zaměstnanci

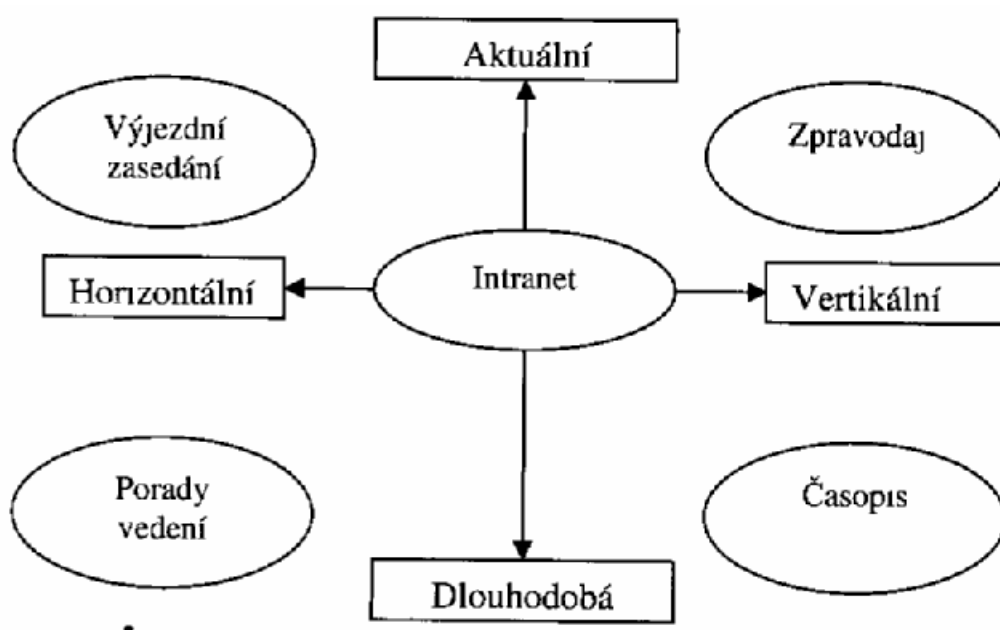
Interní komunikace nemocnice v rámci své organizační struktury směřuje k zaměstnancům na všech úrovních hierarchie. „Cílem interního marketingu je zajistit, aby tyto skupiny „koupily“ naše cíle a záměry, byly motivovány k jejich efektivnímu naplnění a podpoře, a to dlouhodobě – neboli s vysokou úrovní loajality.“²⁷ Platí pravidlo, že aby byla interní komunikace se zaměstnanci úspěšná, nesmí se odehrávat spontánně na chodbách nemocnic, ale musí mít jasná pravidla a nástroje. Musí být jasná, cílená, systematická, řízená a pravidelně vyhodnocovaná. Neboli je nutno si pravidelně ověřovat, že sdělené informace

²⁶ LESLY, P.: Public relations. 1. vyd. Brno 1995, ISBN 80-85865-15-7, s. 64.

²⁷ EXNER, L.- RAITER, T.- STEJSKALOVÁ, D.: Strategický marketing zdravotnických zařízení 1. vyd. Praha, Professional Publishing 2005, ISBN 80 – 86419 – 73 – 8, s. 90.

byly přijaty a správně pochopeny. Zároveň musí mít zaměstnanci prostor pro zodpovězení případných dotazů a vedení musí být otevřeno jejím novým podnětům a návrhům.

Interní komunikaci členíme podle toho, zda je horizontální (zaměřuje se na zaměstnance na stejné hierarchické úrovni) či vertikální (působí napříč celou organizací) a zda dochází ke komunikaci aktuálních či dlouhodobějších témat²⁸:



graf 4 Nástroje interní komunikace v organizaci

Na kvalitu a realizaci interní komunikace má dohlížet jedna odpovědná osoba. Ta plánuje a koordinuje tuto interní komunikaci v rámci daných pravidel a zároveň zpětně vyhodnocuje její efektivnost a iniciuje případné změny či vylepšení. Zde bych chtěla

²⁸ Tamtéž, s. 94.

zdůraznit fakt, že jasná a srozumitelná interní komunikace je nejlepším nástrojem pro ztotožnění se zaměstnanců s cíli organizace a zároveň zamezuje „chodbové diplomacii“ a vzniku fám, neboť zaměstnanci jsou pravidelně vedením informováni o aktuálních událostech v nemocnici a mají možnost se k těmto událostem vyjádřit.

4.4 Shrnutí

Nemocnice je v průběhu své existence v každodenní interakci s různými externími a interními skupinami. Pro zlepšování image nemocnice v očích veřejnosti je nutno mít jasně propracovaný plán strategické komunikace organizace. Tento plán je managementem definován v dlouhodobém horizontu, stanovuje identitu subjektu a je zaměřen na cílové externí skupiny příjemců komunikace, především na potenciální pacienty, sponzory a média. Je nutno průběžně hodnotit jeho efektivnost a případně jej upravovat. Vedle strategické komunikace v poslední době roste význam krizové komunikace, tj. situace, kdy nemocnice musí rychle a efektivně reagovat na vzniklou krizi, která se zdravotnického zařízení bezprostředně týká.

Interní komunikace v nemocnicích se odehrává jednak na úrovni lékař-pacient, jednak jako komunikace nemocnice se svými zaměstnanci. V českém zdravotnictví je stále patrná nedostatečně rozvinutá komunikace mezi lékaři a pacienty. Tento fakt je pozůstatkem z dřívější doby, kdy byl kladen velký důraz na kvalitu péče, ale pacient se nacházel v podřízeném postavení k lékaři a komunikace s ním byla velmi omezená. To bylo do značné míry dáno i dřívější absencí konkurence v této oblasti. Dnes je situace jiná a pacient začíná vystupovat mnohem aktivněji. Požaduje informace o svém stavu a možnostech léčby a lékaři jej musí začít brát jako rovnocenného partnera, který má právo na informace. Oproti Spojeným státům či západní Evropě, kde je komunikace lékaře s pacientem brána jako běžná součást jeho práce, máme ovšem stále co dohánět.

V rámci interní komunikace nemocnice se svými zaměstnanci je nutno především definovat jasné kanály, kterými bude tok informací probíhat, a průběžně vyhodnocovat jejich účinnost. Zdravotnická zařízení jsou specifická svojí velikostí a přesně stanovenou hierarchií, zaměstnanci zde pracují denně ve stresu a je zde koncentrováno značné množství

odborníků - individualit, kteří často sledují své mocenské zájmy. Kvalitně nastavená interní komunikace se zaměstnanci potom může zamezit „chodbové diplomacii“ a šíření fám, které by poškodily dobré jméno nemocnice v očích zaměstnanců i široké veřejnosti.

5 KOMUNIKACE VE VYBRANÝCH NEMOCNICÍCH – PRŮZKUM

Nejprve jsem definovala otázky na téma komunikace v nemocnicích. Ty jsem následně položila managementu vybraných čtyř pražských nemocnic. Konkrétně jsem do mého šetření zahrнула následující zdravotnická zařízení:

- Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského
- Fakultní Thomayerova nemocnice
- Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
- Všeobecná fakultní nemocnice

Otázky se v první části zaměřují na PR nemocnice, druhá část dotazníku je orientována na pacienty a přístup k nim, třetí část se týká služeb a komunikační strategie nemocnic. Tento dotazník je přiložen k práci viz Příloha č. 2. Pražské nemocnice jsem oslovila z toho důvodu, že se překvapivě v první desítce žebříčku nemocnic s nejlepší péčí umístila z pražských pouze méně známá Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Ta obsadila hned 1. místo. Výše zmíněný žebříček sestavila v listopadu 2006 společnost HealthCare Institute na základě hodnocení dvanácti tisíc hospitalizovaných pacientů. V první desítce se žádné jiné pražské nemocnice neobjevily, a to i přesto, že podle jiných provedených průzkumů poskytují špičkovou péči.

Na moje otázky odpovídali zástupci managementu nemocnic v průběhu února 2007. V polovině března tohoto roku odvolal ministr zdravotnictví Tomáš Julínek vedení dvou dotazovaných nemocnic a sice Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a Fakultní Thomayerovy nemocnice. Proto může nastat situace, že se v dlouhodobějším měřítku bude komunikační strategie těchto zdravotnických zařízení měnit dle představ nového managementu.

5.1 Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského

Na otázky odpovídal jménem nemocnice pan Jindřich Kysilko z oddělení grantových a prezentačních aktivit a výsledek lze shrnout do následujících bodů:

1. **Mediální vztahy:** Samostatná pozice tiskového mluvčího zde není definována. Prezenci nemocnice zajišťuje oddělení grantových a prezentačních aktivit. V oddělení pracují na plný úvazek dva zaměstnanci. Tiskové konference jako nástroj komunikace využívá nemocnice pouze v případě závažných témat. V roce 2006 to bylo v případě nepřehledné situace kolem plánovaného schválení zákona o neziskových zdravotnických zařízeních. Nemocnice mnohem častěji zasílá tiskové informace formou e-mailových zpráv na adresy novinářů a redakcí všech důležitých deníků. V roce 2006 vyšlo podle monitoringu více než 60 článků o činnosti nemocnice.

2. **Publikační činnost** lékařů sleduje oddělení grantových a prezentačních aktivit a všechny jejich příspěvky do odborných časopisů jsou zveřejňovány na webových stránkách nemocnice. Nemocnice také monitoruje pořady v TV a rozhlasu, a pokud v nich účinkují její lékaři nebo se týkají chodu nemocnice, jsou tyto příspěvky rovněž umístěny na nemocniční web.

3. **Nemocnice pořádá a organizuje** velké množství společenských akcí. Například u příležitosti zahájení provozu drahých přístrojů či zařízení – svěcení operačního stolu biskupem Herbstem, při slavnostním otevření nových oddělení atd. Pro pacienty je připraveno mnoho pravidelných akcí, zejména s duchovní tematikou. Na svátek sv. Mikuláše prochází nemocnicí Mikuláš s anděly, aby povzbudil pacienty a obdaroval je malým dárkem. Také na Den nemocných je připraven program – pokoji prochází duchovní (bratr Marek, biskup Karel Herbst), aby osobně požehnal nemocným a pomodlil se za jejich uzdravení. Všichni jsou svědky veškerých aktivit v kostele nemocnice. Pokud musí pacient ležet na lůžku, má k dispozici vždy sluchátka, v nichž je přenášén zvuk z kostela (tak může poslouchat mši svatou, koncerty nebo přednášky při setkání křesťanských zdravotníků).

4. **Management vytváří pracovní skupiny** k určitým tématům z osvědčených zaměstnanců – odborníků, v některých případech skupiny po zpracování tématu činnost

ukončí, jiná témata jsou však kontinuálně rozvíjena. K těm patří například zpracování tématu chirurgie střev a konečníku, kýlní program a v poslední době také paliativní péče.

5. **Vlastní periodika a informační letáky** nemocnice vydává proto, aby informovala občany o jednotlivých odborných poradnách – například interní nebo chirurgické a dále o dětském a dorostovém detoxikačním zařízení, službách oddělení rehabilitace nebo rentgenových odděleních. Pro komunikaci s veřejností využívá nemocnice hlavně internet.

6. **Informační telefonní linky** nemocnice nepoužívá.

7. **On-line diskuze a ankety** nemocnice neorganizuje.

8. **Reklama.** Formu inzerátu volí nemocnice tehdy, když chce informovat o odborných poradnách nebo o službách, které její oddělení nabízejí. Dále také zveřejňuje pozvánky na všechny akce konané nemocnicí (Den dětí, benefiční koncerty, setkání křesťanských zdravotníků...). Spoty o nemocnici je možné slyšet na radiu Akropolis, Proglas nebo Regina.

Komunikační strategie této nemocnice se vyznačuje tím, že komunikuje s médii a veřejností víceméně ad hoc, když je potřeba. Tzn. že nemá pravidelné tiskové konference ani samostatné místo tiskového mluvčího. Tiskové konference pořádá jen výjimečně, když chce informovat o závažných tématech. Informační tiskopisy či reklamu v médiích využívá pouze v případech, pokud chce informovat o významných akcích či událostech spjatých s její činností. Na druhou stranu nemocnice klade velký důraz na pořádání různých akcí pro pacienty a veřejnost. Svým napojením na církevní komunitu mají její akce často duchovní charakter a pro jejich propagaci široké veřejnosti využívá jak speciální informační tiskopisy, tak reklamu v médiích. Myslím si, že by se nemocnice měla zamyslet nad tím, zda by nebylo dobré klást větší důraz na dlouhodobou pravidelnou komunikaci s novináři, např. v podobě měsíčních tiskových konferencí, kde by nemocnice mohla propagovat i svoje speciální akce pro pacienty a veřejnost. Za velké pozitivum naopak považují právě tyto akce s duchovní tematikou, které nemocnice pořádá. Ty jsou mimořádně oblíbené a fakt, že se nemocnice aktivně angažuje v této oblasti, je jejími pacienty a příznivci velmi pozitivně přijímán.

5.2 Fakultní Thomayerova nemocnice

Na otázky odpovídala jménem nemocnice náměstkyně nemocnice Mgr. Dana Jurásková, MBA (vedení nemocnice bylo v polovině března 2007 odvoláno):

1. Mediální vztahy. Nemocnice má tiskovou mluvčí, její funkce je přímo podřízena řediteli. Marketingové oddělení nemocnice má tři zaměstnance. Tiskové konference se zde konají pravidelně jednou, dvakrát do měsíce, například na téma kolorektální karcinom, cestovní medicína nebo úrazy dětí.

2. Publikáční činnost svých zaměstnanců – lékařů nemocnice pravidelně sleduje.

3. Speciální akce. Nemocnice pořádá pro pacienty řadu speciálních akcí, které jsou obvykle spojeny s určitým ročním obdobím – Mikuláš, Vánoce, Velikonoce.

4. Pracovní skupiny. Vedení má k dispozici desítky pracovních skupin odborníků.

5. Vlastní periodika a informační letáky. Nemocnice v roce 2007 vydala první číslo časopisu, který se jmenuje – FT Novinky. Nový časopis by měl vycházet jednou měsíčně a informovat o aktuálním dění v nemocnici. Letáky a ostatní materiály vydává nemocnice pouze příležitostně.

6. Informační telefonní linky nemocnice nepoužívá.

7. On-line diskuze a ankety nemocnice nepoužívá. Ke komunikaci s veřejností ovšem velmi často využívá nemocniční web.

8. Reklama. Nemocnice nevyužívá ke své propagaci informační spoty.

Tato nemocnice je dle mého názoru příkladem klasické komunikační strategie. Působí zde samostatná tisková mluvčí podřízená přímo řediteli nemocnice, konají se zde pravidelně tiskové konference a speciální akce pro pacienty se pořádají u příležitosti nejrůznějších událostí jako je Mikuláš či Vánoce. To, že nemocnice vychází z klasického osvědčeného schématu, považuji za výhodu. Naopak nevím, zda bylo šťastným tahem rozhodnutí managementu vydávat nový nemocniční časopis. Jeho distribuce se v současné době omezuje na prostory nemocnice a zřejmě čas ukáže, zda toto rozhodnutí bylo správné. Já jsem v tomto ohledu skeptická, neboť v poslední době se ve velkých firmách více klade

důraz na přenos informací po internetu nebo intranetu. Hlavní výhodou elektronického přenosu dat je jeho rychlost a nižší náklady.

5.3 Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Na otázky odpovídal jménem nemocnice náměstek Mgr. Daniel Jirkovský (vedení nemocnice bylo v polovině března 2007 odvoláno):

1. Mediální vztahy: Nemocnice nemá tiskového mluvčího. Tato funkce je rozdělena mezi tři zaměstnance z managementu na 1,2 úvazku. Ti mají za úkol poskytování informací směrem k médiím i veřejnosti. Pravidelné tiskové konference nepořádá. Konají se ad hoc průměrně třikrát ročně, když chce management nemocnice veřejnosti něco zásadního sdělit. V roce 2006 se konaly tiskové konference například u příležitosti znovuotevření nemocniční kaple, nebo při příležitosti otevření nového pavilonu M. Nemocnice tímto způsobem informuje veřejnost také v případech nových způsobů léčby. Ostatní informace poskytuje nemocnice deníkům a časopisům obvykle na vyžádání. Seznam novinářů nemocnice průběžně aktualizuje.

2. Publikační činnost lékařů nemocnice sleduje nejen pro svoje potřeby, ale také pro 3. Lékařskou fakultu UK. Klinika pořádá řadu seminářů pro lékaře, ale také i pro laickou veřejnost. V roce 2006 jich bylo 61 a v rámci nich bylo vyškoleno 4 000 nelékařů.

