Projekt přestavby stravovacího provozu ve vybraném zdravotnickém zařízení

Bc. Simona Gorčíková

Diplomová práce
2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu
akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Bc. Simona Gorčíková**
Osobní číslo:	**M15653**
Studijní program:	**N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor:	**Management ve zdravotnictví**
Forma studia:	**kombinovaná**
Téma práce:	**Projekt přestavby stravovacího provozu ve vybraném zdravotnickém zařízení**

Zásady pro vypracování:

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- **Zpracujte literární rešerši vztahující se k problematice kvality služeb ve zdravotnictví a k problematice projektového řízení.**

II. Praktická část

- **Popište a analyzujte řízení kvality služeb s důrazem na provoz stravování ve vybraném zdravotnickém zařízení.**
- **Na základě výsledků analýzy vypracujte projekt přestavby stravovacího provozu.**
- **Projekt zhodnoťte z hlediska implementace do praxe.**

Závěr

Rozsah diplomové práce: **cca 70 stran**

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

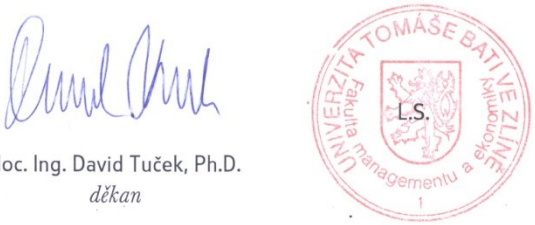
BENNETT, J. Michael a Danny HO. Project management for engineers. Singapore: World Scientific, 2014, 379 s. ISBN 978-981-4447-92-8.
GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
POLIT, Denise F. a Cheryl Tatano BECK. Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2006, 554 s. ISBN 0-7817-4972-7.
ROSENAU, Milton D. Řízení projektů: příprava, plánování, načasování a zahájení, řízení lidských zdrojů, provádíme změny, vyhodnocení úspěšnosti. 3. vydání. Brno: Computer Press, 2010, 344 s. ISBN 978-80-251-1506-0.
VLČEK, Radim. Strategie hodnotových inovací: tvorba, rozvoj a měřitelnost inovací. Praha: Professional Publishing, 2011, 196 s. ISBN 978-80-7431-048-5.

Vedoucí diplomové práce: **doc. Ing. Pavla Staňková, Ph.D.**
Ústav managementu a marketingu

Datum zadání diplomové práce: **15. prosince 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **18. dubna 2017**

Ve Zlíně dne 15. prosince 2016



doc. Ing. David Tuček, Ph.D.
děkan

doc. Ing. Pavla Staňková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA
DIPLOMOVÉ PRÁCE

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové práce bude uložen na elektronickém nosiči v příruční knihovně Fakulty managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně;
- byla jsem seznámena s tím, že na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

1. že jsem na diplomové práci pracovala samostatně a použitou literaturu jsem citovala. V případě publikace výsledků budu uvedena jako spoluautor.
2. že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 4. 4. 2017

Jméno a příjmení: Simona Gorčíková

.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Cílem této práce je vytvoření projektu přestavby stravovacího provozu Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Východiskem ke zvoleným analýzám nutným pro identifikaci problému a projektovému řešení problému sloužily teoretické poznatky z oblasti hodnocení kvality poskytované péče ve zdravotnictví, sledování spokojenosti pacientů a zásad projektového řízení. Kvantitativní analýzou současného stavu řízení kvality služeb v oblasti stravování byla zmonitorována úroveň spokojenosti pacientů se stravováním a byly vydefinovány nedostatky poskytované stravovací služby. Podstatou následně vypracovaného projektu byl návrh řešení vedoucí ke zvýšení kvality poskytované služby, zohledňující současné požadavky a potřeby pacientů, provozní požadavky i legislativní normy. Projektové řešení bylo podrobeno nákladové, časové, rizikové a multikriteriální analýze. Výsledky této práce využije management Psychiatrické nemocnice Kroměříž v rámci procesu kontinuálního zvyšování kvality.

Klíčová slova: kvalita, spokojenost, pacient, stravování, projekt

ABSTRACT

The aim of this thesis is to create a restructuring project of Psychiatric hospital Kroměříž catering service. The starting point for the analysis necessary for the problem identification and its solution were the theoretical project findings in the quality evaluation of health care provided, monitoring patients´ satisfaction and project management principles. The quantitative analysis of the present state of food quality management services monitored the satisfaction level of patients and defined food services flaws. The foundation for the prepared project was a proposed solution resulting in quality service increase taking the present patients´ requirements and needs as well as operational requirements and the law into account. The cost, time, risk and multi-criterion analysis of the project solution was performed. The results of this thesis will be used by the management of Psychiatric hospital Kroměříž as a part of continuous quality improvement.

Keywords: quality, satisfaction, patient, nutrition, project

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce doc. Ing. Pavle Staňkové, Ph.D. za cenné rady a připomínky při zpracování práce, odborné vedení a čas, který mi věnovala.

„Kvalita znamená nekonečný cyklus soustavného zlepšování“.

W. Edwards Deming

OBSAH

ÚVOD **9**
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE **10**
I TEORETICKÁ ČÁST **11**
1 KVALITA A JEJÍ ŘÍZENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ **12**
1.1 SYSTÉM KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ 13
1.1.1 Míra vlivu podstatných determinant na rozvoj kvality 14
1.1.2 Základní postupy při zlepšování kvality 15
1.2 SPOKOJENOST PACIENTŮ S KVALITOU ZDRAVOTNÍ PÉČE 16
1.3 SBĚR INFORMACÍ PRO ZJIŠTĚNÍ SPOKOJENOSTI PACIENTŮ 17
1.3.1 Výběrové šetření 17
1.3.2 Kvantitativní výzkum 18
1.3.3 Dotazník 19
Sběr a zpracování dat 20
1.3.4 Kvalitativní výzkum 21
1.3.5 Ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu 23
2 PROJEKTOVÉ ŘÍZENÍ **24**
2.1 PROJEKT 26
2.2 PROJEKTOVÉ PLÁNOVÁNÍ 27
2.2.1 Využití SWOT analýzy v projektovém řízení 28
2.2.2 Plánování a odhad nákladů 29
2.2.3 Vytváření časového plánu 30
2.2.4 Multikriteriální rozhodování 30
2.3 RIZIKA PROJEKTU 31
3 ZÁVĚR POZNATKŮ TEORETICKÉ ČÁSTI **33**
II PRAKTICKÁ ČÁST **34**
4 CHARAKTERISTIKA VYBRANÉHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ **35**
4.1 SLEDOVÁNÍ KVALITY V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI KROMĚŘÍŽ 36
4.1.1 Ukazatele kvality a bezpečí 37
4.1.2 Organizační složky sledování kvality 37
Rada kvality a bezpečí PNKM 37
Komise pro nežádoucí události PNKM 38
Vedoucí pracovníci PN KM 38
4.1.3 Interní audit 38
4.2 ZJIŠŤOVÁNÍ SPOKOJENOSTI PACIENTŮ S LÉČBOU V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI KROMĚŘÍŽ 39
5 ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU ŘÍZENÍ KVALITY SLUŽEB V PROVOZU STRAVOVÁNÍ **41**
5.1 AKTUÁLNÍ ÚROVEŇ AKTIVIT SPOJENÝCH SE SPOKOJENOSTÍ PACIENTŮ SE STRAVOVÁNÍM V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI KROMĚŘÍŽ 44
5.1.1 Dotazník týkající se kvality stravovacího provozu 45
Organizace dotazníkového šetření stravovacího provozu 47
5.1.2 Analýza výsledků monitoringu spokojenosti pacientů se stravováním 49