3. Speciální akce. Společenské akce se pořádají při otvírání nových pracovišť, jako tomu bylo například v poslední době při otevření pavilonu S1 a M, nebo při znovuotevření nemocniční kaple po 50 letech. Další velkou událostí bude pro nemocnici 105. výročí založení nemocnice. U příležitosti této akce se má v listopadu 2007 konat Konference vinohradského ošetrovatelství. Dny otevřených dveří v nemocnici jsou obvykle spojeny s nábohem nových zaměstnanců. Nemocnice dále umožňuje exkurze zdravotnickým školám na specializovaná pracoviště – Klinikou popálenin nebo Klinikou plastické chirurgie. Pro dětské pacienty se zde konají desítky akcí – například na Vánoce, Nový rok nebo na Velikonoce. Děti také navštěvuje nemocniční klaun. V léčebně pro dlouhodobě nemocné se zase její přednosta převléká v prosinci za Mikuláše. Tyto programy si jednotlivé kliniky organizují samy.

4. Pracovní skupiny. Vedení nemocnice má k dispozici řadu poradních skupin. Některé fungují krátkodobě, jiné dlouhodobě. V nemocnici je například Etická komise, Centrum pro řízení kvality péče, atd.

5. Vlastní periodika a informační letáky. Nemocnice nemá momentálně časopis, její poslední Zpravodaj vyšel v roce 2005. Jeho funkci nahradil nemocniční web, který je co se týče rychlosti aktualizace zpráv i nákladů na jeho údržbu výhodnějším komunikačním nástrojem než Zpravodaj. Nemocnice také využívá informační panely, které pacienti v čekárnách informují o nejnovějších trendech ve zdravotnictví. Ty jsou ovšem proloženy reklamou na zdravotnické pomůcky či léky. Nemocnice vydává řadu informačních letáků vysvětlujících například etický kodex nebo práva pacientů.

6. Informační telefonní linky. V nemocnici je jedna informační telefonní linka. Umístěna je na recepci a lidé zde mohou zjistit, na kterém oddělení je jejich příbuzný hospitalizován.

7. On-line diskuse a ankety nemocnice nepořádá. Své dotazy mohou zájemci zaslat konkrétnímu odborníkovi přes nemocniční web.

8. Reklama. V roce 2006 vznikl film, který propaguje Traumacentrum Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

Nemocnice Na Vinohradech opět nemá samostatnou funkci tiskového mluvčího ani pravidelné tiskové konference či setkání s novináři. To, že nepořádá pravidelné tiskové konference, vidím jako nevýhodu, neboť nemocnice má celou řadu společenských akcí či aktivit, jejichž dlouhodobá propagace by nemocnici v očích veřejnosti pozitivně zviditelnila. Například je nemocnice celosvětově známá svým špičkovým centrem na léčbu popálenin, kde pravidelně pořádá exkurze a při nich vysvětluje chod oddělení široké veřejnosti. Tyto události ale nejsou dostatečně prezentovány v médiích, což je dle mého názoru škoda. Pravidelné řekněme měsíční tiskové konference či setkání s novináři mohou sloužit nemocnici nejen jako příležitost prezentovat svoji činnost veřejnosti, ale i jako zdroj informací o tom, co momentálně média (resp. českou veřejnost) zajímá a o čem by chtěla být ze strany nemocnice informována. Jako pozitivní skutečnost hodnotím fakt, že oproti Thomayerově nemocnici organizace dle mého názoru správně upustila od klasického tištěného nemocničního časopisu a spoléhá na internetový web.

5.4 Všeobecná fakultní nemocnice

Na otázky odpovídala jménem nemocnice asistentka ředitele: Bc. Petra Pekařová:

1. **Mediální vztahy.** Všeobecná fakultní nemocnice (VFN) spolupracuje při organizování PR aktivit s 1. lékařskou fakultou UK. Tisková prohlášení a vyjádření poskytuje či zprostředkuje médiím asistentka ředitele VFN. Tiskové konference pořádá nemocnice u příležitosti významných událostí: chce-li nemocnice představit novinky v oblasti léčby, vědy a výzkumu, či v případech, kdy se zlepší v nemocnici prostředí pro pacienty – například otevření zrekonstruovaných oddělení nebo představení nových pracovišť. Tiskové konference nebo setkání s novináři (ta jsou méně formální než tiskové konference) pořádá nemocnice jednou za čtrnáct dní.

2. **Publikační činnost.** Lékaři Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty UK ze všech klinik a ústavů připravují vlastní publikace, případně se spolupodílí na dílech většího rozsahu. Za uplynulý rok nemocnice zaznamenala téměř 1400 zmínek o její činnosti v médiích.

3. **Speciální akce.** V rámci VFN jsou připravovány různé sportovní a kulturní akce, některé z nich jsou společné jak pro zaměstnance nemocnice a 1. LF UK, tak i pro veřejnost. Mezi ně patří koncerty, různá společenská setkání přednostů, primářů, sester, výstavy v Akademickém klubu – například obrázků dětských pacientů. Nemocnice organizuje také Dny otevřených dveří – nedávno proběhl Den otevřených dveří u příležitosti prezentace výsledku projektu „Zahrada“ chráněné dílny a integračního centra Praha. Pro pacienty je připravována řada akcí – pro děti například setkání s nemocničními klauny, nebo Dětský den v Kateřinské zahradě.

4. **Vytváření pracovních skupin.** Management jich má celou řadu - například Etickou komisi, Radu jakosti, Komisi pro odškodňování úrazů a nemocí z povolání, Transfúzní komisi VFN, Lékovou komisi

5. **Vlastní periodika a publikace.** Pro svoji prezentaci má nemocnice časopis s názvem Nemocnice, který vychází v nákladu 5000 kusů a je distribuován na více jak 300

míst (Parlament ČR, Senát ČR, nemocnice ČR a SR, zdravotní pojišťovny, novináři a také na všechna pracoviště v rámci VFN). V časopise jsou představovány aktuality z VFN, uveřejňovány profily jednotlivých klinik a ústavů. Nemocnice každoročně připravuje také bulletin, informační brožurky a mapky. Další informace jsou k dispozici na webu nemocnice.

6. Informační telefonní linky nemocnice nevyužívá.

7. On-line diskuse a ankety. Nemocnice se účastní projektu Škola zdraví. To je společný projekt Zdravotní pojišťovny Metal-Alliance, VFN, 1. lékařské fakulty UK a zdravotního portálu pro laickou veřejnost www.ordinace.cz. Cílem projektu Škola zdraví je prevence důležitých zdravotních problémů a poskytování přehledných informací a rad, jak se bránit nemoci.

8. Reklama. Inzeráty, televizní či rozhlasové spoty VFN nevyužívá.

Všeobecná fakultní nemocnice sice nemá pravidelné tiskové konference, ale jelikož je pořádá v průměru každé dva týdny u příležitosti nejrůznějších událostí, domnívám se, že princip pravidelné komunikace face to face s médii je tím naplněn. Jako pozitivní dále vidím fakt, že nemocnice má řadu společenských akcí, a jelikož se jedná o fakultní nemocnici, provozuje také velmi rozsáhlou publikační a přednáškovou činnost. Vydává vlastní tištěný časopis, což je trend, od kterého se v poslední době spíše ustupuje. Protože se ale jeho distribuce neomezuje pouze na nemocnici, ale je dodáván i médiím a do řady jiných organizací, které jsou s činností nemocnice nějakým způsobem spjaty (zdravotní pojišťovny, poslanecká sněmovna ...), považuji jeho vydávání za více efektivní než v případě Fakultní Thomayerovy nemocnice. Spolu s časopisem organizace vydává řadu informačních letáků a tištěnou prezentaci doplňuje dalšími informacemi na internetových stránkách.

5.5 Shrnutí

Pokud porovnáím výsledky šetření, je vidět, že každá nemocnice uplatňuje trochu odlišný přístup ke komunikaci s veřejností a pacienty. Větší nemocnice mají zřízenou pozici samostatného tiskového mluvčího, v jiných tato funkce neexistuje a komunikaci s veřejností a médii zajišťuje někdo jiný spolu se svými dalšími povinnostmi.

Je bezesporu zajímavé, že Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského se umístila v hodnocení na prvním místě v rámci celé republiky. Přitom když se zaměřím na to, jak vypadá její komunikační strategie, tato nemocnice nemá pozici tiskového mluvčího ani nepořádá pravidelné tiskové konference. Na druhou stranu je úzce spjata s křesťanskou komunitou, má celou řadu vedlejších akcí s církevní tematikou pro pacienty i širokou veřejnost, o kterých pravidelně informuje prostřednictvím letáků či médií.

Doporučila bych nemocnicím se více zaměřit na pravidelné tiskové konference a nebát se investovat do svých internetových a intranetových stránek. Tato setkání s novináři jim nejen pomohou prezentovat svoji činnost a speciální akce, které organizuje, ale zároveň tak můžou čerpat cenné informace o tom, co veřejnost zajímá a o čem by se ráda více dozvěděla. Další šanci na zlepšení vidím v oblasti elektronické komunikace. Česká veřejnost se již běžně naučila získávat potřebné informace přes internet, jehož výhodou je především rychlost a nízké náklady na údržbu. V rámci vnitropodnikové komunikace pak považuji za efektivní intranet resp. elektronickou poštu.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 SOUČASNÁ SITUACE V ČESKÉM ZDRAVOTNICTVÍ

6.1 Spokojenost veřejnosti se stavem zdravotnických služeb

Stav českého zdravotnictví je častým námětem politických diskusí a tématem sdělovacích prostředků. Odborníci a politici hovoří o rozsáhlých reformách, které je třeba provést, o problému zadluženosti nemocnic či politice zdravotních pojišťoven. Veřejnost se denně s některým z těchto témat setkává v médiích a tato oblast je pro každého občana zásadní. Zdraví a péče o něj je totiž základní lidskou potřebou, a proto společnost reaguje na problémy ve zdravotnictví velmi citlivě. Jde o téma, které se týká každého z nás. Se zdravotním systémem v ČR je v současné době spokojeno 32 % občanů, naproti tomu 29 % s ním spokojeno není. Vyplývá to z průzkumu Centra pro výzkum veřejného mínění (CVVM), který 24. ledna 2007 zveřejnila ČTK. Neutrální názor na zdravotní systém má 37 % oslovených občanů.

Ve srovnání s rokem 2005, kdy byl podíl spokojených a nespokojených občanů přibližně stejný, nyní mírně převažují občané, kteří jsou se zdravotním systémem spokojeni. Vyšší procento nespokojených je hlavně mezi občany staršími 60 let. Výraznější změny v kvalitě zdravotní péče nezaznamenala v loňském roce nadpoloviční většina dotázaných (51%). Podle 28 % nastaly změny k horšímu a pouze 17 % občanů se naopak domnívá, že zdravotní péče se za poslední rok zlepšila. 58 % respondentů se však naproti tomu domnívá, že v kvalitě poskytované zdravotní péče jsou pouze malé nebo žádné problémy.

	velmi			
	velké	velké	malé	žádné
Kvalita poskytované zdravotní péče	6	30	51	7
Financování veřejného zdravotnictví	32	45	11	1
Vztah pacientů s lékaři	4	19	53	17
Dostupnost zdravotní péče	5	25	50	16
Hospodaření v oblasti léků	23	40	20	2
Objem služeb poskytovaných zdravotnictvím	8	29	38	6
Fungování zdravotních pojišťoven	22	36	19	3

tabulka 1 Jsou nebo nejsou problémy v těchto oblastech zdravotnictví ?

Pozn. - Dopočet do 100 procent tvoří odpovědi "nevím" Zdroj: průzkum Centra pro výzkum veřejného mínění (CVVM), který 24. ledna 2007 zveřejnila ČTK

6.2 Definice zdravotnické služby a úskalí její reklamace

Základní principy vztahu mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče jsou v zásadě stejné jako u jakéhokoliv jiného poskytovatele služeb. Produktem je v tomto případě zdravotní péče, oproti běžným službám poskytovaným jinými podnikatelskými subjekty se ale pacient ocitá v nevýhodné situaci. Zatímco kvalitu provedení ostatních služeb umíme velmi rychle posoudit, např. dokážeme okamžitě zjistit, zda byl kabát v čistírně dobře vyčištěný či okna kvalitně umytá, u zdravotnických služeb se ocitáme v nevýhodě. Pacient neumí kvalifikovaně posoudit, zda v jeho případě lékaři zvolili opravdu tu nejlepší variantu, použili nejvhodnější medikamenty, byl-li léčebný postup proveden kvalitně. Nemá informace o tom, zda by v jiném zdravotnickém zařízení dostal kvalitnější službu či zda by tam postupovali lépe. Je to dáno vysokou odborností zdravotní péče. Nemocný se potom při interakci s poskytovatelem služeb ocitá ve velké informační nevýhodě.

Pacienti navíc obvykle ani nemají přesné informace o tom, na co vše mají nárok. Ministerstvo zdravotnictví do dnešní doby nestanovilo žádné jasné standardy zdravotní péče. „Pacientovi se v případě stížnosti vůči zdravotnickému zařízení strašně těžko argumentuje, protože nezná veškeré ty finesy. Je to princip reklamace jakoby ve službách, který známe, ale tam je to jednoduché. Když nám někdo špatně slepí botu a ona se rozlepi, tak víme, že tam dal špatné lepidlo nebo že špatně provedl práci,“²⁹ uvedl Tomáš Julínek, ministr zdravotnictví.

V případě, že se pacient domnívá, že mu nebyla poskytnuta náležitá lékařská péče, může podle zákona č. 48/1997 Sb. o zdravotním pojištění v platném znění (§ 11 odst. 2.) věc řešit stížností. „V takovém případě může:

- a) podat návrh na přezkoumání vedoucímu zdravotnického zařízení nebo jeho zřizovateli,
- b) obrátit se na Českou lékařskou komoru, Českou stomatologickou komoru nebo Českou lékárnickou komoru, týkají-li se nedostatky odborného nebo etického postupu lékaře nebo lékárníka, anebo na jinou profesní organizaci, pokud byla zřízena, týkají-li se uvedené nedostatky jiného zdravotnického pracovníka
- c) obrátit se na zdravotní pojišťovnu, jejímž je pojištěncem, zejména odmítne-li zdravotnický pracovník provést zdravotní výkon spadající do hrazené péče,
- d) obrátit se na příslušný orgán státní správy, který provedl registraci zdravotnického zařízení podle zvláštního zákona.“³⁰

V případě škody způsobené výkonem lékařského povolání dochází ke vzniku škody podle občanského zákoníku, a to dle obecného ustanovení § 420. Je třeba podotknout, že se jedná o odpovědnost konání, nikoliv za výsledek. Lékař je povinen především postupovat lege artis, tedy v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy. Podmínkou vzniku odpovědnosti za škodu jsou: protiprávní jednání, vznik samotné škody, příčinná souvislost (kauzální nexus) mezi protiprávním jednáním a vznikem škody a zavinění. Speciální ustanovení týkající se lékařského povolání je § 421a, kdy jde o

²⁹ Diskuze v Otázkách Václava Moravce vysílaná na programu ČT1 dne 14. února 2007

³⁰ citace ze zákona č. 48/1997 Sb. o zdravotním pojištění v platném znění (§ 11 odst. 2.)

vznik škody způsobený okolnostmi, které mají původ v povaze přístroje nebo věci, jež bylo při zákroku použito. Zde se jedná o objektivní odpovědnost, kde se zavinění nevyžaduje.

Dokázat, že lékař nepostupoval *lege artis*, je pro pacienta často náročné. Jak již bylo zmíněno, je velmi znevýhodněn tím, že je laik, nedokáže odhadnout, zda zvolený způsob léčby byl ten nejlepší a navíc někdy ani o možnosti stížnosti neví. Pokud se již pro stížnost rozhodne, je nejlépe si přivolat na pomoc nestranného odborníka, který dokáže případ kvalifikovaně vyhodnotit a v případném soudním řízení potom využít znaleckého posudku.

V západních zemích je přístup poněkud odlišný, lékař sám musí v případě stížnosti soudu prokázat, že pacienta správně informoval. Proto lékaři vyplňují s pacientem podrobné formuláře a vyžadují si jeho souhlas vždy před každým dílčím rizikovějším úkonem. Zároveň si lékař vede přesnou evidenci o tom, jaké informace pacientovi poskytl. Pacient potom stvrdí, že byl jasně informován svým podpisem pod následující větou, která je na konci zmíněného formuláře: „Tyto uvedené informace mi lékař sdělil, rozuměl jsem jim a s uvedeným zaškrtnutým výkonem jsem souhlasil.“

I přes to, že u nás je situace jiná a pacient stále často nemá jasnou představu o svých právech, stížností českých pacientů na lékaře přibývá. V roce 2005 jich Česká lékařská komora (ČLK) přijala téměř 2000, což je skoro dvojnásobek ročního průměru předchozích let. Podle názoru předsedkyně revizní komise ČLK Jany Vedralové je to tím, že v podvědomí lidí o lékařích se pomalu ale jistě mění. Nepovažují je za neomylné, jako tomu bylo dříve, navíc za vyřízení stížností a odborné posudky komora nepožaduje žádný poplatek. Většina stížností se potom týká chyb v komunikaci mezi lékaři a nemocnými či jeho rodinou, nikoli odborných pochybení. Komora dohlíží nad výkonem 40 000 lékařů, kteří jsou povinně jejími členy. V letech 2000 až 2003 udělila ČLK 40 důtek, 18 pokut, tři lékaře vyloučila podmíněně a dva vyloučila.