Výsledky ústavního Dotazníku spokojenosti s léčbou z let 2013–2016 49
Výsledky dotazníkového šetření stravovacího provozu z let 2013–2016 50
Celková spokojenost 54
Hodnocení nutriční péče 55
5.1.3 Analýza skladby aplikovaných diet v PNKM v letech 2013–2016 56
5.1.4 Zhodnocení provedených opatření ke zvýšení spokojenosti pacientů se stravováním 58
5.2 SWOT ANALÝZA STRAVOVACÍHO PROVOZU PNKM 60
5.2.1 Silné stránky 60
5.2.2 Slabé stránky 61
5.2.3 Příležitosti 63
5.2.4 Hrozby 64
6 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI 65
7 PROJEKT PŘESTAVBY STRAVOVACÍHO PROVOZU 66
7.1 DEFINOVÁNÍ CÍLE PROJEKTU 66
7.2 PŘÍNOSY PROJEKTU 66
7.3 VÝCHODISKA PRO PROJEKT 67
7.3.1 Současné dispoziční řešení stravovacího provozu PNKM 67
7.3.2 Legislativní požadavky na provozovnu společného stravování 72
Obecné požadavky na potravinářské provozy 73
Specifické požadavky na prostory pro přípravu, ošetření nebo zpracování potravin 74
Přeprava 75
Potravinářské odpady 75
7.3.3 Provozní požadavky na nový stravovací provoz PNKM 76
7.4 ALTERNATIVY ŘEŠENÍ 83
7.4.1 Projekt rekonstrukce stávající budovy stravovacího provozu 85
7.4.2 Projekt stavby nové budovy stravovacího provozu 88
7.5 VYHODNOCENÍ VHODNÉHO ŘEŠENÍ 89
7.5.1 Nákladová analýza 90
7.5.2 Časová analýza 92
7.5.3 Riziková analýza 96
7.5.4 Multikriteriální analýza 100
7.6 ZHODNOCENÍ PROJEKTU Z HLEDISKA JEHO IMPLEMENTACE DO PRAXE 104
ZÁVĚR 105
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 106
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 110
SEZNAM GRAFŮ A OBRÁZKŮ 112
SEZNAM TABULEK 113
SEZNAM PŘÍLOH 115

ÚVOD

V posledních letech se i v naší republice začínají ve velké míře sledovat názory pacientů na úroveň poskytované péče. Mladší generace se postupně budou dostávat do věku větší spotřeby zdravotních služeb a v souvislosti s posilováním postavení pacienta ve zdravotním systému, zdravotnictví vnímané jako klientský systém, se budou nároky na kvalitu zdravotních služeb výrazně zvyšovat. K udržení spokojenosti pacientů na stejné úrovni nebude stačit udržovat kvalitu na dosažené úrovni, byť by byla vysoká, ale bude nezbytné dále zvyšovat kvalitu a profesionalitu poskytovaných služeb. Začíná se stále více prosazovat požadavek sledování nemocných a jejich výpovědí zaměřených na potřeby, zkušenosti a hodnoty. Získané poznatky jsou využívány ke sledování kvality léčebného procesu. Subjektivní názory pacientů jsou považovány za katalyzátor budoucích změn v léčebné péči a subjektivní uspokojení pacientů je důležitou součástí hodnocení kvality péče. Dosažení optimální úrovně spokojenosti pacientů se stává cílem, o který pak jde jak samotným pacientům, tak i zdravotníkům.

Diplomová práce si klade za cíl vytvoření projektu přestavby stravovacího provozu v Psychiatrické nemocnici Kroměříž, v němž by byla zohledněna kvalita péče v přístupu k pacientovi jako nekonečného cyklu soustavného zlepšování. Téma práce je zvoleno pro svou aktuální využitelnost v praxi, kdy po několika dílčích opatřeních vedoucích ke zvýšení spokojenosti strávníků se jeví jako další stupeň ke zvýšení kvality poskytované služby přestavba technicky zastaralého provozu.

Teoretickým podkladem k vytvoření práce je zpracování literární rešerše se zaměřením na systém kvality ve zdravotnictví, sledování spokojenosti pacientů a možné postupy při zlepšování kvality. Dále je zmapována oblast kvantitativního a kvalitativního výzkumu včetně technik využitelných ke sběru informací. Nedílnou součástí teoretického základu jsou poznatky o zásadách projektového řízení a tvůrčí aktivitě, coby nezbytného iniciátora změny.

Na teoretickou část navazuje část praktická, jejíž první polovina je věnována analýze současného stavu řízení kvality služeb v oblasti stravování. Na základě analytických poznatků jsou vyhodnocena východiska pro projekt. V závěru praktické části je vypracováno projektové řešení problému hodnoceného v analytické části, včetně variant navrhovaných řešení s následným zhodnocením z hlediska opodstatněnosti řešené problematiky a přínosu pro Psychiatrickou nemocnici Kroměříž.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je vypracování projektu přestavby stravovacího provozu v Psychiatrické nemocnici Kroměříž vedoucí ke zlepšení kvality poskytovaných stravovacích služeb, zvýšení spokojenosti pacientů se stravováním, zlepšení pracovních podmínek zaměstnanců kuchyně a snadnějšímu dodržování hygienických požadavků. Pro splnění hlavního cíle diplomové práce bude využito znalostí z teoretické části a výsledků z analytické části diplomové práce.

V diplomové práci bude nejprve analyzován současný stav řízení kvality služeb v provozu stravování pomocí metody kvantitativní analýzy, dotazníkovým šetřením. Cílem je zjistit úroveň spokojenosti hospitalizovaných pacientů se stravováním v Psychiatrické nemocnici Kroměříž, vyhodnotit jejich připomínky a získané informace využít ke zlepšení poskytované služby. Dotazník obsahuje sedmnáct uzavřených otázek, jednu polouzavřenou a jednu volnou otevřenou otázku. V sedmi otázkách je zjišťována úroveň spokojenosti s podávanou stravou, ostatní otázky se týkají úrovně zabezpečení léčebné výživy, informovanosti pacienta o léčebné výživě a demografických charakteristik respondentů. Výsledky dotazníkového šetření budou vyhodnoceny v relativní četnosti. Ke zmonitorování vývoje úrovně spokojenosti pacientů se stravováním v průběhu let bude provedena analýza výsledků dotazníkového šetření za roky 2013–2016. Pro získání dalších podkladů k návrhu řešení vedoucí ke zvyšování kvality v popisovaném zařízení bude proveden sběr informací z vnějšího a vnitřního prostředí, zpracování SWOT analýzy pro uvedené zdravotnické zařízení s důrazem na provoz stravování, definování silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb. Cílem analytické části je zhodnotit existující stav a jeho možný vývoj, získat podklady pro východiska projektu, potvrdit nebo vyvrátit potřebnost realizace projektu.