6.3 Konkurenční prostředí v oblasti zdravotnických služeb

Konkurenční prostředí mezi českými poskytovateli zdravotní péče zatím příliš nefunguje a to přesto, že u nás již delší dobu existuje právo na svobodnou léčbu lékaře. Pacienti však nemají jasná kritéria, podle kterých by se měli při výběru zdravotnických

služeb orientovat. Do nemocnice jsou nejčastěji přijati podle místa bydliště – neboli pokud bydlí v tzv. rajonu nemocnice. Dále na základě doporučení svého praktického lékaře, ze známosti, pokud mají lékaře v rodině či je jejich známým anebo jestliže mají oni či jiný člen rodiny s konkrétním zdravotnickým zařízením pozitivní zkušenosti z minula.

Jistou konkurencí jsou nemocnicím soukromé kliniky a zařízení, která se ovšem zaměřují jen na některé specifické produkty (plastická chirurgie, oční kliniky apod.) nebo konkurují zdravotnickým zařízením vyšší kvalitou poskytovaných služeb. Tyto soukromé kliniky jsou ale dostupné jen movitějším klientům, a proto je normální pacient často automaticky hospitalizován podle místa bydliště a on sám ani nepřemýšlí o jiné variantě.

Pravdou je, že se tato pasivní role pacienta pomalu mění s tím, jak rostou jeho nároky na kvalitní péči a dostatečnou informovanost a někteří pacienti si začínají vybírat. Zkušenosti s tím má například třiatřicetiletý Martin z Prahy. V poslední době pobýval dvakrát v nemocnici v Kladně a jednou využil služeb pražské nemocnice. Poprvé se do kladenské nemocnice dostal nedobrovolně po autonehodě, podruhé sem šel z vlastního rozhodnutí na operaci žlučníku. „I v Praze byl přístup zcela profesionální, ale někdy až příliš. Zdravotní sestry tam mají pacientů tolik, že nestíhají prohodit pár slov nad rámec své práce,“³¹ uvedl Martin. V kladenské nemocnici podle něj pracují stejní profesionálové jako v Praze, ale s lidštějším přístupem. „Prostředí je klidnější. Nechci tím říci, že bych byl v nemocnici rád, ale když je to nutné, je fajn, když se člověk cítí alespoň psychicky dobře,“ dále uvedl. On dává osobně přednost středně velkým nemocnicím. Ty pražské jsou pro něj až příliš rozsáhlé, malé městské nemocnice v něm zase nevzbuzují důvěru.

Odborníci očekávají, že samotný boj o klienty brzy začne i u nás. A právě schopnost komunikovat bude tím pomyslným jazýčkem na vahách při rozhodování pacientů, kde se nechají ošetřit. „Medicínská profesionalizace nešla ruku v ruce s profesionalizací vztahu zdravotník – pacient. Teprve v současnosti se ukazuje, že tento faktor – tedy zcela korektní vztah k pacientům – bude hrát velmi důležitou úlohu v další soutěži o klienty na medicínském trhu, mohu-li to tak nazvat. Proto i tento problém v „osvícených“

³¹ Autor publikuje pod zkratkou ZRUČ: Žije v Praze, ale na operaci chtěl do Kladna článek publikovaný v MF DNES dne 15. 3 2007.

zdravotnických zařízeních stále intenzivněji řeší,³² konstatuje Vladimír Dbalý, ředitel Nemocnice Na Homolce

6.4 Segmentace klientů zdravotnických zařízení

Okruh klientů – pacientů nemocnic je do značné míry tedy dán teritoriálně. Navíc je legislativně upraveno, že zdravotnické zařízení může pacienta odmítnout jen tehdy, pokud není bezprostředně ohrožen na životě. A to navíc jen v případě, že žádá ošetření v nemocnici mimo svoji „spádovou oblast“ a ta pro něj momentálně nemá volné lůžko. V případě stížností musí nemocnice nedostatečnou kapacitu prokázat.

Klasická marketingová segmentační hlediska – jako územní hledisko, demografické hledisko nebo věk pacienta se proto v případě zdravotnických zařízení a získávání klientů u nemocnic nedají v praxi uplatnit.

Ve skutečnosti se klienti zdravotnických zařízení nejčastěji dělí na skupiny podle způsobu platby:

1. na pojištěnce (do této kategorie spadá většina klientů nemocnic). Úhradu za poskytnutou péči v nemocnici za ně hradí příslušná zdravotní pojišťovna.
2. na pacienty, jejichž část služby je proplacena ze zdravotnického pojištění a zbytek si platí hotově (například úhradu za nadstandardní pokoj, vlastní jídelníček)
3. pacienty hradící celou částku v hotovosti. Požadují nadstandardní služby a péči a jsou za ni ochotni zaplatit.

Platící pacienti se dále dělí na tyto podskupiny:

- pacienti, za něž výhody ve zdravotnictví hradí firmy,

³² VAŠEK, P.: Rozhovor s řediteli vybraných nemocnic zveřejněný ve speciální příloze Hospodářských novin IN journal dne 15. března 2007.

- pacienti, kteří si tyto výhody „platí ze svého“,
- cizinci, kteří jsou pojištěni komerčně,
- cizinci, kteří nemají pojistku a platí ošetření v hotovosti.

6.5 Praktický příklad segmentace pacientů v nemocnici Na Homolce

Pražská nemocnice Na Homolce patří mezi první v republice, která si začala své klienty vybírat, respektive se specializovat na to, jaké cílové skupiny pacientů bude ošetřovat. Je přitom jednou ze dvou českých nemocnic, která získala mezinárodní akreditaci JCI.

Tato nemocnice je podle odborníků i laické veřejnosti považována za jednu z nejlepších v České republice. Toto konstatování potvrdila v roce 2006 vítězstvím v soutěži mezi nemocnicemi „ČESKÝCH 100 NEJLEPŠÍCH“. Homolka získala první místo v nové oborové kategorii „Vzdělávání zdraví a lidskost“. „Velmi si ocenění vážíme a je to pro nás samozřejmě také závazek do další práce,“ uvedl MUDr. Vladimír Dbalý, ředitel nemocnice. Podle něj se nemocnice umístila na první příčce mimo jiné i proto, že mají úzce stanovený okruh pacientů, kterým se věnují. Podle internetových stránek nemocnice jsem definovala tyto tři kategorie³³:

6.5.1 Rozdělení pacientů podle specializace

a) Neurologicko-neurochirurgický program:

je dominantní klinický program nemocnice, v němž spolupracují týmy lékařů tří samostatných pracovišť a nabízejí pacientům z celé ČR komplexní diagnostiku a léčbu jak

³³ Informace získané na internetové stránce nemocnice www.homolka.cz.

konzervativní, tak především chirurgickou s následnou rehabilitací u onemocnění a poranění centrálního a periferního nervového systému zejména mozku a míchy.

b) Kardiovaskulární program:

nabízí komplexní spektrum diagnostiky, konzervativní a chirurgické léčby i následné rehabilitace nemocným s cévními a srdečními chorobami z celé České republiky.

c) Program všeobecné léčebné péče:

nabízí nemocným z Prahy a okolí širokou škálu diagnostických a léčebných postupů pro onemocnění z oblasti interního lékařství a všeobecné chirurgie.

6.5.2 Rozdělení pacientů podle jejich požadavků na nadstandardní péči

Během standardní hospitalizace lze využít za poplatek nadstandardních služeb. Patří sem:

- a) Ubytování na nadstandardním pokoji - pacientům nemocnice nabízí za poplatek možnost soukromí v nadstandardním pokoji. Ten může být jednolůžkový, nebo dvojlůžkový.
- b) Celodenní výběrové menu - strava v rozsahu tří hlavních jídel, svačiny a druhé večeře se hradí denní paušálním poplatkem, který je uveden v ceníku nadstandardních služeb Nemocnice Na Homolce. Pokud nemá pacient zájem o výběrové menu, pak je pro něj připravena standardní celodenní nemocniční strava hrazená příslušnou zdravotní pojišťovnou.

6.5.3 Rozdělení pacientů – cizinců, podle způsobu vlastnictví zdravotní pojistky

Pacienti s cizí příslušností jsou v Nemocnici Na Homolce rozděleni podle druhu pojistky – do těchto tří skupin:

- a) pacienti s českým pojištěním

- b) pacienti s kartou evropského pojištěnce - pro tyto dvě skupiny pacientů ze zahraničí jsou v Nemocnici Na Homolce připraveny za denní poplatek 525 korun tyto služby (údaje z nemocničního webu k 1. březnu 2007):
- recepční s jazykovými znalostmi
 - organizační servis – minimalizace ztrát a efektivní využití času v nemocnici
 - služby po telefonu – odpovídání na dotazy, poradenství
 - poradenský servis o péči v jiném zdravotnickém zařízení, při zjišťování regeneračních a ozdravných pobytů
 - v případě hospitalizace denně návštěva na pokoji, zajišťování drobných potřeb
 - doprovod na oddělení podle potřeby
 - zajištění taxi služby
 - rezervace hotelu pro rodinu
- c) pacienti bez karty evropského pojištěnce - sem patří pacienti ze zahraničí, kteří nejsou pojištěni a chtějí být v nemocnici Na Homolce hospitalizováni. Poskytované služby jsou prakticky stejné jako v případě pacientů s kartou pojištěnce. Pacienti ovšem před vyšetřením v nemocnici zaplatí v recepci komerčních služeb zálohu (obvykle v rozmezí 500 – 2500 korun podle typu vyšetření).

6.6 Specifické komunikační nástroje ve zdravotnictví

Komunikační trendy ve zdravotnictví se snaží systémově zlepšovat ministerstvo zdravotnictví i samotné managementy nemocnic. V roce 2006 se začalo ve zdravotnictví uplatňovat hned několik nových komunikačních nástrojů. Ty mají pomoci jednak lékařům při jejich práci a zároveň usnadnit pacientům jejich orientaci v otázkách zdraví. Patří mezi ně:

- informovaný souhlas,
- žebříčky nemocnic,
- objednávání po internetu,
- internetové zdravotní knížky,
- opakované a elektronické recepty,
- bezpečnostní náramky, čipy a prsteny
- ombudsmani a
- příručky pro pacienty.

6.6.1 Informovaný souhlas

V některých českých nemocnicích začali pacienti již v roce 2006 před každým závažnějším léčebným zákrokem podepisovat tzv. informovaný souhlas pacienta. Jeho příklad jsem přiložila k této práci - viz Příloha č. 3. Za jeho aplikaci v českém zdravotnictví se velmi zasazoval dřívější ministr zdravotnictví David Rath. Současné vedení ministerstva jeho povinné zavedení ve všech zdravotnických zařízeních posunulo z důvodu, aby nejprve vyhodnotilo dopad jeho zavedení na chod zdravotnických zařízení. „Například i odběr krve by mohl být provázen podepisováním několikastránkových traktátů. Lékaři by tak více podepisovali, než léčili,“ uvedl důvod odsunutí platnosti mluvčí ministerstva zdravotnictví pro ČTK. Současný ministr zdravotnictví Tomáš Julínek jeho rozšíření na všechny nemocnice ujednotil Vyhláškou o zdravotnické dokumentaci. Ta je platná od 1. dubna 2007 v podstatě znamená, že by pacient měl před každým závažnějším zákrokem stvrdit svůj souhlas podpisem. Od jeho zavedení si ministerstvo slibuje lepší komunikaci lékařů s pacienty a také lepší „krytí“ nemocnice v případných soudních sporech s pacienty.

V praxi by měl informovaný souhlas být použit tehdy, pokud se pacientovi bude do těla „zavádět jehla“ nebo „nějaký přístroj“ a hrozí nějaké komplikace. Informovaný souhlas tak bude potřeba například při endoskopických vyšetřeních žaludku či střev, lumbální punkci nebo vyšetření artroskopem. Lékaři budou muset pacientovi dát písemnou informaci o zákroku. Dále mu ústně vysvětlí postup léčby, možná rizika zákroku, léčebný režim a prevenci. Nemocný pak podpisem vyjádří svůj souhlas s navrhovaným postupem. U

plánovaných výkonů dostane pacient dokumenty předem, doma si je přečte a může se poradit se svým praktickým lékařem. V nemocnici se pak může zeptat na konkrétní body, které mu nejsou jasné. Pokud by nastaly při operaci komplikace, informovaný souhlas je důkazem, že pacient o nich byl předem poučen. Poté bude předmětem vyšetřování „pouze“ skutečnost, zda lékař provedl výkon správně, nebo pochybil.

Přednosta hematologické kliniky Fakultní nemocnice Brno a předseda České onkologické společnosti profesor Jiří Vorlíček k tomu 1. srpna 2006 pro ČTK řekl, že informovaný souhlas u nich v nemocnici pacienti podepisují už delší dobu. Někteří to berou jako formalitu, jiným se musí mnohé do podrobností vysvětlovat, což je podle Vorlíčka správné.

6.6.2 Žebříčky nemocnic

Žebříčky nemocnic jsou novým typem komunikace s pacienty, který jim má pomoci zorientovat se v nabídce nemocnic a následně se rozhodnout, ve které chtějí být hospitalizováni či ošetřeni. V roce 2006 sestavilo ministerstvo zdravotnictví celkem tři žebříčky hodnocení nemocnic. Ty sledovaly následující hodnoty:

- úmrtnost,
- rozsah péče a kvalitu léčby,
- vybavení nemocnic.

Zahrnutá veličina sledující úmrtnost v nemocnicích se hned po zveřejnění prvního žebříčku – viz následující tabulka³⁴ setkala s velkou kritikou ze strany nemocnic:

Nemocnice	Umístění
Ústav péče o matku a dítě	1,43

³⁴ ČTK: Žebříček hodnocení kvality 16 nemocnic, které řídí ministerstvo publikovaný ČTK dne 23.1.2006.

Fakultní nemocnice u sv. Anny	1,67
Všeobecná fakultní nemocnice	1,89
Fakultní Thomayerova nemocnice	1,89
Fakultní nemocnice Motol	1,89
Nemocnice Na Homolce	1,89
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	1,89
Fakultní nemocnice Plzeň	1,89
Fakultní nemocnice Bulovka	2,00
Fakultní nemocnice Brno	2,22
Masarykův onkologický ústav Brno	2,22
IKEM	2,33
Fakultní nemocnice Hradec Králové	2,33
Fakultní nemocnice Olomouc	2,33
Fakultní nemocnice Ostrava	2,44
Úrazová nemocnice Brno	2,56

tabulka 2: Žebříček hodnocení kvality 16 nemocnic, které řídí ministerstvo (pořadí nemocnic podle dosažených výsledků).

Pozn. Průměr vyhodnocených ukazatelů je 2. Nemocnice, které dosáhly vyšší hodnoty, mají výsledky horší.

Velkou nespokojenost se zveřejněním těchto údajů a jejich porovnání mezi nemocnicemi projevilo např. vedení pražského Institutu klinické a experimentální medicíny

(IKEM). „Data mají jistou výpovědní hodnotu, ale absolutně nejsou srovnatelná,“³⁵ uvedl ředitel IKEM Rudolf Poledne v reakci na tuto statistiku. Nejlepší známku získal Ústav péče o matku a dítě. Novorozenecká úmrtnost je přitom v České republice téměř nejnižší na světě (z hlediska hodnocení, kdy úmrtnost je důležitým parametrem, skončila porodnice na prvním místě) „Naproti tomu brněnská Úrazová nemocnice, která skončila na posledním místě žebříčku, přijímá polomrtvé lidi s mnohačetným poraněním. Když dostávají takové pacienty, nemohou být z hlediska úmrtnosti na tom nikdy dobře,“³⁶ dodal Rudolf Poledne. Ministerstvo zdravotnictví na tuto kritiku zareagovalo a v srpnu 2006 zveřejnilo druhý upravený žebříček kvality léčby státem řízených nemocnic. V něm pro zajímavost IKEM skončil na druhém místě.

Třetí žebříček kvality léčby státem řízených nemocnic, který v roce 2006 připravilo ministerstvo zdravotnictví, už zveřejněn ani nebyl. Současný ministr zdravotnictví Tomáš Julínek dal jejich další zveřejňování pozastavit a zatím je nehodlá představovat veřejnosti. „Žebříčky jsou matoucí a směšují jablka s hruškami. Spíš než porovnávat nemocnice má smysl porovnávat jednotlivé nemocniční obory,“³⁷ vysvětlil mluvčí ministerstva Tomáš Cíkr.

Komunikací na úrovni lékař – pacient se v listopadu 2006 zabývalo jiné hodnocení nemocnic viz následující tabulka³⁸:

³⁵ ČTK: Ředitel IKEM: Žebříček nemocnic srovnává nesrovnatelné článek publikovaný ČTK dne 24.1.2006

³⁶ Tamtéž.

³⁷ VAŠEK, P.: Julínek žebříček nemocnic zatím nezveřejní, chce ho prověřit, článek otištěný v Hospodářských novinách dne 6. 10. 2006.

³⁸ HealthCare Institute: Žebříček nemocnic ČR 2006 očima pacientů zveřejněný na internetové stránce www.hc-institute.org

Nemocnice	Umístění
Nemocnice Milosrdných sester sv. K. Boromejského	1.
Městská nemocnice Čáslav	2.
Nemocnice Městec Králové	3.
Nemocnice Podlesí a.s.	4.
Domažlická nemocnice a.s.	5.
Institut klinické a experimentální medicíny	6.
Karvinská hornická nemocnice a.s.	7.
Nemocnice Havlíčkův Brod p.o.	8.
Nemocnice Litomyšl	9.
Nemocnice Kadaň s.r.o.	10.

tabulka 3: Žebříček nemocnic ČR 2006 očima pacientů – výsledky hodnocení za Českou republiku

K jeho sestavení přispělo dvanáct tisíc pacientů českých nemocnic svými zkušenostmi a postřehy a zveřejnila jej nezisková organizace HealthCare Institute. „Náš žebříček nemocnic byl vytvořen na základě spokojenosti pacienta, tak, jakým způsobem vnímá pacient danou nemocnici, kterou navštěvuje a se kterou má určitou zkušenost,“³⁹ uvedl Daniel Vavřina, předseda představenstva Health Care Institute. Pacienti vyhodnotili jako nejlepší Nemocnici milosrdných sester svatého Karla Boromejského v Praze, potom Městskou nemocnici v Čáslavi a na třetím místě skončila nemocnice Městec Králové. Kromě té první už v první desítce není žádná pražská nemocnice. „To ovšem neznamená, že

³⁹ rozhovor v pořadu Otázka dne na ČR1 Radiožurnálu ze dne 19.2.2007.

by, dejme tomu, poslední nemocnice neměla třeba dobrého chirurga nebo dobrý zdravotnický personál. Je to prostě na základě subjektivních zkušeností pacientů, kteří hlasovali v tomto prvním pilotním celostátním projektu,“ konstatoval v rozhovoru poskytnutém pro účely této diplomové práce Vavřina. Poptávka po takových informacích je ze strany pacientů vysoká. „Dosud vznikaly i žebříčky, kde se umístily vysoce specializovaná pracoviště, jako pražské nemocnice a tak dále, s tím, že dále bylo ale zapotřebí nějakým způsobem trochu přihlídnout k takové té lidské stránce medicíny. To znamená k tomu, jak zdravotní personál a lékaři komunikují s pacientem,“ vysvětlil důvod vzniku posledního žebříčku Vavřina.

6.6.3 Internetové zdravotní knížky

Internetový přístup ke zdravotním informacím pacienta (IZIP) je projekt, který má za úkol zlepšit komunikaci mezi lékaři, zvýšit informovanost pacienta a usnadnit mu orientaci v otázkách týkajících se jeho zdraví. Princip spočívá v tom, že registrovaní pacienti obdrží přístupový kód ke své zdravotní knížce, která je uložena na internetu. Pacient má potom právo zvolit lékaře, kteří mohou do jeho zdravotní dokumentace nahlížet. Přístup k údajům pacienta mají tedy jen vybraní lékaři se souhlasem pacienta. Zdravotní knížka na internetu obsahuje celou řadu důležitých údajů: například anamnézu pacienta, postup léčby, výsledky laboratorních testů i klinických vyšetření nebo přehled užívaných léků.

Cílem IZIPu je zefektivnit poskytovanou zdravotní péči: zamezit dublování vyšetření nebo zbytečné předepisování léků. Zdravotní knížka pacienta také má zabránit situacím, kdy je pacient různými zdravotnickými zařízeními opakovaně poslán na nejrůznější vyšetření. „Konkrétním příkladem potřeby výměny informací o zdravotním stavu pacienta může být příběh ženy z Nové Paky, která dorazila na pohotovost s podezřením na intoxikaci. Pacientka byla po operaci kyčelních kloubů a navštěvovala zároveň rehabilitaci, internistu, neurologa a svého praktického lékaře. Lékaři sice správně předepisovali léky, ale bez ohledu na jinou podstupovanou léčbu, takže tato kombinace léků pacientce škodila. Pokud

by žena měla zdravotní knížku na internetu, mohlo být celkem deset léků zredukováno na polovinu,⁴⁰ tvrdí Lilly Ahou Kolesová, PR Manager IZIP. Projekt byl odstartován v roce 2003 a dle dostupných údajů internetové zdravotní knížky používalo v polovině března 2007 přes milion pacientů.

6.6.4 Objednávání po internetu

Pacienti Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem se mohou objednat k lékaři na vyšetření přes internet. Tento projekt spustila nemocnice poté, co získala grant 1,5 milionů korun od ministerstva informatiky. Pacienti si mohou zvolit, zda se na nemocniční portálu zaregistrují prostřednictvím internetu nebo SMS zprávy. Po přihlášení do systému si klient vyhledá konkrétní odborné pracoviště. Zobrazí se mu volná kapacita ordinace, pacient si vybere datum a čas návštěvy a objedná se. Před plánovaným vyšetřením potvrdí pacient v nemocnici svou přítomnost: buď na recepci, nebo na některém z internetových stanišť v nemocnici. Další česká zdravotnická zařízení zatím o této možnosti objednávání pacientů přes internet jen uvažují.

6.6.5 Opakované a elektronické recepty

Mezi nové nástroje ve zdravotní péči, které chce zavést ministr zdravotnictví Tomáš Julínek, je takzvaný opakovaný recept. Jeho účelem je zamezit tomu, aby pacienti s chronickým onemocněním nemuseli k lékaři pokaždé, když jim dojdou léky. Léky na opakovaný předpis si dle plánů ministerstva budou moci lidé v případě potřeby vyzvedávat

⁴⁰ KOLESOVÁ, A.-L.: Zdravotní knížka na Internetu usnadní Vaše návštěvy u lékařů, článek publikovaný na internetové stránce www.vzp.cz dne 23.1.2007.

rovnou v lékárně a návštěva lékaře nebude potřeba. Lékaři tak získají mnohem více času pro pacienty, kteří opravdu potřebují vyšetření a ne jen napsat recept.

Papírové lékařské recepty by zase měla za pár let v České republice nahradit jejich elektronická podoba. Fakultní nemocnice Olomouc představila v prosinci 2006 na konferenci o internetu Medtel 2006 „projekt bezpapírové nemocnice“.

6.6.6 Bezpečnostní čipy, náramky a prsteny

K nejnovějším komunikačním trendům ve zdravotnictví patří bezpečnostní čipy, náramky a prsteny. Čipy zabudované v náramcích nebo prstenech zdravotníkům okamžitě prozradí, jakou má pacient diagnózu, dietu nebo předepsané léky. Managementy nemocnic si od takových opatření slibují především větší bezpečí pro pacienty a vyloučení rizika záměny pacienta. Čipy by v budoucnu mohly být instalovány i na každé lahvičce léku. S pomocí čtečky by pak zdravotníci zjistili veškeré informace o pacientech na pokojích i to, jaké léky jim byly podány. Ve výpočetním středisku Fakultní nemocnice Motol zatím tuto technologii, která funguje prostřednictvím radiových vln, začali testovat v říjnu 2006. „Tento projekt je podle nás šancí zmodernizovat naše pracoviště a budeme se snažit získat na jeho další financování grant,“ uvedla Mgr. Eva Jurinová, mluvčí nemocnice v rozhovoru pro účely této diplomové práce.

Miniaturní čipy zasazené do prstenů hodlá zavést vedení Masarykova onkologického ústavu. „Čipování využijeme u cytostatik, tedy léků užívaných k léčbě zhoubných nádorů. Přesné dávkování je stanoveno každému pacientovi na míru. Každá chyba může být osudná, protože jde v podstatě o jedovaté látky,“⁴¹ vysvětlil ředitel Ústavu Rostislav Vyzula. Sestra bude mít na ruce prsten s identifikačním čipem, který přiloží k čipu, jenž bude v pacientově

⁴¹ SKÁLOVÁ, V: Léky pro pacienta pohlídá prsten, článek zveřejněný v MF DNES dne 13. 1. 2007.

náramku. „Sestra čtečkou přečte čip na náramku, na svém prstenu a na infuzi. Pokud se chystá podat lék nesprávné osobě, systém ji na to výrazně upozorní.“⁴²

Pacienti Ústřední vojenské nemocnice v Praze již náramky mají: podle jeho barvy lékaři a sestry rozlišují, jakou péči či speciální přístup pacienti potřebují – například zda nemají problém s chůzí. O zavedení bezpečnostních náramků momentálně uvažuje i Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

6.6.7 Ombudsman

Z pražských nemocnic zatím jen Fakultní Thomayerova nemocnice využívá od září 2006 pro urovnání sporů s pacienty nemocničního ombudsmana, respektive ombudsmanku. Do poloviny března 2007 tuto funkci zastávala náměstkyně Fakultní Thomayerovy nemocnice Mgr. Dana Jurásková, MBA (vedení nemocnice bylo ovšem v polovině března 2007 odvoláno). Svoji náplň práce popsala v rozhovoru poskytnutém pro účely této práce následovně: „Je to různé. Někdy se na mne obrátí se stížnostmi během měsíce deset pacientů, jindy nikdo. Pacienti si nejčastěji stěžují na nedostatek informací a nedostatečnou komunikaci s lékaři.“ Letáčky s telefonními čísly na ombudsmana jsou k dispozici na všech odděleních i v nemocničních ambulancích. Prvního ombudsmana v České republice měla Fakultní nemocnice Motol. „Momentálně ombudsmana nemáme, tuto funkci jsme zrušili, protože o ni nebyl ze strany pacientů zájem,“ uvedla pro účely této diplomové práce Mgr. Eva Jurinová, mluvčí nemocnice.

6.6.8 Příručky pro pacienty

Nedostatečnou komunikaci mezi pacienty a zdravotnickými zařízeními se také snaží vylepšit patientské organizace. V roce 2006 vznikly dvě příručky, které mají pacientům

⁴² Tamtéž.

vedle základních informací o jejich právech v případě nutnosti poradit, jak se domoci při pobytu ve zdravotnickém zařízení svých práv. V červenci 2006 vydala Národní rada zdravotně postižených šest pokynů a v každém z nich je deset zásad, jak mají zdravotníci jednat s postiženými pacienty. Příručka se zaměřuje na jednání s neslyšícími, s tělesně postiženými, se seniory, s pacienty s demencí a s nevidomými.

V září 2006 vyšla Příručka pacienta, na jejímž sestavení se podílely asociace CzechMed a pacientská sdružení Koalice pro zdraví, Svaz pacientů a Národní rada zdravotně postižených. „Nejde o to bojovat se zdravotníky, ale upozornit na nedostatky. Ať už se jedná o profesní pochybení personálu, plýtvání léky nebo naopak o úspory tam, kde nejsou na místě. Příručka má pacientům pomoci zorientovat se v naší legislativě,“ uvedl Tomáš Vican, prezident asociace Czech Med u příležitosti vydání této příručky. Nová příručka lidem radí, jak jednat s lékaři a co všechno od nich mohou požadovat. Průvodce pacientskými právy lze získat od 1. října 2006 zdarma ve vybraných nemocnicích, u lékařů a v pacientských organizacích. Pacient se v ní například dozví, kdy může změnit zdravotní pojišťovnu, nebo jak se chovat v případě, pokud chce odmítnout operaci. V příručce nechybí kontakty na pacientské organizace, které mu v případě problémů dále poradí.

Také některé nemocnice připravily pro pacienty „desatera“ a návody, aby klienti věděli, na co mají právo. Jde například o pražskou Nemocnici Na Homolce, Fakultní nemocnici Královské Vinohrady a Fakultní Thomayerovu nemocnici.

Podle odborníků na zdravotnictví ale jen pacientské příručky a desatera nemocnic nestačí. Vedení ministerstva plánuje práva pacientů podrobněji zakotvit v naší legislativě. „Někdy v roce 2008 považuji za reálné, aby bylo zakotveno v zákonech, na co všechno má pacient nárok ze zdravotního pojištění. Pacienti by se tak mohli opřít o konkrétní věci a teprve tehdy se začne datovat jejich skutečná emancipace,“⁴³ uvedl ministr zdravotnictví Tomáš Julínek

⁴³ KUBÁLKOVÁ, P. - PETRÁŠOVÁ, L.: Na co má pacient právo, článek zveřejněný v MF Dnes dne 20. 10. 2006.

6.7 Shrnutí

V současné době probíhá rozsáhlá diskuse o tom, jakým směrem by se mělo české zdravotnictví do budoucna ubírat. Pro veřejnost je toto téma velmi zásadní, neboť pro každého z nás je zdraví a kvalitní zdravotní péče důležitá. Ministerstvo se inspirovalo některými nástroji, které se používají již delší dobu v zahraničí, a snaží se je aplikovat na domácí podmínky.

Jedním z nich je informovaný souhlas pacienta. Ten má za úkol zajistit, aby byl pacient před každou náročnější operací kvalitně informován o postupu a všech možných rizicích. Tímto souhlasem pacienta, který je stvrzen jeho podpisem, potom nemocnice částečně získává „alibi“ při případném následném právním sporu s pacientem. Dalším nástrojem pro lepší informovanost pacienta měly být žebříčky nemocnic. Ty byly ministerstvem zveřejněny v roce 2006 celkem dvakrát a měly za cíl podat pacientovi srovnání o kvalitě služeb v nemocnicích řízených ministerstvem. Setkaly se ovšem s velkou kritikou, neboť jednou z veličin hodnocení kvality služeb byla i úmrtnost pacientů. Což je faktor, který nemůže nemocnice vždy ovlivnit. Větší vypovídací hodnotu měl potom žebříček hodnocení nemocnic očima pacientů, který zveřejnila společnost HealthCare Institute.

Zdravotnická zařízení se také snaží více využít možností elektronické komunikace, a proto se u nás můžeme setkat s projekty, jako je objednávání po internetu, opakované a elektronické recepty, bezpečnostní náramky, čipy a prsteny. Projekt zaštiťovaný ministerstvem je potom IZIP, což znamená internetové zdravotní knížky pacienta na internetu. K těmto údajům mají vedle pacienta přístup i jím vybraní lékaři. Některé nemocnice potom mají své ombudsmany jako instanci, kde si může nespokojený pacient stěžovat, či vydávají příručky o právech pacientů. Tyto informace vydávají i různá sdružení pacientů s cílem zlepšit povědomí pacienta o jeho právech.

PROJEKTOVÁ ČÁST

7 ANALÝZA STAVU KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM U NÁS

7.1 Specifikace problému a stanovení výzkumných cílů

Úkolem mojí práce není pouze analyzovat nynější stav komunikace v nemocnicích s důrazem na komunikaci mezi lékařem a pacientem. V projektové části chci rozebrat příčiny současného stavu, jak samotnou situaci vidí lékaři z praxe a proč podle jejich názoru neprobíhá efektivně. V následující kapitole popisuji přípravu, průběh a konečné výsledky mého šetření, které jsem v této oblasti provedla dotazníkovou formou mezi českými lékaři. V závěru doporučím na základě výsledků výzkumné sondy lékařům praktické kroky, které by měli v praxi uplatňovat, aby byla jejich vzájemná komunikace s pacienty efektivnější.

Při mém šetření jsem se mimo jiné zaměřila i na to, kolik času věnují lékaři komunikaci s pacienty a zda vůbec cítí potřebu se v této oblasti dále vzdělávat.

Stanovila jsem si následující cíle:

- získat informace o tom, jak lékaři hodnotí přímou komunikaci s pacienty a jak se jí věnují i řekněme nad rámec svých běžných povinností,
- zjistit, zda pacienti od lékařů vyžadují podrobnější informace o svém zdravotním stavu a zda mají lékaři pocit, že nemocní skutečně rozumí všemu, co jim lékaři k jejich diagnóze sdělují,
- analyzovat, zda mají sami lékaři potřebu dalšího vzdělávání v oblasti komunikace,
- definovat výchozí problémové oblasti, které brání efektivní komunikaci mezi lékaři a pacienty, a stanovit základní doporučení lékařům, jejichž naplnění pomůže do budoucna zlepšit vztahy mezi lékaři a veřejností.

7.2 Sestavení plánu výzkumu

Stav komunikace ve zdravotnictví na úrovni lékař – pacient jsem analyzovala pomocí výzkumné sondy, konkrétně dotazovacím systémem. Dotazník viz Příloha č. 4 této práce obsahuje deset základních otázek na téma komunikace a byl distribuován elektronickou poštou vybraným lékařům. Oslovení respondenti měli možnost odpovědět na otázky formou osobního dotazování na případné schůzce nebo elektronicky. Lékaři, kteří se výzkumu zúčastnili, ve všech případech zřejmě pro svoji vysokou časovou vytíženost a větší pohodlí zvolili elektronický způsob odpovědi.