Cílem praktické projektové části diplomové práce bude hledání reálných alternativ řešení problému hodnoceného v analytické části, vzájemné porovnání a výběr varianty, která bude přinášet nejpříznivější výsledky, tedy navržení řešení v podobě projektu vedoucího ke zkvalitnění stávajících stravovacích služeb. Uvedený projekt přestavby stravovacího provozu vybraného zdravotnického zařízení bude v závěrečných částech diplomové práce podroben nákladové, časové, rizikové a multikriteriální analýze a bude provedeno zhodnocení přínosu vypracovaného projektu a jeho implementace do praxe pro uživatele, Psychiatrickou nemocnici Kroměříž.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA A JEJÍ ŘÍZENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Kvalita zdravotnických služeb je citlivým tématem, které nezajímá jen provozovatele zdravotnických zařízení. Zajímá státní správu, plátce zdravotního pojištění a hlavně širokou veřejnost, tedy pacienty. Podle Svobodové (2012, s. 28) je kvalitní zdravotní péče výsledkem „smlouvy“ mezi vládou, pacientem a zdravotníkem. Koncepce kvality je primárně určena kulturním a sociálním prostředím. Představu kvality péče ve zdravotnických zařízeních ovlivňují jednak kolektivní hodnoty, které ve společnosti dominují, jednak individuální hodnoty těch, jež kvalitu definují. Definic kvality zdravotní péče existuje několik. Světová zdravotnická organizace definovala kvalitu jako službu „která co nejefektivnějším způsobem organizuje zdroje, aby se spolehlivě uspokojily zdravotní potřeby v oblasti prevence a péče u těch nejpotřebnějších, bez zbytečného plýtvání a v mezích požadavků vyšší úrovně“. Uvedená definice v sobě implikuje potřebu bezpečí, zajištění základních lidských práv a užití legislativních norem.

Při vnímání kvality ve zdravotnictví Madar (2004, s. 27) rozlišuje mezi odbornými definicemi kvality a zcela subjektivním, jedinečným, vlastním prožitkem. Podle něj má kvalita dvě dimenze – subjektivní, tj. spokojenost jedince, a objektivní, tzn. sledování určitých přesně nastavených kritérií. Madar (2004, s. 35) dále uvádí, že kvalita zdravotní péče musí být chápána jako komplexní služba, kdy základním hlediskem je kvalita vlastního léčebného úkonu, tedy „co“ se poskytuje. Nezanedbatelnou roli však mají doprovodné služby: organizace příjmu pacienta, podávání informací, zajištění bezpečnosti, ubytování, strava, organizace péče, kulturní možnosti v nemocnici, tedy „jak“ je služba či péče poskytována.

Podobně smýšlí Škrla a Škrlová (2003, s. 19), kteří doplňují řadu dimenzí kvality zdravotní péče:

- bezpečnost – možná rizika zákroku nebo nemocničního prostředí jsou omezena na nejnižší míru nebo zcela vyloučena;
- kompetence – znalosti a dovednosti každého jednotlivce jsou v souladu s nabízenou péčí;
- přijatelnost – veškerá péče a služby jsou přijatelné pro zákazníky a odpovídají jejich požadavkům;
- efektivnost – péče a služby mají za účel dosažení očekávaných výsledků;
- vhodnost – veškerá péče a služby jsou vhodné a relevantní vůči potřebám pacientů a jsou založeny na uznávaných standardech;

- ekonomičnost – očekávaných výsledků je dosaženo s nejekonomičtějším využitím zdrojů;
- dostupnost – možnost zákazníka získat potřebné a přiměřené služby na správném místě, v pravý čas, skutečným odborníkem;
- kontinuita – schopnost nabízet koordinované služby návazné v prostoru a čase;
- včasnost – stupeň, v němž je péče poskytována pacientům v době, kdy ji nejvíce potřebují a kdy je pro ně nejprospěšnější;
- přiměřenost – péče je poskytována na současné úrovni vědeckého poznání a odpovídá danému stavu a potřebám pacienta;
- úcta a vnímavost – stupeň zapojení pacientů a jejich rodinných příslušníků do rozhodovacích procesů týkajících se jejich zdraví. Způsob, jakým zdravotnický personál respektuje stud, lidskou důstojnost, soukromí a individuální odlišnosti pacientů.

1.1 Systém kvality ve zdravotnictví

Systém kvality ve zdravotnictví lze dle Gladkého (2003, s. 289) definovat jako souhrn struktury organizace jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž pečují. Systém kvality tedy zahrnuje celý proces tvorby postupů, sběru informací, stanovení standardů a hodnocení výsledků toho, co je ve zdravotnictví organizováno jako zdravotní péče a zdravotnické služby. Systém kvality jednotlivého zařízení ovlivňuje v souhrnu i kvalitu celého systému zdravotnictví.

Kvalita zdravotní péče obsahuje (podle Donabediana) tři vzájemně spjaté prvky:

- strukturu péče (jako souhrn zdrojů a podmínek péče);
- vlastní proces (např. diagnostické a léčebné postupy a jednání zdravotnických pracovníků s pacienty);
- výstupy a výsledky péče (např. počet provedených vyšetření a ošetření, podíl vyléčených a zlepšených pacientů či příznivý vliv péče na kvalitu a délku jejich života (Gladkij, 2003, s. 293).

Cílem zlepšování kvality je rovněž omezit chyby, nežádoucí výsledky, promrhaný čas a přídatné náklady spojené se špatnou jakostí konkrétního zdravotnického výkonu či služby.

1.1.1 Míra vlivu podstatných determinant na rozvoj kvality

K implementaci systémů kvality některé faktory přispívají podstatným způsobem, jiné jen málo či nevýznamně. Aby bylo možné usměrňovat růst kvality, je třeba znát determinanty, na kterých je růst kvality závislý. Jde nejen o vlivy tlaku zevního prostředí na zdravotnické instituce, ale zejména jde o podněty řídících pracovníků, o motivační faktory, vyplývající z kultury instituce.

Při řízení rozvoje kvality ve zdravotnictví je podle Gladkého (2003, s. 304) nezbytné brát v úvahu tyto determinanty:

- determinanty prostředí (donucovací nátlak, napodobovací nátlak, normativní nátlak);
- determinanty vnitřní organizace instituce (míra centralizovaného rozhodování, míra formalizace procedur, formalizovaná komunikace, míra hierarchické organizační struktury, míra konzervativnosti odborníků, velikost a rozsah organizace);
- charakteristiky pracovní oblasti instituce (úroveň vzdělanosti a profesionalizace, specializovaná péče, druh a umístění zdravotnické instituce).