7.3 Sběr informací

Aby byl zajištěn dostatečně početný reprezentativní vzorek, oslovila jsem v prvním kole 45 lékařů. Cílová skupina byla záměrně sestavena z lékařů různých profesí pracujících jak ve státních, tak i soukromých klinikách. Při prvním kole jsem však po rozeslání dotazníků narazila na velkou nechuť lékařů na tento typ otázek odpovídat. Pouze devět dotazníků, tj. 20 %, se mi vrátilo zpět vyplněných. Zřejmě to bylo do určité míry dáno tím, že oblast zdravotnictví je již delší dobu bedlivě sledována médií a veřejností a byla zde možná obava dotazovaných účastnit se podobného výzkumu.

Proto jsem v druhém kole kromě vlastní databáze lékařů využila svých kontaktů v nemocnicích a celkem 40 dotazníků jsem distribuovala pomocí prostředníků: přes tiskové mluvčí nemocnic a především přes kolegy - novináře, kteří se tematice zdravotnictví věnují a disponují tak rozsáhlými kontakty ve zdravotnických zařízeních. Jejich prostřednictvím se mi nakonec podařilo sondu realizovat a získat celkem 30 vyplněných dotazníků. Z toho 7 bylo zodpovězeno lékaři ze soukromých klinik a zbývajících 23 zástupci ostatních

především státních nemocnic. Tímto vývojem ve sběru informací se víceméně potvrdilo pravidlo, že dotazníková forma průzkumu je výhodná pro možnost následného zpracování a anonymitu dotazovaných, ale jejich návratnost je velmi nízká. Sběr informací probíhal v únoru (první kolo) a v březnu (druhé kolo) 2007.

7.4 Analýza informací

Úvodní část dotazníku se týkala komunikace lékaře s pacientem. První otázka zněla: „**Kolikrát se obvykle setkáváte s hospitalizovaným pacientem, mimo pravidelné vizity?**“



3 respondenti dále v odpovědi připojili poznámku, že na tuto otázku nelze přesně odpovědět, protože záleží na zdravotním stavu a také na délce hospitalizace pacienta.

Druhá otázka byla následující: „**Jak dlouho trvá konzultace, nyní sepsání „informovaného souhlasu“, před samotným lékařským zákrokem?**“ V tomto případě byly všechny odpovědi lékařů stejné, a sice všech 100% se shodlo na tom, že jim vyplnění

informovaného souhlasu a poučení pacienta před lékařským zákrokem zabere 15 minut. Ostatní dvě možnosti, že by tato procedura (poučení a sepsání informovaného souhlasu) trvala třicet minut nebo i déle, lékaři jednoznačně vyloučili.

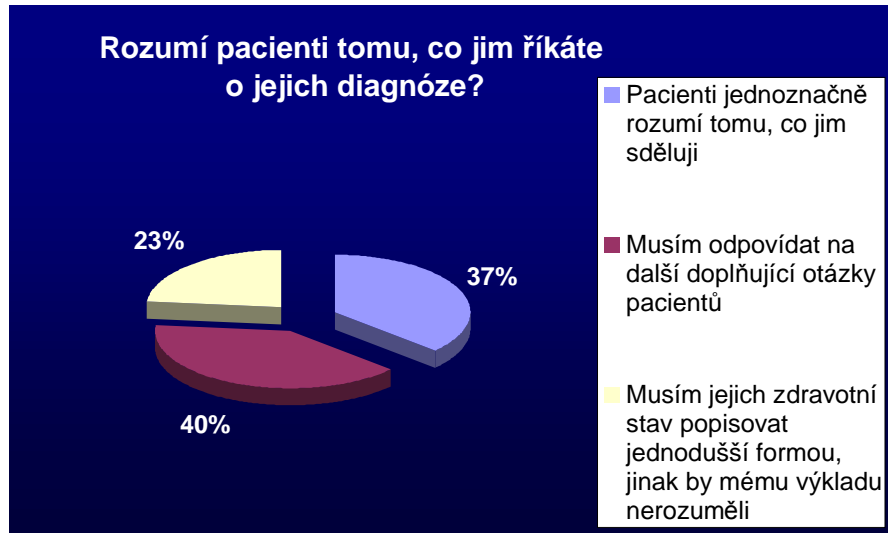
Druhá oblast průzkumu byla zaměřena na téma rozhodování o léčbě. Otázka zněla: „**S kým obvykle mluví lékaři před operací?**“ Výsledky jsou následující:

S kým obvykle mluví lékaři před operací?	Odpověď v %
s pacientem, jeho rodinou a nejbližšími příbuznými - s manželkou a dětmi	50
výhradně s pacientem	43
s pacientem, nejbližší rodinou i dalšími příbuznými či známými	7

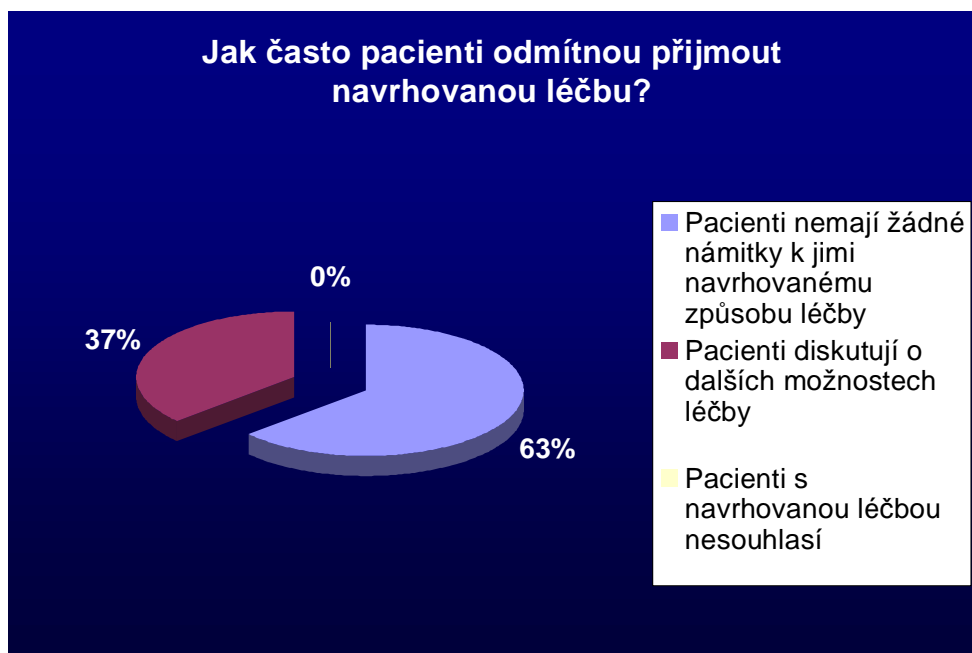
Další dotaz druhé části byl formulován následovně: „**Chtějí pacienti více informací o své léčbě?**“ Zde se odpovědi rozdělily na tři stejně početné skupiny. Třetina lékařů uvádí, že od nich pacienti žádají co nejvíc informací o zákroku, další třetina lékařů se setkává s tím, že nemocným stačí standardně poskytované informace a poslední třetina lékařů se setkává s tím, že pacienti nemají zájem o jakékoli další informace ke svému zdravotnímu stavu a víceméně lékaři ve všem důvěřují.

Třetí otázka druhé části zněla: „**Rozumí pacienti tomu, co jim říkáte o jejich diagnóze?**“ Zde byly dle mého názoru odpovědi velmi překvapivé, neboť 37 % lékařů tvrdí, že jejich pacienti jednoznačně rozumí tomu, co jim o diagnóze říkají. Dalších 40 % lékařů přiznává, že obvykle odpovídají i na další doplňující otázky pacientů. 23 % lékařů

připouští, že musí pacientům jejich zdravotní stav popisovat jednodušší formou, protože jinak by jejich výkladu vůbec nerozuměli. V grafické podobě vypadají výsledky následovně:



Další otázka byla koncipována následovně: „**Jak často pacienti odmítnou přijmout navrhovanou léčbu?**“ 63% lékařů uvádí, že pacienti nemají žádné námitky k jimi navrhovanému způsobu léčby. 37% lékařů přiznalo, že s nimi pacienti diskutují i o dalších možnostech léčby. S tím, že by některý z pacientů s navrhovanou léčbou výhradně nesouhlasil, se nesetkal nikdo z dotazovaných.



Třetí část byla zaměřena na zdravotnické služby v nemocnicích, první otázka byla formulována takto: „**Požadují po vás pacienti, abyste je během hospitalizace častěji navštěvoval/a?**“ Výsledky průzkumu jsou následující:

Požadují po vás pacienti, abyste je během hospitalizace častěji navštěvoval/a?	Odpověď v %
Ano, toto se stává často	3
Ano, občas tato situace nastane	37
Nesetkávám se s tím prakticky vůbec	60

Další otázka zněla: „**Pamatujete si jméno každého pacienta, kterého operujete/ošetřujete?**“ 70% lékařů tvrdí, že považuje za nemožné, aby znali všechna jména pacientů, které momentálně ošetřují. 30% lékařů zná jména všech aktuálně vyšetřovaných pacientů.



Další část dotazníků byla zaměřena na to, zda se lékaři domnívají, že se potřebují dále vzdělávat v tom, jak komunikovat s pacienty. Výsledky jsou následující:

Domníváte se, že se potřebujete dále vzdělávat v oblasti komunikace s pacienty?	Odpověď v %
Stačí mi dosavadní vysokoškolské vzdělání a nemám potřebu se v oblasti komunikace s pacienty dále vzdělávat	67
Myslím, že kurz zaměřený na komunikační schopnosti by byl pro moji práci přínosný	26
Ano, v této oblasti pociťuji nedostatky a uvítal/a bych návštěvu kurzu komunikace, kde bych si zlepšil/a svoje komunikační dovednosti	7

Závěrečná otevřená otázka dávala lékařům prostor více se k tématu rozepsat a byla formulována takto: „Co byste osobně vytkli pacientům?“ Lékaři odpovídali, že jim komunikaci s pacienty ztěžují veskrze následující fakta:

- důsledně nedodržují pokyny lékařů,
- neberou léky tak, jak je jim předepsáno, anebo si nevybaví všechny léky, které berou,
- nepamatují si nemoci, které prodělali a neznají všechny důležité rodinné anamnézy,
- nedbají prevence a k lékaři chodí až na poslední chvíli,
- nedodržují zásady správné životosprávy a pak se diví, když mají zdravotní problémy,
- přečtou si něco v časopise nebo vidí něco v televizi a žádají postup aplikovat během své léčby, i když to pro ně není možné,
- někteří svůj stav bagatelizují a chtějí se hlavně rychle vrátit do zaměstnání,
- myslí si, že lékař jejich problém vyřeší.

7.5 Presentace výsledků

Z dosažených výsledků dotazníkového šetření lze vyvodit, jak v současné době u nás vypadá typická komunikace mezi lékařem a pacientem. Sestavila jsem následující typický modelový vztah komunikace v českých nemocnicích.

Modelový vztah komunikace mezi lékařem a pacientem:

- Lékař se s pacientem nad rámec svých standardních povinností (vizit) setká 1x až 2x. Tuto skutečnost lze vysvětlit tím, že se lékaři u lůžek pacientů střídají podle rozpisů služeb a také vysokou časovou vytížeností českých lékařů.
- Vyplnění informovaného souhlasu a poučení pacienta před samotným zákrokem lékaři zabere maximálně 15 minut. Zde si ovšem musíme položit otázku, zda si jsou

pacienti stoprocentně vědomi toho, co podepisují a zda jsou opravdu seznámeni se všemi potřebnými informacemi týkajícími se operace či zákroku. Nebo zda u nás stále přetrvává fenomén bezmezná důvěry pacienta k lékaři, který dotazník bere jako administrativní nutnost, dá jej pacientovi automaticky vyplnit a podepsat, aby se zbytečně nezdržoval.

- Požadavky pacientů na informace o postupu léčby jsou odlišné: ve třetině případů pacienti žádají co nejvíc informací o zákroku, další třetině stačí standardně poskytované informace a poslední třetina pacientů nemá zájem o jakékoli další informace ke svému zdravotnímu stavu a víceméně lékaři ve všem důvěřují. Zde by bylo zajímavé se podívat na věkové a vzdělanostní složení pacientů. Domnívám se, že u starších lidí stále přetrvává plná důvěra k lékaři bez dalších otázek. Naopak mladší lidé s vyšším vzděláním jsou dle mého názoru mnohem angažovanější a vystupují mnohem aktivněji.
- Většina pacientů plně nerozumí poskytnutých informacím a pokládají lékařům doplňující dotazy nebo žádají „polopatické“ zhodnocení jejich zdravotního stavu, jen asi třetina pacientů rozumí všem informacím bez dalších otázek. Zde může podle mě hrát opět důležitou roli vzdělání pacienta.
- Pacienti souhlasí se způsobem léčby, který jim lékař navrhne. Jen asi třetina z nich diskutuje další možnosti postupu či jiné alternativy.
- Hospitalizovaní ve většině případů nepožadují častější přítomnost lékaře u lůžka.
- Lékaři přiznávají, že není možné, aby si pamatovali jméno každého klienta, kterého momentálně ošetřují. To je opět dáno skutečností, že se lékaři u lůžek pacientů střídají podle rozpisů služeb a také jejich vysokou časovou vytížeností.

- Většina lékařů tvrdí, že jim vysokoškolské vzdělání pro komunikaci s pacienty stačí.

Tyto zjištěné skutečnosti jsou ovšem pouze statistickým průzkumem provedeném na poměrně malém vzorku respondentů různých specializací z různě velkých oddělení. Ve skutečnosti se bude v každém individuálním případě přístup lékaře lišit podle toho, jaký je zdravotní stav pacienta a jaké jsou jeho aktuální potřeby. Přesto se domnívám, že tato zjištění jsou cenná tím, že nám dávají základní přehled o situaci ve zdravotnických zařízeních, jak ji vidí sám lékař.

7.6 Shrnutí

Z výzkumné sondy mimo jiné vyplývá, že většina lékařů si je vědoma skutečnosti, že pacienti přesně nerozumí tomu, co jim říkají, a musí proto odpovídat na doplňující otázky nebo s nimi o postupu léčby vícekrát hovořit co nejjednodušší formou. Jasně a srozumitelně podané informace o zdravotním stavu pacienta jsou přitom základním komunikačním pilířem rozhovoru mezi lékařem a pacientem. Je zarážející, že lékaři o této skutečnosti vědí, a přesto nejsou schopni prvotně fakta pacientovi vyložit tak, aby je pochopil. Bude to zřejmě tím, že lékaři jsou v první řadě odborníci v oblasti zdravotnictví a často nedokáží odborné informace potřebně zjednodušit. Měli by se proto více zaměřit na své komunikační schopnosti a naučit se způsobu, jak co nejeфекtivněji a nejjednodušeji laikovi vysvětlit odborná stanoviska.

Dále z průzkumu vyplývá, že se většina lékařů – celé dvě třetiny domnívají, že jejich vysokoškolské vzdělání, které získali obvykle na lékařských fakultách, stačí k tomu, aby zvládli komunikaci s pacientem. Zároveň ale 70% lékařů přiznává, že si nepamatují jména

všech pacientů, které momentálně ošetřují. Přitom zapamatovat si jméno patří k základním pravidlům komunikace.

8 NÁVRHY OPATŘENÍ NA ZÁKLADĚ ZJIŠTĚNÝCH SKUTEČNOSTÍ – MANUÁL KOMUNIKACE PRO LÉKAŘE

8.1 Desatero rad lékařům

Na základě nastudované literatury, názorů odborníků, faktů zjištěných v průzkumu a mých osobních zkušeností jsem stanovila následující „**Desatero rad lékařům**“:

1. „Pacienti se budou stále více a více ptát.“
2. „Zdravotnictví je služba, proto k pacientovi přistupujte jako k zákazníkovi.“
3. „Nejčastější stížnost pacientů: nadřazené chování lékaře.“
4. „Pacient má právo na podávání informací bez dalších osob.“
5. „Stačí maličkost, která potěší.“
6. „Bílý plášť není bezpodmínečně nutný.“
7. „Pacientské organizace vám mohou ulehčit práci.“
8. „Při komunikaci s nemocným respektujte obecná komunikační pravidla.“
9. „Kurzy komunikace pro lékaře nepodceňujte.“
10. „Nezapomeňte na odpočinek. Přepracovaný lékař chybuje.“

1. „Pacienti se budou více a více ptát.“

Z výzkumné sondy vyplývá, že požadavky pacientů na informace o lékařském zákroku jsou zatím odlišné: někteří požadují po lékařích co nejvíce informací, jiným stačí jen základní informace. To se ale v budoucnu změní. Prvním popudem ke zkvalitnění a znásobení poskytovaných informací je nově zavedený informovaný souhlas. Ten od 1. dubna 2007 nutí lékaře k tomu, aby s každým pacientem detailně probrali nacházející léčebný postup. Část odborníků tvrdí, že jde jen o zbytečné papírování a některé pacientské organizace zase tento dokument nazývají jako „alibi pro lékaře“. Faktem je, že díky tomuto

dokumentu si řada pacientů uvědomí, že mají právo na mnohem více informací a budou vystupovat mnohem aktivněji. Podle výsledků výzkumu zabere lékařům sepsání informovaného souhlasu 15 minut. Je na lékaři, aby těchto 15 minut nebral jako nutnou administrativu, ale aby je efektivně využil.