Míru vlivu podstatných determinant na možný rozvoj kvality pak Gladkij (2003, s. 302) uvádí následovně.

- Na formulaci cílů pro zlepšení kvality má největší vliv samotné vnímání systému kvality, vnímání výsledků dosavadní kvality, vnímání rozvoje kvality.
- Formulaci a volbu postupů ke změně mnohem více ovlivňuje vnitřní uspořádání organizace a charakter pracovních skupin zaměstnanců instituce.

Z determinant individuálních se jeví jako nejvýznamnější osobní compliance pracovníků se systémem kvality, angažovanost manažerů v systému kvality, angažovanost lékařů v systému kvality.

Decentralizované rozhodování, neformální komunikace a přístupnost ke změnám ze strany odborníků jsou popisovány jako pozitivní faktory implementace inovací, zatímco centrální rozhodování, příliš hierarchické struktury organizací a přílišná formalizace každodenních aktivit nadměrnou standardizací se považují za restriktivní. S implementací zlepšování kvality pozitivně korelují participativní a flexibilní kultura organizace, stejně jako angažovanost vrcholného managementu.

1.1.2 Základní postupy při zlepšování kvality

Hodnocení výsledků v medicíně je daleko obtížnější než hodnocení struktury a procesu péče. Výsledky ve zdravotnické péči mají převážně pravděpodobnostní charakter a často jeví výrazné zpoždění efektu. Někdy je obtížné stanovit, jak se na výsledku podílela kvalita péče a jak individuální znaky pacienta.

Pro systém kvality je charakteristické, že pozornost věnovaná kvalitě se netýká jen náhodných projektů, ale pokrývá celou činnost instituce. Gladkij (2003, s. 299) popisuje několik stádií rozvoje a implementace kvality. Úvodním stádiem je orientace. V tomto stádiu se neodehrává žádná mimořádná činnost při řízení nebo zlepšování procesů péče. Vytvářejí se však zpravidla podmínky a předpoklady pro systematičtější zajišťování kvality a její zlepšování. Ve druhém stádiu se zavádějí projekty zlepšování. Ve třetím stádiu vzniká vlastní systém kvality, protože zajišťování a zlepšování se stává regulérní částí denní rutiny postupně ve všech částech instituce a vytváří koherentní celek.

Ve vyspělých zemích je samozřejmostí, že pacienti a plátci očekávají od zdravotnických zařízení kvalitní, efektivní a standardizované služby. Navíc se od nich očekává, že budou schopna kdykoliv předložit důkazy o kvalitě jimi poskytované léčebné a ošetřovatelské péče. Z těchto důvodů je pro činnost zdravotnických zařízení strategicky důležité používání systémových modelů kontinuálního zvyšování kvality a efektivity poskytované zdravotní péče. V ekonomicky vyspělých zemích existuje řada modelů a systémů, které se zabývají rozvojem a standardizací kvality, a většina zemí má své vlastní systémy standardizace. Systémové modely kvality rozděluje Škrla a Škrlová (2003, s. 46) do čtyř kategorií.

1. Modely systémů řízení kvality (Mezinárodní organizace pro normalizaci – ISO).
2. Modely (národní a nadnárodní) akreditačních standardů (JCAHO, JCIA, ANAES, SAK – ČR).
3. Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů (ISQua, ALPHA).
4. Modely excelence – světové ceny za kvalitu (Baldrige, EFQM, Six Sigma).

Naproti tomu Madar (2004, s. 43) zmiňuje, že nemocnice v USA od systému hodnocení JCAHO ustupují. Jeví se jako příliš byrokratický, hodnotící hlavně dokumentaci a ne procesy, napomáhá zlepšování špatných nemocnic, ale nemotivuje dobré. Také to, že JCAHO nekontroluje žádná veřejná organizace a její činnost není dána žádnou zákonnou normou je

společně s cenou akreditace v porovnání s přínosem pro nemocnici důvodem, proč nemocnice od tohoto systému upouštějí.

1.2 Spokojenost pacientů s kvalitou zdravotní péče

Spokojenost je definována jako pozitivní ohodnocení určitých vymezených dimenzí zdravotní péče. Spokojenost pacientů lze vysvětlit vztahem mezi tím, co si pacient přál a očekával a tím, co se domnívá, že dostal. Potom spokojenost ukazuje, do jaké míry byla očekávání a ideální přání pacienta splněna. Určující roli v tomto modelu tedy hraje očekávání pacientů. Reálné zkušenosti s péčí mají až druhotný význam. V rámci tohoto konceptu spokojenosti pacientů jsou charakteristiky pacientů (pohlaví, věk, vzdělání, osobnost pacienta) považovány za rozhodující (Bártlová a Hnilicová, 2000, s. 68).

Podle Madara (2004, s. 69) musí organizace, jako jedno z měřítek výkonnosti systému managementu jakosti, monitorovat informace týkající se vnímání zákazníka – pacienta, pokud jde o to, zda organizace splnila jeho požadavky. Způsob získávání a používání těchto informací se musí určit. Normou ISO 9001:2000 je spokojenost definována jako míra vnímání zákazníka týkající se úrovně, s jakou byly naplněny jeho požadavky. Za předpokladu, že jsou známy skupiny zákazníků a jejich požadavky, musí proces měření jejich spokojenosti obsahovat tyto základní kroky:

- stanovení znaků spokojenosti pacientů,
- návrh a tvorba dotazníků k monitorování spokojenosti pacientů,
- stanovení velikosti výběru,
- výběr vhodné metody shromažďování údajů,
- tvorba postupů pro vyhodnocování údajů, včetně postupů kvantifikace míry spokojenosti,
- využívání výsledků měření spokojenosti jako vstupů pro procesy zlepšování.

Lze se ztotožnit s názorem autorek Murdock a Griffin (2013, s. 44), že ke zvýšení spokojenosti pacientů vede zaměření se na pacienta, komunikace a důvěra mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče, respektování pacienta a průběžná informovanost pacienta.

Bártlová a Hnilicová (2000, s. 72) uvádí následující cíle průzkumů spokojenosti pacientů:

- slouží pro hodnocení kvality práce jednotlivých oddělení, klinik, eventuálně i jednotlivých pracovníků,
- přináší podklady pro změny ve způsobu a režimu poskytování léčebné péče,

- poskytuje informace o kvalitě „hotelových“ služeb a vybavenosti oddělení,
- poskytuje podklady pro organizační změny, které může management zdravotnického zařízení zavádět pro zlepšení pohody a komfortu pacientů,
- z hlediska pacientů monitoruje efektivnost a dopad provedených změn na kvalitu péče,
- poskytuje podklady pro srovnání subjektivní kvality péče v různých zdravotnických zařízeních.

1.3 Sběr informací pro zjištění spokojenosti pacientů

Při sběru dat spočívá těžiště této činnosti v co nejobsáhlejším a nejpečlivějším zachycení dat příslušnými technikami. Tato činnost probíhá plánovitě a nezbytností je rovněž zpracování potřebných organizačních i kontrolních opatření pro sběr informací. Bártlová, Sadílek a Tóthová (2008, s. 119) upozorňují na hlavní faktory, ke kterým je třeba přihlížet při rozhodování o technice sběru informací. Důležitým faktorem je možnost teoreticky vyjádřit sledovaný jev. Dalším činitelem je velikost a složení zkoumaného souboru a rozhodujícím faktorem pro volbu technik je charakter zkoumaného souboru. Je třeba vzít v úvahu také technické, časové, finanční i vlastní možnosti výzkumníka. Vlastní možnosti jsou dány teoretickou vybaveností a praktickými zkušenostmi v empirickém šetření. Žádná technika není univerzální, záleží na okolnostech, který způsob je pro určité šetření nejvýhodnější.

1.3.1 Výběrové šetření

Jsou-li předmětem výzkumu lidé, pak všichni, o nichž se výzkum snaží získat informace, tvoří základní soubor (populaci). Pokud není možné získat data od celé populace, lze provést výběrové šetření. Ve výběrovém šetření jde o sběr informací standardizovaným způsobem (například pomocí standardizovaného dotazníku) od skupiny lidí. Jak Hendl (2004, s. 51) popisuje, výzkumník shromažďuje data o populaci pomocí nějaké formy výběru jedinců nebo jednotek a sběru hodnot určitých proměnných, ale nepokouší se o jejich ovlivnění. Výběrové šetření je charakterizované dvěma základními vlastnostmi.

- Jedná se o sběr relativně malého množství dat ve standardizované podobě od relativně velké skupiny jedinců.
- Provádí se výběr jedinců z nějaké známé populace.

Plán výběru označuje metodu použitou pro výběr podmnožiny jedinců ze základní populace – výběr na základě dobrovolnosti, výběr na základě dostupnosti, kvótní výběr a náhodný

výběr. Jak následně Hendl (2004, s. 53) dodává, první tři popsané techniky výběru nejsou zcela optimální, protože získaná data mohou být zkreslena. Zkreslení je systematická chyba, která se projeví, jestliže se data získávají od jedinců, kteří patří do subpopulace se specifickými znaky. Výběr na základě dobrovolnosti preferuje jedince, kteří jsou nějakým způsobem motivováni k tomu, aby se k dotazům vyjádřili. Dobrovolníci mívají obvykle více extrémní názory. Výběr na základě dostupnosti zahrnuje skupinu dostupnou na daném místě a v daném okamžiku. Hlavním nedostatkem kvótního výběru je subjektivní volba a není jisté, zda tazatel nevědomky nedává přednost určitému typu respondentů. Prostý náhodný výběr eliminuje výběrové zkreslení, protože všechny podmnožiny daného rozsahu mají stejnou šanci, že budou vybrány pro pozorování, dotazování nebo měření.

1.3.2 Kvantitativní výzkum

Podle Polita a Beck (2006, s. 4) je ošetřovatelský výzkum systematické šetření zaměřené na rozvoj znalostí v otázkách důležitých pro zdravotní sestry, včetně ošetřovatelské praxe a vzdělávání sester.

Kvantitativní výzkum má, jak uvádí Freshwater a Bishop (2004, s. 80), svůj původ v pozitivizmu. Znamená to předpoklad, že lidské chování můžeme do jisté míry měřit, pozorovat a předvídat. Pozitivizmus lze považovat za paradigma kvantitativního výzkumu. Data získaná z kvantitativního výzkumu jsou obvykle číselná.

Podobně Bártlová, Sadílek a Tóthová (2008, s. 22) se shodují, že kvantitativní výzkum je založen na ověřování platnosti teorií, konstruovaných pomocí konceptů a měřených čísly, analyzovaných vzápětí pomocí statistických procedur s cílem zjistit, zda prediktivní zobecnění teorie je pravdivé. Kvantitativní výzkum spočívá v návrhu testu pro podporu nebo zamítnutí nějakého tvrzení nebo hypotézy. Test hypotézy musí určit jednak to, zda je hypotéza v dané situaci pravdivá a jednak to, zda lze hypotézu zobecnit i pro další situace. Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti. Kvantitativní výzkum se soustřeďuje na popis variability předem definovaných proměnných, které vymezují, co budeme pozorovat a zachycovat. Cílem je testování hypotéz a teorií. Pracuje většinou s velkým souborem respondentů. Používá se metod dotazníku, standardizovaného rozhovoru, analýzy dat apod. Při analýze dat převládají většinou statistické postupy. V ošetřovatelství lze zkoumat např. v jaké míře, frekvenci a intenzitě se vyskytují ošetřovatelské jevy, nebo jak se vyvíjely. K výhodám kvantitativního výzkumu patří např. nezávislost na přesvědčení výzkumníka a možnost ověřitelnosti

dat, rychlý a přímočarý sběr dat, rychlá analýza dat s využitím počítačů, testování a valorizace teorií, generalizace zjištěných skutečností, užitečnost při zkoumání velkých skupin.

1.3.3 Dotazník

Na skutečnost, že existuje mnoho výzkumných otázek, na které je obtížné hledat odpovědi ptaním se jednotlivých lidí tváří v tvář, poukazuje Ferjenčík (2010, s. 183). Zvláště tam, kde je potřeba jednu a tutéž sadu otázek zadat velkému počtu lidí, bude výhodnější, když se jim zadá najednou – simultánně. Dotazník není nic jiného než standardizované interview předložené v písemné podobě.

Jak uvádí Kutnohorská (2009, s. 41), dotazník je standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Je vhodné, aby v úvodu dotazníku bylo krátké vysvětlení, za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje, které by obsahovalo i potvrzení faktu, že dotazník je případně anonymní. Pokud dotazník není anonymní, pak je nutný informovaný souhlas respondenta.

K otázkám v dotazníku patří obvykle identifikační znaky respondenta např. pohlaví, věk, bydliště. Jedná se o tzv. nezávisle proměnné. Závisle proměnné představují hlavní zorné pole dotazníku. Formulace otázek se obvykle zkouší před zahájením výzkumu pilotáží. Vhodná stavba dotazníku příznivě ovlivňuje jeho akceptování a správné vyplnění. Bártlová, Sadílek a Tóthová (2008, s. 99) upozorňují na nezanedbatelný fakt, že z dotazníkového šetření můžeme získat pouze takové informace, na jaké se vhodným způsobem zeptáme. Proto musí být věnována mimořádná pozornost obsahové stránce dotazníku a formulaci jednotlivých položek. Příznivý dojem u dotazovaného navozuje i grafická úprava.

Pro hodnověrnost získaných výsledků má zásadní význam konstrukce dotazníku, k zásadám dotazníkové konstrukce podle Tashakkori a Teddlieho (2003, s. 303) patří:

- dotazníkové položky mají odpovídat výzkumným cílům,
- srozumitelná formulace,
- dotazníkové položky mají být jednoduché, jasné a přesné,
- nepoužívat dvojité zápory a nejednoznačné otázky,
- předem zvážit, kdy použít otázku otevřenou a kdy uzavřenou otázku,
- použít vzájemně exkluzivní a vyčerpávající kategorie odpovědí na uzavřené otázky,
- vypracovaný dotazník má být pro účastníky snadný k použití,
- otestovat dotazník v pilotním provozu.