Doporučení: Pokud je to možné, lékař by měl poskytnout pacientovi dokumenty potřebné pro informovaný souhlas s dostatečným časovým předstihem, aby si je mohl v klidu prostudovat. Zmiňovaných 15 minut pak může lékař strávit v konstruktivním rozhovoru s pacientem, kdy bude odpovídat na jeho předem připravené otázky.

2. „Zdravotnictví je služba, proto k pacientovi přistupujte jako k zákazníkovi.“

I do českých nemocnic přichází nová generace pacientů, která vnímá lékaře především jako poskytovatele služeb, a žádá od nich kvalitní servis, kvalitní slušné chování a partnerské chování. Tato aktivní role se dále posílí, pokud se zavedou přímé platby za zdravotnické úkony. Potom bude pacient ještě více chápat zdravotnictví jako službu, za kterou si zaplatil.

Pro lékaře to znamená především dvě základní věci:

1. vzbudit u pacienta pocit, že se momentálně věnuje pouze jemu,
2. nenechat nemocného příliš dlouho čekat.

V prvním případě by měl lékař dbát na to, aby nebyl v době, kdy ordinuje na ambulanci, vyrušován. Pokud je odvolán, například k závažné operaci, měl by nejen pacientovi v ordinaci, ale i lidem v čekárně vysvětlit, proč se vzdaluje a určit přibližnou dobu, za kterou se vrátí a bude pokračovat v ordinaci. Měl by se vyvarovat přijímání soukromých návštěv po dobu ordinačních hodin i vyřizování soukromých telefonátů.

V druhém případě by měl lékař přehodnotit systém objednávání pacientů. Pokud je aplikován systém, že se pacienti objednávají na předem stanovené termíny, například v rozmezí 15 minut, v čekárnách se čeká méně a pacient má jistotu, že dohodnutý čas bude víceméně dodržen. V některých ambulancích se stále ještě uplatňuje pravidlo, že jsou ordinační hodiny stanoveny např. od 15 do 18 hodin a všichni pacienti jsou zváni na 15. hodinu. Takový postup není správný, a pokud by s tímto systémem nemocnice např. usilovala o odbornou akreditaci, musí systém změnit na prvně uvedený.

Doporučení: Lékař by si měl uvědomit, co pro něj znamená pacient. „Je v první řadě naším klientem:

- Je v nemocnici nejdůležitější osoba.
- Nevyrušuje nás z práce, je jejím smyslem.
- Neděláme mu laskavost tím, že mu sloužíme. Pacient nám naopak prokazuje laskavost tím, že nám dává příležitost to dělat.
- Nemocný je někdo, s kým se nehádáme.
- Je to osobnost, která nám přináší své požadavky. Je naším cílem je zvládat v jeho prospěch.“⁴⁴

3. „Nejčastější stížnost pacientů: nadřazené chování lékaře.“

Lékař David Marx, tvrdí, že ví, kde je příčina nadřazeného chování lékařů. Mladí lékaři podle něj stále kopírují chování svých vzorů - starších lékařských kapacit. „Říkají mi, že dostanou při praxi v nemocnici vynadáno i za to, že se příliš baví s pacienty. Přitom dialog s nemocným je právě pro kvalitní péči důležitý. A oni nechtějí být před svými vzory za hlupáky, a tak jdou s davem,“⁴⁵ popisuje důvod přetrvávajícího nadřazeného chování lékařů k pacientům v nemocnicích Marx. Šéf Společnosti lékařské etiky Jan Payne k tomu dodává: „Je těžké se denně vyrovnávat s utrpením nemocných. Lékaři zcyničtí. Potíž je, že skoro ve všech zemích na západ i na východ od našich hranic se to snaží řešit. My ne. A odmítáme o tom i mluvit.“⁴⁶

⁴⁴ KLEMENTOVÁ, R. - OSVALDOVÁ, I.: sylabus z přednášky „Komunikace při zvládnání agresivity v e zdravotnických zařízeních“.

⁴⁵ Autor publikuje pod zkratkou LEP: Článek Medici se učí na hercích, jak se chovat k nemocným, zveřejněný v MF DNES dne 26. 7. 2006.

⁴⁶ Tamtéž.

Doporučení: Lékař by si měl uvědomit, že pacient, se kterým komunikuje, je obvykle ve stresu, a měl by proto dodržovat zásady komunikace s nemocným. Ty definovaly PhDr. R. Klementová a Ing. I. Osvaldová. do těchto bodů:

- „Vědět, co, kdy, kde a jak sdělit.
- Co je jasné zdravotníkovi, nemusí být jasné pacientovi.
- Volit vhodné vyjadřovací prostředky.
- Neužívat odborné výrazy.
- Zvolit přiměřené tempo řeči a intonaci.
- Pozorovat reakce pacienta.
- Brát v úvahu pocity pacienta.
- Dát pacientovi prostor k vyjádření.
- Získat zpětnou vazbu, jak pacient informaci vnímal a pochopil.“⁴⁷

4. „Pacient má právo na podávání informací bez dalších osob.“

Tento příběh způsobil před časem v pražské Nemocnici Na Homolce skandál. „Přišla k nám cizinka, Angličanka, na kolonoskopii. Což je nepříjemné vyšetření konečnicku v ne zrovna důstojné poloze - v předklonu, kdy je člověk opřený o lehátko se staženými kalhotami, vzpomíná bývalý ředitel nemocnice MUDr. Oldřich Šubrt, prohlídka probíhala, když se otevřely dveře a za lékařem, který ženu vyšetřoval, přišel kolega s kolegyní. „Bavili se, kam pojedou na víkend. Teď si představte, že jste v cizí zemi, ničemu nerozumíte, ležíte se staženými kalhotami, netušíte, co se za vámi děje, jen vnímáte, že se lidé smějí. Čemu? Velikosti vašeho pozadí? Nedivím se, že to dámu naštvalo natolik, že si okamžitě stěžovala.“⁴⁸

⁴⁷ Tamtéž.

⁴⁸ PETRÁŠOVÁ, L.: Tomu byste stejně nerozuměl, článek zveřejněný dne 18.7. 2006 v MF DNES.

Doporučení: Tento případ donutil pražskou Nemocnici Na Homolce k tomu, aby definovala desatero lékařů chování k pacientům, které musí tamější zdravotníci respektovat. Jeho zásady lze aplikovat i v jiných českých nemocnicích:

- Pacient má právo na soukromí. Nezpovídáte jej před jinými lidmi.
- Nesdělujte neuváženě informace.
- Omezte přítomnost třetích osob, i lékařů či sester, při vyšetření.
- Než vstoupíte do pokoje pacienta, klepejte na dveře.
- Nenechávejte zdravotnickou dokumentaci bez dohledu.
- Vizita není výslech před svědky.
- Veřejná nahota není to, proč je pacient v nemocnici.
- Převoz pacienta musí být co nejšetrnější.
- Pacient není „Novák“ nebo „ta zlomená noha na čtyřce“. Má jméno a titul, užívejte ho.
- V nemocnici nejde o sběr dat od pacienta, ale především o rozhovor.

5. „Stačí maličkost, která potěší.“

Maličkost stačí k tomu, aby se pacient cítil v nemocnici mnohem lépe. To zjistila i Alice Smejkalová v Hannoveru, ovšem - na soukromé klinice. Zaplatila si tu operaci své dcery, která narazila do železného mostu a prakticky si rozdrtila půlku obličeje. Nejdřív dívku léčili čeští lékaři, později její obličej operovali ještě v zahraničí.

„Vůbec si na české lékaře nemůžu stěžovat, dělali, co mohli, ale rozdíl nám stejně vyrazil dech,“ popisuje Smejkalová. Šlo například o jeden malý detail. Den před operací navštívili dívku anesteziologové. Když viděli, jak je vystrašená, zeptali se, jestli si chce na operační sál vzít oblíbenou hračku. „Druhý den ji přebírala sestra z operačního sálu, a už měla v papírech napsáno, že plyšák jede s Terezkou,“ líčí žena. Rodiče zaznamenali i další změnu: šéf kliniky s nimi strávil hodinu a půl, na počítači vysvětloval každou kůstku

obličej. „Sám nás vybízel: Máte otázky? Když vás ještě něco napadne, pošlete nám je klidně e-mailem.“⁴⁹

Doporučení: I malé detaily mohou nemocného potěšit. Nemocnému stačí podat ruku, usmát se na něj, nebo mu přátelsky poklepat na rameno. Z výzkumné sondy pro účely této diplomové práce vyplynulo, že si celých 70 procent lékařů nepamatuje jména svých pacientů. A právě i tento lékaři opomíjený detail může pacienta velmi potěšit.

6. „Bílý plášť není bezpodmínečně nutný.“

Bílý plášť se v českém zdravotnictví stal symbolem moci a všechny symboly mohou být svými nositeli lehce zneužívány. „Osvědčená a účinná je kombinace bílého pláště s patřičně nepřítomným výrazem na tváři,“⁵⁰ tvrdí s velkou dávkou ironie současný ministr zdravotnictví Tomáš Julínek. Plášť je podle něho ve své podstatě pracovním oděvem, ať je černý, oranžový nebo bílý. „Proč by měl doktor nosit bílý plášť po celý den, a to i v situacích, kdy neprovádí žádný lékařský zákrok? A je vůbec nutné trvat na bílé barvě? Je to nutné, když tuto barvu můžeme ospravedlnit snad už jen tradicí?,“⁵¹ ptá se ministr.

Doporučení: Standardní lékařský plášť má v medicíně své opodstatnění. Není ale bezpodmínečně nutný při každém setkání s pacientem.

7. „Pacientské organizace vám mohou ulehčit práci.“

Společnost CzechMed sestavila v roce 2006 kompletní seznam pacientských organizací v České republice a ten je k dispozici na internetových stránkách www.czechmed.cz. Lékaři mohou těchto informací také využít ke své práci a mohou např. pacientům poradit, kam se obrátit pro další informace týkající se jejich onemocnění. „Když

⁴⁹ JANEČKOVÁ, Z. - PETRÁŠOVÁ, L.: Klidně mluv, mám tu jen pacienta, článek zveřejněný v MF DNES dne 25.7. 2006.

⁵⁰ JULÍNEK, T: Průvodce unaveného pacienta českým zdravotnictvím – předvolební brožura ODS, s. 30.

⁵¹ Tamtéž.

přijde k lékaři například člověk s epilepsií, lékař bude moci najít v seznamu vhodnou organizaci a doporučit pacientovi, aby se na ni obrátil pro další informace,“ tvrdí Jana Petrenko, ředitelka sdružení Koalice pro zdraví.

Doporučení: Lékař by neměl podceňovat pacientské organizace a sdružení. Spolupráce s nimi mu může ulehčit práci.

8. „Při komunikaci s nemocným respektujte obecná komunikační pravidla.“

Každý pacient je jiný a nelze aplikovat jedno pravidlo komunikace na všechny pacienty. Je nutno se přizpůsobovat situaci. „Komunikace s pacientem není vzhledem k jeho individualitě, díky níž jsme každý jiný a s každým je potřeba mluvit jiným způsobem, jen formální záležitost. To je umění, které medicínu zlidšťuje,“⁵² tvrdí Lea Vrožinová, ombudsmanka Vítkovické nemocnice v Ostravě .

Doporučení: Komunikační požadavky na lékaře a ostatní zdravotnický personál vycházejí ze základních komunikačních dovedností. Ty se nejčastěji zobecňují do následujících šesti bodů:

1. Umění naslouchat (naslouchat druhému aktivně ho vnímat).
2. Schopnost empatie (vcítění se do duševního stavu druhé osoby).
3. Schopnost projevit porozumění a dát ho najevo.
4. Schopnost výkladu (lékař musí umět vše srozumitelně vysvětlit).
5. Schopnost projevit zájem.
6. Schopnost poradit (pacient od lékaře očekává, že mu lékař navrhne doporučení, případně řešení).

9. „Kurzy komunikace pro lékaře nepodceňujte.“

⁵² informace získané na internetové stránce společnosti CzechMed: www.czechmed.cz.

Lékaři v západní Evropě mají ze zákona povinnost celoživotně navštěvovat mj. i kurzy pro osvojení komunikačních dovedností. Jejich cílem je, aby uměli dobře komunikovat se všemi pacienty: včetně duševně nemocných, seniorů, hluchoněmých, nevidomých apod. „To je přesně to, co jsme na českých univerzitách nenaučili,“ uvedl pro účely této diplomové práce lékař Pavel Fogel, který nyní žije a pracuje v sousedním Německu.

Jak se chovat k pacientům, se nyní čeští medici začínají učit v kurzech, kde vystupují herci. „V zahraničí to bývají herci ve výslužbě, my pracujeme s těmi začínajícími,“ vysvětluje lékař David Marx a dodává: „Herec dostane roli: vystrašený a agresivní příbuzný pacienta, nemocný cizinec, který ničemu nerozumí... A studenti se učí, jak zvládnout situaci. Pacient má právo být nervózní a vystrašený. A profesionál to musí ustát.“⁵³

Doporučení: Lékaři by neměli podceňovat kurzy komunikace. Z mého šetření vyplynulo, že se většina lékařů domnívá, že ke správné komunikace plně stačí vysokoškolské vzdělání. Kurzy tohoto druhu nejsou ale nikdy zbytečné. I průměrný lékař si na dobře připraveném kurzu vedeném odborníkem zlepší svoji schopnost mluvit s pacientem.

10. „Nezapomeňte na odpočinek. Přepracovaný lékař chybje.“

„Není nadále únosné, aby lékař přišel v pátek do ordinace a sloužil celý víkend a odcházel v pondělí odpoledne,“⁵⁴ tvrdí profesor Petr Tröster. Na psychiku lékaře jsou denně kladeny vysoké nároky a je potřeba, aby dokázal „vypnout“ a našel si koníčka, ve kterém na starosti z práce zapomene a načerpá potřebné síly.

⁵³ Autor publikuje pod zkratkou LEP: Článek Medici se učí na hercích, jak se chovat k nemocným, zveřejněný v MF DNES dne 26. 7. 2006.

⁵⁴ Článek Nemocnice s školy nevědí jak dál zveřejněný v MF DNES dne 27.1. 2007.

Doporučení: Každý si musí vymezit volný čas na aktivní odpočinek a relaxaci. Jen odpočínutý lékař může podat bezchybný výkon. Je možno se inspirovat zkušenostmi jiných. Například lékař Jan Práško vydal knihu: Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti. Existují i další desítky knihy, kde jsou relaxační techniky detailně popsány: například Velká kniha relaxace od Larryho Blumenferda.

Domnívám se, že pokud si vezme lékař z těchto rad ponaučení, může se jeho komunikace s pacientem zlepšit, což bude mít následně i pozitivní dopad na psychickou pohodu pacientů i lékaře samotného.

8.2 Shrnutí

Zjištění, že lékaři často dělají zásadní chyby při komunikaci s pacienty mě vedla k sestavení manuálu komunikace pro lékaře. Ten vychází z provedeného průzkumu, názorů odborníků a mých zkušeností a obsahuje základní pravidla, kterých by se měli lékaři při komunikaci s pacienty držet. Je složen z deseti zásad, jejichž respektování může lékařům pomoci k efektivnějšímu dorozumívání s pacienty.

9 ZÁVĚR

Zatímco se politici, zdravotní pojišťovny a zástupci lékařů v médiích dohadují, jak má vypadat budoucí reforma zdravotnictví a kdo z nich více škodí českému zdravotnictví, pacienti vidí největší problémy jinde. Trápí je docela obyčejné věci, jako je neprofesionální jednání personálu ve zdravotnických zařízeních či nedostatečně poskytované informace o průběhu léčby. Přitom k tomu, aby byla léčba úspěšná, je velmi zásadní i dobrý psychický stav pacienta. Pacient musí mít pocit, že je v těch nejlepších rukou a je třeba s ním hovořit o jeho stavu i dalším postupu léčby způsobem tak, aby všemu rozuměl. Řada z nich se ovšem bojí s lékařem více komunikovat, ptát se ho na věci, které jej zajímají a lékaři sami jsou často špičkovými odborníky ve svém oboru, ale v oblasti komunikace mají značné nedostatky. Situaci v oblasti komunikace ve zdravotnických zařízeních lze u nás nejlépe charakterizovat jako pozvolna se měnící. Obě strany, lékaři i pacienti se učí hledat k sobě nový, otevřenější vztah.

Tento stav mě přiměl k vypracování této práce a donutil mě hledat odpovědi na pracovní hypotézy nastíněné v úvodu:

- V současné době je na českém trhu k dispozici dostatek odborné literatury zabývající se tématem komunikace ve zdravotnických zařízeních. Případně je možno čerpat i ze zahraničních zdrojů, v jejich případě je ovšem velkou nevýhodou odlišnost podmínek u nás a v zahraničí.
- Nejvýznamnějšími recipiency externí komunikace nemocnice jsou média a veřejnost. Komunikace nemocnice probíhá jednak spontánně, jednak strategicky. V poslední době vzrůstá nutnost mít předem připraven scénář krizové komunikace.