Kutnohorská (2009, s. 46–47) popisuje následující možnosti otázek pro dotazníky.
Uzavřené otázky – nabízejí soubor možných variant, ze kterých respondent vybere vhodnou odpověď, která se nejvíce blíží jeho názoru.
Otevřené otázky – je zcela na respondentovi, jaká bude jeho odpověď.
Polouzavřené otázky – jsou kombinací uzavřené a volné otázky. Také se zde uvádí varianta „jiná odpověď".
Polytomické otázky – vybírá se z více variant, mohou být s výběrem jedné alternativy odpovědi nebo s výběrem několika alternativ a s uvedením pořadí alternativy.
Filtrační otázky – eliminují respondenty, kteří z objektivních i subjektivních důvodů nemohou odpovědět na otázku následující.
Projekční otázky – respondentovi předkládáme k posouzení názory a postoje jiných lidí.
Kontrolní otázky – jsou kladeny, když je potřeba ověřit pravdivost výpovědi.
Škála – forma otázky, kterou se žádá respondent, aby řadil zkoumaný problém na určité kontinuum.

Návratností, podle Bártlové, Sadílka a Tóthové (2008, s. 101), rozumíme poměr počtu vrácených dotazníků k počtu distribuovaných dotazníků a obvykle se udává v procentech. Nízká návratnost může být někdy příznakem neaktuálnosti zkoumaného problému, vysokých nároků, které jsou kladeny při vyplňování dotazníku na respondenta, nedostatečnou srozumitelností otázek apod. Délka dotazníku hraje také důležitou úlohu.

Výhody a nevýhody využití dotazníku hodnotí Ferjenčík (2010, s. 183) následovně:

- výhody - úspora času a finančních prostředků, data lze obvykle lépe kvantifikovat;
- nevýhody - menší pružnost (např. nelze klást doplňující otázky), formulace otázky nemusí být dostatečně srozumitelná všem. Obvykle je nižší věrohodnost dat (zařazení tzv. lžiskóre sice umožní vyřadit nejméně věrohodné sety odpovědí, neumožňuje však přiblížit se k pravdivým odpovědím), příprava dotazníku vyžaduje větší pečlivost než příprava interview.

Sběr a zpracování dat

Při sběru dat spočívá těžiště této činnosti v co nejobsáhlejším a nejpečlivějším zachycení dat příslušnými technikami. V průběhu sběru dat je třeba se vyhnout jejich hodnocení, poněvadž by docházelo k ovlivňování poté získaných dat. Tato činnost není neuspořádaná, ale probíhá plánovitě, podle předem stanoveného plánu. Mimo otázky teoretické přípravy je nezbytností rovněž zpracování potřebných organizačních i kontrolních opatření pro sběr

dat. Po získání dotazníků je třeba provést kontrolu dat, jejímž účelem je vyřadit ze souboru vyplněných dotazníků ty, které jsou zpracovány neúplně nebo neobstály při logické kontrole. Kontrola úplnosti a čitelnosti je mechanickou kontrolou. V případě, že některý dotazník je neúplně vyplněn, je lépe jej z dalšího procesu vyřadit. Logická kontrola dotazníků znamená ověření si, že respondent odpovídal pravdivě. Nástrojem logické kontroly jsou tzv. kontrolní otázky, záměrně zabudované do dotazníku na různá místa a dotazující se věcně na stejnou situaci nebo skutečnost. V rámci logické kontroly je potřeba věnovat pozornost i odpovědím na otázky, kde byla možnost „nevím“. Slovo „nevím“ může v sobě skrývat různé důvody, buď opravdovou neznalost, ale i nechuť odpovídat na určitou otázku. U otázek, kde je vysoký podíl „nevím“, je nutné zvážit, jestli budou zahrnuty do dalšího zpracování (Bártlová a Hnilicová, 2000, s. 54–55).

Z metodologického hlediska je klíčovým faktorem, zda dotazník splňuje kritéria validity (platnosti, pravdivosti) a reliability (spolehlivosti).

1.3.4 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum představuje systematický proces a subjektivní přístup k popisu a interpretaci životních zkušeností, resp. přístup a zevšeobecňování podle subjektivního pojetí a interpretování lidské činnosti, analýzu narativních informací ne organizovaným, ale intuitivním způsobem. Je to proces hledání porozumění, založený na různých tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, provádí zkoumání v přirozených podmínkách. Někteří autoři považují za kvalitativní výzkum jakýkoli výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Jako základní paradigma kvalitativního výzkumu se uvádí fenomenologie (Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2008, s. 23).

Shodně se o kvalitativním výzkumu vyjadřuje Ferjenčík (2010, s. 245). Člověk, skupina, jejich produkty, či nějaká událost jsou zkoumány podle možností v celé své šíři a všech možných rozměrech. Navíc je aspirací pochopit všechny tyto rozměry v jejich vzájemných návaznostech a souvislostech.

Jak Bártlová, Sadílek a Tóthová (2008, s. 24) dále doplňují, kvalitativní výzkum pracuje s malým souborem respondentů bez nároků na statistickou reprezentativnost. Používá induktivní formy vědeckých metod, hloubkové individuální rozhovory, skupinové rozhovory apod. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů jejich života, chování, ale také

chodu organizací nebo vzájemných vztahů. V ošetřovatelství lze použít např. při zjišťování kvality ošetřovatelských činností, úrovně a účinnosti interakcí v ošetřovatelské péči.

Hlavní skupinu metod sběru dat v kvalitativním výzkumu tvoří naslouchání vyprávění, kladení otázek lidem a získávání jejich odpovědí. Dotazování obecně zahrnuje různé typy rozhovorů, dotazníků, škál a testů. Hendl (2005, s. 165) popisuje, že se tyto metody mohou použít samostatně, jako je tomu v dotazníkových šetřeních nebo v kombinaci s jinými metodami. Dvě krajní formy dotazování představují na jedné straně různé dotazníky s pevně danou strukturou otázek a uzavřenými otázkami, vyplňované samostatně nebo s cizí pomocí, na druhé straně volné rozhovory, jejichž struktura není předem dána a které mají mnohdy podobu volného vyprávění subjektu. Pak existuje určitá střední cesta v podobě polostrukturovaného dotazování, jež se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací. Analýza dat získaných pomocí přísně strukturovaného dotazování s uzavřenými otázkami je na rozdíl od nestrukturovaného dotazování jednodušší. V krátkém čase lze získat mnoho odpovědí od řady osob. Celkově má proces získávání dat pomocí strukturovaného dotazování plynulejší průběh. I když obliba strukturovaného dotazování má několik dobrých důvodů, silně strukturované dotazování se v kvalitativním výzkumu nepovažuje za vhodné. Kritici tohoto přístupu argumentují, že výzkumník utváří rozhovor vlastní představou – odpovědi respondentů jsou určeny množinou operacionalizovaných fragmentů. Respondent navíc nezná teoretický rámec celého dotazování.

Za standardní způsob určování žádoucí úrovně validity při výzkumu kvalitativním se podle Ferjenčíka (2010, s. 246) považuje triangulace. Aby byla v kvalitativním výzkumu zajištěna co nejvyšší míra souladu závěrů a interpretací výzkumníka s realitou, nelze se opírat pouze o jeden zdroj informací, ale o jejich co největší počet, tedy využití co největšího počtu různých nástrojů, kterými je tatáž informace zjišťována a ověřována.

Co z porovnání rozdílností mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumem vyplývá, je potvrzení komplementarity obou přístupů. Každý z nich má svá silná, ale i slabá místa. Rozhodování o tom, zda výzkumník zvolí kvantitativní, kvalitativní nebo kombinovaný metodologický přístup má být vždy důsledkem pečlivé analýzy problému. Metodologii výzkumu musí v první řadě diktovat charakter výzkumné otázky a povaha dat, která je možné získat.

1.3.5 Ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu

Výzkum musí být proveden v souladu s platným zákonem o ochraně osobních údajů. Účastníci výzkumu musí být před zahájením práce jasně informováni o tom, kdo a za jakým účelem bude mít přístup k získaným informacím.

Jak uvádí Miovský (2006, s. 282–283) osobní údaje jsou jakékoli informace, které se týkají konkrétního, žijícího, identifikovatelného jedince. Jedná se tedy o informace, získané v rámci výzkumu, na jejichž základě je možné konkrétní osobu identifikovat. O osobních datech se nehovoří tehdy, jsou-li výzkumné údaje anonymní, tedy jsou-li z nich účinně odstraněny jakékoli informace, jež by mohli vést k identifikaci konkrétního jedince. Zpracovávání a uchovávání dat je proces nakládání s údaji v jakékoli jejich formě (na papíře, audio či videozáznamu, elektronicky v počítači atd.). Zvláštní kategorii tvoří citlivé údaje. Těmi se myslí zejména data, která obsahují informace o rasovém či etnickém původu, politickém přesvědčení, náboženském vyznání, členství v obchodních sdruženích, zdravotním stavu, sexuální orientaci, trestním řízení nebo odsouzení. Výzkumník při jakékoli vědecké činnosti musí zajistit, aby k získaným datům neměly přístup neoprávněné osoby, aby data byla využita pouze k účelu, k jakému byla získána. Ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu musí být zaručena tak, aby nemohlo v důsledku nedodržení těchto etických zásad dojít k jejich újmě.

K etice výzkumu dodává Kutnohorská (2009, s. 97), že nikdo nemá právo vyvíjet výzkumné úsilí nad rámec základních hodnot společnosti. Etický rámec výzkumu s lidmi vychází z Norimberského kodexu, Helsinské deklarace, Úmluvy o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy, Belmontské zprávy. Výzkum, který pracuje s lidmi, musí respektovat etické principy úcty k jednotlivci, prospěšnosti, spravedlnosti a zachování důstojnosti člověka. Každý pracovník ve výzkumu by měl zachovávat etické zásady výzkumu.

Výzkumná práce v ošetřovatelství má svá specifika. V profesi zdravotních sester pracují především ženy a právě jejich schopnost vcítit se do světa druhého jedince, být empatický, může být pro výzkum v ošetřovatelství jedinečná a přínosná.

2 PROJEKTOVÉ ŘÍZENÍ

Management projektu, jak definuje Dolanský, Měkota a Němec (1996, s. 19) je zaměřen na dosažení určitého cíle během určitého času, v rámci určitého rozpočtu, při respektování všech funkčních a technických požadavků. Projekt je charakteristický jasně definovaným začátkem a koncem a neopakovatelností řízených procesů. Tato skutečnost prakticky vylučuje možnost rutinního řízení, opakování a náprav předchozích mylných rozhodnutí.

K procesu řízení projektu se vyjadřuje Rosenau (2010, s. 12), který předkládá proces pěti kroků uspořádaný z pěti odlišných manažerských činností nezbytných v řízení projektu.

1. Definování – definování projektových cílů.
2. Plánování – naplánování, tj. specifikace provedení, časový plán a finanční rozpočet.
3. Vedení – uplatnění manažerského stylu řízení lidských zdrojů, podřízených a jiných (včetně subdodavatelů), který povede k tomu, že svou práci budou vykonávat efektivně a včas.
4. Sledování (monitorování) – kontrola stavu a postupu projektových prací pro včasné zjištění odchylek od plánu s následnou rychlou korekcí.
5. Ukončení – ověření, že hotový úkol odpovídá aktuální definici toho, co se mělo udělat, a uzavření všech nedokončených prací.

V obecnějším pojetí rozděluje Doležal (2016, s. 54) fáze řízení projektu na:

- předprojektovou fázi (vznik myšlenky na projekt, její prověření atd.),
- projekt (zahájení, plánování, realizace, ukončení),
- poprojektovou fázi (vyhodnocení, provoz, realizace přínosů).

K tomuto rozdělení dále Doležal (2016, s. 55) podotýká, že v praxi bývá čas nejhůře řízen v předprojektové, zahajovací, plánovací a pak v poprojektové fázi. Přestože jsou tyto fáze z celkového pohledu velmi významné, bývají opomíjené se zdůvodněním nedostatku času. Fáze realizační je upřednostňována, nejen vzhledem k velké náročnosti a k velkému počtu činností, ale i proto, že se jedná o fázi obsahující vlastní tvorbu výstupů, zatímco ty přípravné „nic nevytváří“ a po projektu již není čas se zabývat historií. Podcenění přípravy však může mít neblahé následky a svědčí o naprostém nepochopení projektové problematiky, jež se především snaží co nejvíce omezit nejistotu, která je v projektu vždy velká.

Uvedené základní fáze řízení projektu mají rovněž jednu podstatnou vlastnost, nepřekrývají se a mohou být realizovány i s určitým časovým odstupem. Například je možné provést plánovací fázi a k fázi realizační přistoupit třeba až po několika měsících nebo i letech.

V průběhu realizační fáze řízení projektu se pak, v závislosti na podobě konkrétního projektu, používá rozčlenění do realizačních etap – skupin logicky spolu souvisejících činností, vrcholících obvykle dokončením některého z hlavních dodávaných výstupů nebo jeho klíčové komponenty. Etapy se obvykle nepřekrývají a mimo jiné slouží k řízení globálních rizik projektu, jako určité body kontroly souladu výstupů s plánem a očekáváními ohledně správného postupu projektu. Pro zřetelné oddělení etap, ale i menších, dílčích částí projektu, se používají především tzv. milníky. Milník je jasně definovaná významná událost na projektu, ve které se měří rozpracovanost produktů. Milník má v harmonogramu obvykle nulovou délku trvání (Doležal, 2016, s. 57).