- Interní komunikace mezi lékařem a pacientem u nás zatím nedosahuje potřebné úrovně. Pacienti si často nejsou vědomi svých práv a lékaři s nimi nejsou zvyklí jednat jako s rovnocenným partnerem. Tato situace se ovšem začíná měnit.
- Nemocnice mají překvapivě kvalitně propracovaný systém komunikace s médii a veřejností. V některých organizacích je stanovena jasná hierarchie komunikace, v jiných tuto koncepci nemají přesně definovanou, nicméně management nemocnice si je vědom důležitosti PR.
- Zdravotnictví jako služba je produkt, u kterého má recipient stíženou možnost reklamace, neboť nedokáže posoudit kvalitu jejího provedení. To jej staví do nevýhodné situace. Na trhu zdravotnických služeb navíc nepanují dostatečné konkurenční prostředí. Pacienti jsou často automaticky posíláni do nemocnic dle místa jejich bydliště bez možnosti výběru jiné alternativy.
- Informovanost pacientů se snaží systémově zlepšovat ministerstvo zdravotnictví i samotné managementy nemocnic pomocí nových komunikačních nástrojů. Mezi ně patří informovaný souhlas, žebříčky nemocnic, objednávání po internetu, internetové zdravotní knížky, opakované a elektronické recepty, bezpečnostní náramky, čipy a prsteny, ombudsmani a příručky pro pacienty.
- Lékaři vidí rezervy v komunikaci rovněž na straně pacientů, např. jim vytykají, že důsledně nedodržují jejich pokyny, neberou léky tak, jak je jim předepsáno, nepamatují si nemoci, které prodělali a neznají všechny důležité rodinné anamnézy apod.

Jako cíl práce jsem si vytyčila sestavit doporučení pro lékaře, čeho by se měli v komunikaci s pacientem vyvarovat. Tedy jsem stanovila základní desetibodový manuál efektivní komunikace pro lékaře. Jeho respektování může lékařům přinést úspěch při

komunikaci s pacienty a následně v dlouhodobém hledisku zlepšit image nemocnice v očích veřejnosti. Jeden z praktických lékařů kdysi prohlásil: „Pacient nám spíše odpustí odborná pochybení, ale překročení etických zásad lékařem zůstane na dlouhou dobu v každém z nás.“ A to je velká pravda, kterou by si lékaři měli uvědomit.

10 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BAČUVČÍK, R.: Marketing neziskového sektoru. 1. vyd. Zlín, Univerzita Tomáše Bati 2006, ISBN 80-7318-436-2.
2. BÁRTLOVÁ, S.: Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. přepr. vyd. Praha, Grada Publishing 2005, ISBN – 80 – 247 – 1197 – 4.
3. ČTK: Žebříček hodnocení kvality 16 nemocnic, které řídí ministerstvo publikovaný ČTK dne 23.1.2006.
4. ČTK: Ředitel IKEM: Žebříček nemocnic srovnává nesrovnatelné článek publikovaný ČTK dne 24.1.2006
5. ČTK: HN: Podle nového žebříčku kvality péče nejlépe léčí Na Homolce článek publikovaný ČTK dne 18.8.2006.
6. ČTK: Podle studie má v EU nejlepší zdravotnictví Francie, ČR je na konci. Článek zveřejněný ČTK dne 26.6.2006.
7. EXNER,L. -RAITER,T. -STEJSKALOVÁ, D.: Strategický marketing zdravotnických zařízení. 1. vyd. Praha, Professional Publishing 2005, ISBN – 80 – 86419 – 73 – 8.
8. FORET, M: Marketingová komunikace. 1. vyd. Praha, Computer Press a.s. 2006, ISBN 80-251-1041-9.
9. HAŠKOVCOVÁ , H.: Lékařská etika. 1. vyd. Galén 1997, ISBN 80-58-24-54-X.
10. HealthCare Institute: Žebříček nemocnic ČR 2006 očima pacientů zveřejněný na internetové stránce www.hc-institute.org
11. HOŘEJŠÍ, J.: Křeslo pro Fausta 2004. 1. vyd. Galén 2004, ISBN 80-7262-297-8.
12. HOŘEJŠÍ, J.: Křeslo pro Fausta 2005, 1. vyd. Galén 2005, ISBN 80-7262-386-9.
13. JANEČKOVÁ, Z. - PETRÁŠOVÁ, L.: Klidně mluv, mám tu jen pacienta, článek zveřejněný v MF DNES dne 25.7. 2006.
14. JULÍNEK, T: Průvodce unaveného pacienta českým zdravotnictvím – předvolební brožura ODS.

15. KLEMENTOVÁ, R. - OSVALDOVÁ, I.: sylabus z přednášky „Komunikace při zvládnání agresivity v e zdravotnických zařízeních“.
16. KOLESOVÁ, A.-L.: Zdravotní knížka na Internetu usnadní Vaše návštěvy u lékařů, článek publikovaný na internetové stránce www.vzp.cz dne 23.1.2007.
17. KOTLER, P.: Marketing management. 10 přepr. vyd. Praha, Grada Publishing 2005, ISBN 80-247-0016-6.
18. KUBÁLKOVÁ, P. - PETRÁŠOVÁ, L.: Na co má pacient právo, článek zveřejněný v MF Dnes dne 20. 10. 2006.
19. Autor publikuje pod zkratkou LEP: Článek Medici se učí na hercích, jak se chovat k nemocným, zveřejněný v MF DNES dne 26. 7. 2006.
20. LESLY, P.: Public relations. 1. vyd. Brno 1995, ISBN 80-85865-15-7.
21. MACH, J.: Medicína a právo. 1. vyd. Praha, C.H. Beck 2006, ISBN – 80-7179-810-X.
22. Myslivcová, M: Management jako hlavolam“ uveřejněný dne 24. 2. 2006, Zdravotnické noviny.
23. PAČESOVÁ, M.: Lékař, pacient a Michael Balint. 1. vyd. Praha, Triaton 2005, ISBN 80-7254-491-8.
24. PAFKO, P.: Medicínmani a ti druzí. Praha, Nakladatelství Lidové noviny 2004, ISBN 80-7106-665-6.
25. PETRÁŠOVÁ, L.: Tomu byste stejně nerozuměl, článek zveřejněný dne 18.7. 2006 v MF DNES.
26. RATH, D.: článek „Tomu byste stejně nerozuměl“ publikován 18. července 2006, MF Dnes.
27. SKÁLOVÁ, V: Léky pro pacienta pohlídá prsten, článek zveřejněný v MF DNES dne 13. 1. 2007.
28. SUCHOMEL, P.: Nemocnice s školy nevědí jak dál, článek zveřejněný v MF DNES dne 20.1. 2007.


29. SVĚTLÍK J.: Marketing a reklama. Zlín, Univerzita Tomáše Bati 2005, ISBN 80-7318-140-1.
30. SVOBODA, V.: Public relations moderně a účinně. 1. vyd. Praha, Grada Publishing 2006, ISBN 80 – 247 – 0564 – 8.
31. TATE, P.: Příručka komunikace pro lékaře – Jak získat důvěru pacienta. 1. vyd. Praha, Grada Publishing, ISBN 80 – 247 - 0911 – 2.
32. VAŠEK, P.: Julínek žebříček nemocnic zatím nezveřejní, chce ho prověřit, článek otištěný v Hospodářských novinách dne 6. 10. 2006.
33. VAŠEK, P.: Rozhovor s řediteli vybraných nemocnic zveřejněný ve speciální příloze Hospodářských novin IN journal dne 15. března 2007.
34. VESELÁ, J.: S pacienty musíme víc mluvit, článek zveřejněný dne 10.8. 2005 v deníku Rovnost.
35. Velký sociologický slovník. 1. vyd. Praha, Karolinum 1995, ISBN 80 – 7184 – 164 – 1 (1. svazek).
36. Zákon č. 48/1997 Sb. o zdravotním pojištění v platném znění (§ 11 odst. 2.)
37. Autor publikuje pod zkratkou ZRUČ: Žije v Praze, ale na operaci chtěl do Kladna článek publikovaný v MF DNES dne 15. 3 2007.
38. Internetové stránky společnosti Pfizer: www.pfizerhealthliteracy.com.
39. Internetové stránky nemocnice Na Homolce: www.homolka.cz.
40. Internetové stránky společnosti HealthCare Institute: www.hc-institute.org.
41. Internetové stránky společnosti CzechMed: www.czechmed.cz.

11 SEZNAM PŘÍLOH

11.1 Příloha č. 1:

Infobanka

Stránka č. 1 z 2

Titulek:	Zelenka se podle advokáta přiznal k osmi vraždám a devíti pokusům	
Klíčová slova:	ČR; kriminalita; zdraví; vražda; H. Brod; 3.VERZE; AUDIO	
Datum vydání:	5.12.2006 Čas vydání: 19:59 ID: T200612050922001	
Servis: dhk	Priorita: 3 Kategorie: zak; zdr	

Zelenka se podle advokáta přiznal k osmi vraždám a devíti pokusům

 K této zprávě: AUDIO
 Zpráva přepracována, doplněna o vyjádření advokáta podezřelého Vítězslava Menšíka.

Praha 5. prosince (ČTK) - Bývalý zaměstnanec havlíčkovobrodské nemocnice Petr Zelenka se podle advokáta Vítězslava Menšíka přiznal k celkem osmi vraždám a devíti pokusům vraždy. Menšík to dnes večer řekl ČTK po návštěvě obviněného v hradecké vazební věznici. Policie přitom tvrdí, že muž je podezřelý ze sedmi vražd a deseti pokusů.

"Skutků bylo spácháno celkem 17, z toho je osm obětí a devět pacientů, kteří přežili," řekl Menšík. Podle něj se obviněný muž ke všem vraždám přiznal. "Stala se nějaká chyba, protože ke všem vraždám se přiznal u prvního výslechu na policii. Neumím si to vysvětlit," řekl ČTK Menšík.

Mluvčí východočeské policejní správy Iva Marková dnes před 18:00 ČTK řekla, že muž je stále obviněn ze spáchání sedmi vražd a deseti pokusů o vraždu. "Pokud by došlo ke změně, budeme o tom veřejnost informovat," řekla. Podotkla, že další informace policie k případu zveřejní až v pondělí 11. prosince.

Podle Menšíka bude vyšetřování případu pokračovat výslechy poškozených i příbuzných obětí, nutné bude také, aby obviněného muže vyslechli znalci. "Klient vazbu snáší velmi těžce, pláče. Neustále tím přemýšlí a je vidět, že si uvědomuje dosah svého jednání v plné šíři až nyní ve vazbě. Lituje toho," řekl Menšík s tím, že vyšetřování je na začátku, počet obětí by se však podle něj neměl měnit. "Klient trvá na počtu 17 obětí, tento počet je podle něj konečný," řekl Menšík.

Hejtman kraje Vysočina Miloš Vystrčil o zvýšení počtu obětí nemá žádnou informaci. "Do průběhu vyšetřování krajský úřad nijak nezasahuje," řekl ČTK.

Třicetiletého Zelenku zadržela policie v pátek. Trestných činů se prý dopustil v období od května do září 2006 na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Zelenka, kterému hrozí až doživotní trest vězení, se k činům podle policie doznal. Motiv jeho jednání není jasný, bude záležet na vyjádření znalců z oboru psychologie a psychiatrie. Podle detektivů nebyla motivem euthanasie ani majetkový prospěch.

Oběti Zelenka údajně usmrcoval nepovoleným podáním léku na ředění krve heparin, který nemocným způsobil masivní krvácení. Zelenka v havlíčkovobrodské nemocnici pracoval přes šest let na pozici zdravotní sestry. Po propuštění nastoupil do nemocnice v Jihlavě.

Kvůli případu dnes hejtman odvolal ředitele havlíčkovobrodské nemocnice Josefa Pejchla. "Důvodem je špatné manažerské zvládnutí celé situace," řekl Vystrčil ČTK. Pejchl ČTK řekl, že na krajském úřadu neměl s kým komunikovat. Důvodem jeho jednohlasného odvolání ředitele nebylo podle hejtmána pochybení v lékařské a zdravotní péči a nenastalo ani žádné systémové pochybení. "Důvodem jeho odvolání je absence nutné komunikace s krajem jako zřizovatelem nemocnice a manažerské selhání ředitele zařízení v případě řízení nemocnice po zjištění úmyslného poškození pacientů," řekl hejtman novinářům po jednání rady.

České nemocnice začaly po událostech v Havlíčkově Brodě prověřovat dodržování bezpečnostních kontrol a usilovat o urychlení akreditace, která stanovuje a prověřuje postup a organizaci práce. Mezinárodní akreditaci, která je zatím dobrovolná, mají pouze dvě zařízení - Ústřední vojenská nemocnice a Nemocnice Na Homolce v Praze. Většina nemocnic nemá ani samostatný bezpečnostní audit, který je také součástí akreditace, řekl v pondělí novinářům ministr zdravotnictví Tomáš Julínek.

11.2 Příloha č. 2

Mediální vztahy:

1. Na jakém místě je ve vaší nemocnici tiskový mluvčí, komu je podřízen. Je to samostatná funkce – nebo je spojena s nějakou další? Kolik lidí se v nemocnici věnuje PR?
2. V jakých případech pořádáte tiskové konference? Děláte je pravidelně, pokud ano, proč a jaké?
3. Jakým způsobem poskytujete médiím informace pro odborné články a komentáře? Máte přehled, kolik článků o vaší nemocnici vyšlo minulý rok? (přibližně) Máte seznam redaktorů, jak často ho obnovujete?

Profilace odborníků a managementu

4. Sledujete odbornou publikační činnost vašich lékařů? Vysíláte je na kongresy? Pořádáte kongresy?

Speciální akce

5. Jaké pořádáte speciální akce společenské akce k prezentaci zdravotnického zařízení. Například otevření nové kliniky, výročí zdravotnického zařízení, semináře, výstavy, dny otevřených dveří?
6. Jak často a jaké, děláte akce pro pacienty?

Vytváření poradních skupin

7. Má váš management k dispozici nějaké poradní skupiny, které jsou zaměřeny na témata, která chcete v komunikaci prosazovat a potřebujete k tomu získat širší platformu odborníků? Jaké skupiny a v čem vedení pomáhají?

Vlastní periodika a informační materiály

8. Jaká z nich a jak často využíváte? - Časopis, zpravodaj, internetové stránky, informační letáky, brožury, výroční zprávu, vzdělávací pořady ,,,,. Co z toho používáte a proč?

Informační telefonní linky

9. Používáte tento komunikační nástroj? V jakých případech? Jak často?

On-line diskuze a ankety

10. Diskutují vaši odborníci s pacienty prostřednictvím speciálních akcí (například každou středu je jim na webu k dispozici nějaký odborník)? Máte poradnu, kam mohou pacienti posílat své dotazy?

Reklama

11. Inzeráty, tv spoty, rozhlasové spoty? Používáte někdy některý z těchto komunikačních nástrojů. V jakých případech? Pokud ne, proč?

11.3 Příloha č. 3

Informace pro pacienta

N/02/01



DOKUMENTACE PRO INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

Zdravotnické zařízení:
Ošetřující lékař:
Jméno pacienta:
Datum narození:

Operace žaludku

Vážená pacientko, vážený paciente,

Vaše onemocnění vyžaduje, abyste se podrobil/a akutnímu či plánovanému operačnímu zákroku na žaludku. Před touto operací budete ošetřujícím lékařem informován/a o povaze výkonu, o operačním postupu, jeho následcích a možných rizicích a komplikacích. Tento materiál by Vám měl sloužit jako základní informace o důvodech operace, způsobu provedení a výhodách a nevýhodách jednotlivých operačních postupů. Dále by měl být vodítkem k Vašemu rozhovoru s ošetřujícím lékařem.

Důvody k operaci

Vzhledem k velmi širokému spektru důvodů k operacím žaludku není možno zde podrobně rozebírat všechny stavy, které si vynutí operační zákrok na žaludku. Mezi nejčastějšími důvody k akutní operaci je „prasklý“ žaludeční vřed (perforace vředu) a krvácení z vředu. Tento stav je velmi urgentní a vaše odmítnutí operace může mít za následek trvalé poškození zdraví, či dokonce úmrtí. Plánované operace žaludku se dnes nejčastěji provádějí pro některý z typů nádorů (zhoubný i nezhoubný), pro léky nevléčitelný žaludeční vřed, vzácněji pro některé vrozené poruchy. Rozsah a typ operace závisí nejenom na druhu onemocnění, ale také na zvyklostech a zkušenostech chirurgického pracoviště. Velmi obecně lze typy výkonů rozdělit na operace, kdy je celý žaludek pacientovi ponechán a je proveden drobný výkon v místě nepokročilého onemocnění (vředová choroba, nevelký nezhoubný nádor). U rozsáhlejšího postižení žaludku se provádí odstranění části žaludku (výkon resekční) nebo celého žaludku. Na přesnější informace se ptejte vašeho ošetřujícího lékaře.

Předoperační příprava

Operace žaludku se vždy provádí v celkové anestezii, tedy v takovém stavu, kdy ztratíte vědomí (stav je podobný hlubokému spánku) a nebudete pociťovat bolest ani jiné nepříjemné vjemy. Po skončení operačního výkonu opět nabudete vědomí. Před operací v celkové anestezii musíte dodržovat režim přípravy. Minimálně 6 hodin před operací nesmíte jíst ani pít (v praxi platí, že pokud je váš zákrok plánován na dopoledne, tak od předchozí půlnoci). Ošetřujícího lékaře musíte informovat o jakémkoliv prodělaném závažném onemocnění, operaci, úrazu, alergii. Dále musíte ošetřujícímu lékaři sdělit, zda netrpíte poruchami srážlivosti krve, závažnými interními chorobami, zda neužíváte léky zvyšující krvácivost. Jste povinni lékaře informovat o lécích, které dlouhodobě užíváte. Operace by neměla být prováděna v těhotenství, při současném infektu horních nebo dolních cest dýchacích, obecně při jakémkoliv současném akutně probíhající onemocnění.

Průběh operace

V den zákroku vám bude oholeno místo operačního pole. Vlastní operace je prováděna na operačním sále. Po ulehnutí na operační stůl vám bude aplikována anestezie. Po aplikaci léčiva do žilního systému po několika vteřinách zcela klidně a postupně ztratíte vědomí. Anesteziolog vás napojí na dýchací přístroj a kontrolní monitor. Po aplikaci anestezie operační tým natře operační pole dezinfekční látkou a započne operační výkon, jehož doba trvání závisí na typu operace.

VERLAG
DASHÖFER

Dokumentace pro informovaný souhlas pacienta • Copyright © 2002 – 2003 by Dashöfer Holding, Ltd. & Verlag Dashöfer, nakladatelství, spol. s r. o., Na Příkopě 18, P. O. Box 756, 111 21 Praha 1 • **Kopírování zakázáno** • Pořizování kopií, včetně fotokopí, rozšiřování, půjčování, pronájem, vystavování i jakékoli sdělování tohoto díla nebo jakékoli jeho části veřejnosti není bez souhlasu vydavatele dovoleno a je postížitelné podle autorského zákona i trestního zákona • **ISBN 80-86229-54-8**
Objednávky na adrese: Verlag Dashöfer, s. r. o., Na Příkopě 18, 111 21 Praha 1, tel. +420-224 197 333, fax +420-224 197 555, e-mail: info@dashofer.cz, www.dashofer.cz

Pooperační průběh

V bezprostředních několika hodinách po operaci můžete mít bolesti v operační ráně. Ty jsou zcela přirozené a ošetřující personál je bude tlumit léky proti bolesti. Po propuštění domů budete užívat při bolestech léky, které vám předepíše ošetřující lékař. Bolesti by měly postupně odeznít za 24–48 hodin. Zvracení je občasným nežádoucím účinkem anestezie a odezní většinou do 6–12 hodin po operaci. Tekutiny můžete začít polykat za 4 hodiny po operaci, avšak po některých typech operací žaludku nebudete moci přijímat stravu a tekutiny ústy několik dní. V tomto případě vám budou potřebné živiny a tekutiny dodávány přímo do žilního systému v dostatečném množství a správné skladbě. V bezprostředním pooperačním období vám bude pravidelně měřen krevní tlak a pulz. Moč vám bude v prvních dnech odváděna katétrek přímo z močového měchýře (pro nutnost přesného měření množství a skladby moči).

U některých typů operací žaludku je nutné odvádět tekutinu, která se hromadí v žaludku. K tomuto účelu slouží hadička, kterou budete mít zavedenou nosem do jícnu a žaludku. Pohybovat končetinami můžete libovolně ihned po operaci, vstát druhý den po operaci. Operační výkon na žaludku je vždy pro pacienta velmi náročný, proto budete po operaci ošetřováni a sledováni na jednotce intenzivní péče (JIP).

Dotazy o činnostech, které můžete a nemůžete po operaci vykonávat, vám zodpoví ošetřující lékař. Propuštění budete několik dní po výkonu (průměrně za jeden až dva týdny) v závislosti na typu operace. To vše podle vaší dohody s ošetřujícím lékařem. Stehy jsou odstraňovány podle typu materiálu a typu stehů za 7–14 dní. Jizva je zcela pevná za 6–8 týdnů, proto aby nedošlo k porušení hojení jizvy a vytvoření kýly v jizvě, budete moci vykonávat větší fyzickou aktivitu nejdříve za 6 týdnů po operaci.

Následky zákroku

Dlouhodobé následky zákroku závisí na typu operace, který podstoupíte. Např. po prostém sešití prasklého žaludečního vředu nebudete mít po jeho zhojení (za 6–10 týdnů) následky žádné. Ale po odstranění části, či dokonce celého žaludku, můžete mít trvalé následky tohoto nezbytného zákroku. V případě odstranění části žaludku jsou tyto následky po několika týdnech velmi mírné nebo nejsou žádné. Mohou mít podobu tlaků v nadbříšku, pocitu brzkého zasycení, plynatosti a nesnášenlivosti některých jídel. Tyto příznaky postupem času samy, či s podpůrnou léčbou vymizí, nebo se velmi sníží. Pokud vám bude odstraněn celý žaludek, patrně následky tohoto zákroku pociťovat budete. Míra výskytu obtíží závisí na způsobu náhrady žaludku a napojení jícnu na tenké střevo. Obecně lze říci, že můžete mít obdobné příznaky jako v případě odstranění části žaludku, ale mohou být výraznější. Žaludek je důležitým místem vstřebávání vitamínu B12 (při nedostatku se může snížit počet červených krvinek), proto při odstranění celého žaludku budete muset pravidelně dostávat dávky tohoto vitamínu. Rozsah operačního výkonu v případě odstranění celého žaludku je výrazný a patrně si vyžádá změnu vaší pracovní schopnosti.

Komplikace

Alergická reakce se může vyskytnout na kterémkoliv léčivu nebo dezinfekční prostředek. A to i tehdy, pokud jste v minulosti žádnou alergii nikdy nepozoroval/a. Zpravidla se objeví ihned po aplikaci léčiva či za několik desítek minut. Může mít formu pouhé kopřivky, zarudnutí nebo svědění kůže, ale též dechových obtíží, astmatu, slabosti, nízkého krevního tlaku, až šokového stavu. Pokud tato reakce vznikne, ihned o ní informujte vašeho ošetřujícího lékaře. Pomocí protialergických léků ji lze dobře zvládnout.

Krvácení – po každé operaci může dojít v bezprostředním pooperačním průběhu ke krvácení. Může se jednat o krvácení v operační ráně. To se projeví zvětšujícím se hematomem (modřinou) v okolí operačního místa nebo přímo vytékáním krve z operační rány. Je nutné ihned o tomto informovat ošetřujícího lékaře. V případě nevelkého krvácení postačí vyměnit obvaz a krvácení ustane, vzácně si vyžádá novou operaci. Podstatně závažnější je krvácení do dutiny břišní. To se projeví pocitem slabosti, poklesem krevního tlaku a zrychlením pulzu. Pokud je krvácení většího rozsahu, je nutné ho zastavit další operací. Tyto komplikace jsou vzácné.

Infekce operační rány je vzácná komplikace (do 1,5 %). Projeví se přetrvávající bolestivostí trvající déle jak 48 hodin od operace či znovuoživením se bolesti v ráně. Většinou je doprovázena teplotou nebo až horečkou. Rána je zarudlá, na pohmat bolestivá, někdy se sekrecí tekutiny z rány. Při objevení se těchto obtíží je nutné opět vyhledat ošetřujícího lékaře. Při provádění opakovaných převazů, event. léčby antibiotiky je tato komplikace dobře zvládnutelná.

Teplota – v prvních hodinách po operaci může dojít jako reakce organismu na operační výkon ke zvýšení teploty. Toto i bez léčby spontánně odezní během 12–48 hodin.

Poruchy močení – jako reakce na operační zákrok, anestezii může dojít k poruše močení – pacient se nemůže spontánně vymočit. Pokud se nevymočíte do 8 hodin po operaci, je nutné o tom informovat ošetřujícího lékaře. Ten pomocí léků či zavedení katétru do močového měchýře poruchu upraví.

Zvracení se může objevit v prvních 24 hodinách po operaci jako následek anestezie.

Poruchy střevní činnosti – ovlivněním nervového zásobení střev a žaludku anestezii a operačním výkonem dochází ke střevní a žaludeční nečinnosti. Ta se projeví pocitem plnosti, plynatostí a vzedmutím břicha. Tento zcela obvyklý jev spontánně ustoupí za 48–72 hodin.

Zánět hlubokých žil může nastat po jakékoliv operaci. Riziko vzniku tohoto stavu zvyšuje imobilizace na lůžku, nehybnost dolních končetin. Jeho riziko lze snížit časným vstáváním z lůžka po operaci, pohybem dolních končetin na lůžku (speciální cviky), užíváním elastických punčoch. Tam, kde se předpokládá delší imobilizace, u obézních pacientů či jinak rizikových nemocných, lze dále jeho riziko zmenšit podáváním preparátů Heparinu (látky snižující krevní srážlivost) před operací a po ní. Mezi příznaky zánětu hlubokých žil dolních končetin patří: pocit napětí nebo bolesti v lýtkách, otoky lýtek. Diagnózu potvrdí ultrazvukové vyšetření. Tuto komplikaci je nutné ihned léčit. Jedině tak lze zabránit jejímu dalšímu velmi nebezpečnému projevu – plicní embolizaci. K ní dojde, pokud se krevní sraženina z takto postižených hlubokých žil dolních končetin utrhne a žilním řečištěm se dostane až do žil v plicích, které ucpe. Při velké sraženině toto může vést až ke smrti.

Plicní komplikace – zejména u osob s dříve přítomným onemocněním plic (chronický zánět průdušek, ale i akutní onemocnění dýchacích cest) se mohou objevit po anestezii, kde je anestetikum aplikováno do dýchacích cest, některé plicní komplikace – zánět průdušnice, akutní zánět průdušek, nebo zánět plic. Tyto komplikace se projeví kašlem, bolestmi za prsní kostí, teplotou, pocitem krátkého dechu. Léčí se antibiotiky a podpůrnými léky.

Srdeční komplikace – vzhledem k tomu, že operace žaludku je velký operační zákrok s výraznou celkovou i srdeční zátěží pro pacienta, může dojít ke zhoršení přítomného onemocnění srdce. Srdeční komplikace mohou mít podobu poruch srdečního rytmu či zhoršení prokrvení srdečního svalu (až infarktu myokardu). Proto je nutné u pacientů s přítomným onemocněním srdce provést před operací pečlivé kardiologické vyšetření, které by mělo stanovit, zda je nemocné srdce schopné snést zátěž, kterou operace žaludku přináší. Tento druh komplikací u pacienta bez předchozího postižení srdce je velmi vzácný.

Poruchy hojení žaludeční stěny – jakýkoliv typ operace na žaludku je vždy ohrožen poruchou hojení žaludeční stěny (v místě jejího sešití či napojení žaludku na tenké střevo). Četnost výskytu této komplikace závisí na mnoha okolnostech, které chirurg většinou není schopen ovlivnit. Zhoršené hojení žaludeční stěny či místa napojení žaludku na tenké střevo (tzv. anastomóza) se častěji projevuje u pacientů vyššího věku, v celkově špatné zdravotní kondici, se zhoubnými nádory, u těch nemocných, kteří trpí mnoha dalšími chorobami. Tyto komplikace se projeví příznaky v závislosti na tom, jaký typ operace na žaludku byl proveden. Proto, pokud budete chtít vědět více o těchto komplikacích a možnostech jejich řešení, prodiskutujte je s vaším ošetřujícím lékařem či operátorem.

Keloidní jizva není komplikací v pravém slova smyslu. Jedná se o tvorbu vyvýšené, nápadné, hnědavé jizvy. Tvorba takovýchto jizev je geneticky podmíněna, u jedinců s touto poruchou se budou jakékoliv jizvy hojit tímto způsobem. K její korekci je nutná spolupráce s plastickým chirurgem.

Kýla v jizvě – k této komplikaci dojde, pokud je jizva výrazně namáhána ještě před jejím úplným zhojením. Též se může objevit při poruchách hojení rány (infekce, poruchy tvorby vaziva). V případě objevení se kýly v jizvě je vhodná její operační léčba s několikaměsíčním odstupem od prvního zákroku.



DOKUMENTACE PRO INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

Zdravotnické zařízení:

Ošetřující lékař:

Jméno pacienta:

Datum narození:

**Anamnestické údaje před operací**

	ano	ne
Trpíte některou z celkových chorob (onemocnění srdce, plic, ledvin, jater, zažívacího traktu atd.)? Pokud ano, jakou?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Prodělal/a jste nějakou operaci ? Pokud ano, jakou?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Užíváte trvale léky ? Pokud ano, jaké?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Prodělal/a jste nějakou vážnější infekční chorobu (žloutenku, TBC, AIDS), či jí trpíte? Pokud ano, jakou?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Vyskytla se u Vás někdy alergická reakce (svědivá vyrážka, ztížené dýchání po aplikaci nějakého léku, potravin, po kontaktu s nějakým kovem apod.)? Užíváte léky, které snižují srážlivost krve (Anopyrin, Acylpyrin, Pelentan, Pelentanetiae, Warfarin, Ibustrin, Ticlid aj.)? Pokud ano, jaké?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Trpíte nyní nějakým akutním onemocněním ? Pro ženy: Jste právě těhotná ?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ne

Souhlas pacienta

Pan/paní MUDr. mne v rozhovoru podrobně informoval/a o plánovaném zákroku a léčebném postupu. Též jsem byl/a informován/a o možných variantách zákroku, jeho následcích a komplikacích. Vše mi bylo sděleno srozumitelně, bylo mi umožněno si vše řádně rozvážit a měl/a jsme též možnost se zeptat na vše, co považuji za podstatné. Byl/a jsem upozorněn/a na event. nutnost zákrok rozšířit nebo modifikovat v závislosti na místním nálezu a celkovém stavu organismu. Považuji poučení za dostatečné, nemám další otázky a souhlasím s navrhovaným výkonem, tak jak mi byl navržen. V případě nutnosti souhlasím i s nutným rozšířením nebo modifikací výkonu, v případě potřeby i s podáním nezbytné transfuze krve.

Místo/datum: Podpis pacienta:
(zákonného zástupce)

Podpis lékaře:

Nesouhlas pacienta

Po podrobném vysvětlení a objasnění byl navrhovaný výkon pacientem odmítnut. Pacient byl informován o možných nepříznivých následcích, které z toho mohou vyplynout, včetně možného zhoršení zdravotního stavu.

Místo/datum: Podpis pacienta:
(zákonného zástupce)

Podpis lékaře:



11.4 Příloha č. 4

Dotazník pro účely výzkumné sondy na téma komunikace lékařů s pacienty

1. Kolikrát se obvykle setkáváte s hospitalizovaným pacientem, mimo pravidelné vizity?

- a/ jednou
- b/ dvakrát
- c/ třikrát a více

2. Jak dlouho trvá konzultace, nyní sepsání „informovaného souhlasu“, před samotným lékařským zákrokem?

- a/ čtvrt hodiny
- b/ třicet minut
- c/ déle

3. O zákroku obvykle mluvíte:

- a/ pouze s pacientem
- b/ s pacientem a jeho nejbližší rodinou (tj. manželem(kou), dětmi)
- c/ s pacientem, nejbližší rodinou i dalšími příbuznými

4. Chtějí být pacienti více zapojeni do rozhodování o své léčbě:

- a/ ano, chtějí co nejvíc informací
- b/ stačí jim standardně poskytované informace
- c/ ne

5. Rozumí pacienti tomu, co jim říkáte o jejich diagnóze?

- a/ ano, nemají s tím problémy
- b/ občas se na něco ptají
- c/ ne, musím jim to „polopaticky“ vysvětlovat

6. Jak často pacienti odmítnou přijmout navrhouanou léčbu:

a/ souhlasí se vším

b/ občas mají námitky

c/ často nesouhlasí

7. Požadují po vás pacienti, abyste je během hospitalizace častěji navštěvoval/a?

a/ Ano, toto se stává často

b/ Ano, občas tato situace nastane

c/ Nesetkávám se s tím prakticky vůbec

8. Pamatujete si jméno každého pacienta, kterého nyní operujete/ošetřujete?

a/ ano, pamatuji

b/ ne, pamatuji si jen některá

9. Myslíte si, že se potřebujete dále vzdělavat v tom, jak komunikovat s pacienty?

a/ Stačí mi dosavadní vysokoškolské vzdělavání a nemám potřebu se v oblasti komunikace s pacienty dále vzdělavat

b/ kurzu komunikace bych se nebránil/a

c/ ano, cítím potřebu své komunikační schopnosti nadále systematicky rozvíjet

10. Lékaři jsou často vystavováni kritice, že nemají na své pacienty čas a že s nimi málo komunikují. Ovšem to je jen jedna strana mince. Co byste Vy osobně pacientům vytkli?