Projekty jsou vždy spojeny s lidskou vzájemnou interakcí. Projekt také přináší inovaci a změnu. Věcná příprava změn musí podle Bartáka (2007, s. 129) jít ruku v ruce s přípravou lidí na chystané změny. Bez lidí přesvědčených o smysluplnosti, promyšlenosti, účelnosti a užitečnosti změny pro firmu i pro ně samé by bylo řízení změny neúspěšné. Příprava lidí zahrnuje triádu „chtít – umět – moci".

Chtít vyjadřuje vnitřní potenciál člověka, stupeň jeho energetizace ve prospěch firemních cílů, aktivní participace směřující k jejich dosažení, úroveň sounáležitosti zaměstnance s firmou, provázání firemních a osobních vizí, ideálů, potřeb a hodnot. Změnový proces vyžaduje lidi, kteří změně věří, chtějí ji uskutečnit, berou ji ne jako hrozbu, ale jako šanci k firemnímu i vlastnímu rozvoji, identifikují se s jejími cílovými hodnotami a aktivně je prosazují a uplatňují.

Umět – k prokázání kvalifikace se požaduje pouze doklad o ukončeném vzdělání. To nic neříká o stupni osvojení získaných vědomostí a jejich ověření v praxi.

Moci – má-li zaměstnanec prostor pro své uplatnění, vzrůstá jeho ochota k profiremnímu zlepšovatelskému chování, směřujícímu k dosažení co nejlepšího výsledku ve prospěch firmy i svůj vlastní. Záleží na vstřícnosti vedení, zda zaměstnanec bude moci uvažovat o různých řešeních a alternativách, vybírat tu nejvhodnější variantu nebo zda bude muset setrvat u starých zavedených a leckdy přežilých postupů.

Je snazší lidem umožnit, aby své chtění mohli uplatnit, než zvnějšku imputovat nadšení a zájem o věc.

Jak popisuje Janišová a Křivánek (2013, s. 391) soustavné zlepšování souvisí s programy pro řízení kvality ve firmě. Jde o angažovanost zaměstnanců, aby o své práci přemýšleli a přicházeli s nápady na zlepšení. Tuto iniciativu je nezbytné podporovat a pozitivně za-

městnance motivovat. Důležité je, aby se nepodporovalo jen generování nápadů, ale aby se nápady průběžně vyhodnocovaly, a ty nejlepší implementovaly.

Gladkij (2003, s. 310) uvádí tzv. model účinné změny a sedm prvků soustavného zlepšování kvality.

1. Vnímanou potřebu změny (tenzi po změně).
2. Znalost lepší alternativy.
3. Společenskou podporu i existenci podpůrného procesu.
4. Schopnosti a dovednosti.
5. Oprávněné přesvědčení, že lze použít lepší nebo účinnější alternativu.
6. Plán této změny.
7. Vhodnou zpětnou vazbu.

Proces tvorby námětů a jejich rozpracování v návrhy, se uskutečňuje pomocí metod tvůrčího myšlení, jako již reálné varianty potenciálních inovačních řešení. Podle Vlčka (2011, s. 84) rozlišujeme dvě velké skupiny metod tvůrčího myšlení:

- metody intuitivního tvůrčího myšlení,
- metody systematického tvůrčího myšlení.

Metody intuitivního tvůrčího myšlení jsou založené na intuici. Metody systematického tvůrčího myšlení jsou založené na logickém, vědecky orientovaném myšlenkovém procesu postupného vytváření hypotéz s předvídáním účinků, na němž je založen další postup řešení. Společným metodickým základem všech těchto nástrojů systematického způsobu tvořivosti jsou vědecké metody poznání, jako jsou analýza, syntéza, abstrakce, zobecnění, konkretizace, indukce, dedukce apod. Z charakteru vlastního procesu tvoření vyplývá, že nejčastější metodickou formou je syntéza poznatků, získaných analýzou a abstrakcí objektu jako účelového systému (Vlček, 2011, s. 84).

2.1 Projekt

Projekty, jak definuje Rosenau (2010, s. 15), jsou dočasné úkoly s přesně stanoveným cílem, jejichž splnění vyžaduje organizované využití odpovídajících zdrojů.

Vzhledem k povaze a charakteru realizovaných projektů nelze formulovat zcela jasnou definici projektu, která by postihovala veškeré projektové aspekty. Podle Bennetta a Ho (2014, s. 33) projekt musí splňovat následující charakteristiky:

- je jedinečný a jednorázový,

- využívá omezených zdrojů (lidé, peníze, čas atd.) při respektování kvality výstupů,
- má přesný cíl,
- vyžaduje sjednocení úsilí a dovedností mnoha odborníků z různých oblastí lidského konání,
- má začátek a konec.

2.2 Projektové plánování

Podstata a hlavní úloha procesu projektového plánování spočívá, jak uvádí Dolanský, Měkota a Němec (1996, s. 85), ve stanovení cílů projektu a cest vedoucích k dosažení těchto cílů. Plánovací proces je nejnáročnější oblastí managementu projektu, která do značné míry předurčuje konečný efekt realizovaného projektu. Vlastní plánování není popisem toho, co se stane, ale je popisem toho, co požadujeme, aby se stalo. Plánování projektu by mělo končit na úrovni nutné podrobnosti, nikoliv na úrovni vyčerpání všech možností. Dále Dolanský, Měkota a Němec (1996, s. 86) navrhují na počátku plánovacího procesu projektu provést úvodní rozbor stávající situace a zodpovědět následující otázky.

- Kde a v jaké situaci se nacházíme?
- Čeho chceme dosáhnout a proč toho chceme dosáhnout?
- Jak toho chceme dosáhnout?
- Kdy toho chceme dosáhnout?
- Kdo by toho měl dosáhnout?
- Za kolik toho chceme dosáhnout?
- Jaká rizika je nutné uvažovat?
- Máme k dispozici požadované zdroje?
- Jaké kontrolní procedury bude nutné provádět?

Poněkud obecněji stejnou problematiku vystihuje Rosenau (2010, s. 55), který podotýká, že plány jsou v nejširším slova smyslu závislé na znalosti tří faktorů.

1. Kde nyní jsme.
2. Kam se chceme dostat.
3. Jakým způsobem se dostaneme tam, kde chceme být.

O správné definici cílového stavu projektu pojednává Doležal (2016, s. 79), dle kterého dobře definovat cíl je jedním z klíčových faktorů úspěchu projetu, ale také poměrně obtížná záležitost. Nejde jen o vlastní technický popis nějakého stavu, ale především o potřebu,

aby si různé strany porozuměly, co má být vlastně na konci realizace vyprodukováno, k čemu to má sloužit a za jakých podmínek by mělo být takového cíle dosaženo. Jednou z pomůcek pro dobré definování cíle je technika SMART.
Cíl by měl být podle této techniky:

- specifický (a specifikovaný, potřeba vědět „co“);
- měřitelný (schopnost určit, čeho bylo dosaženo);
- akceptovaný (zainteresovaní se shodnou na relevantnosti a adekvátnosti cíle);
- realistický (reálný, uskutečnitelný);
- termínovaný (určení termínu).

Se stejným hlediskem se připojuje Bennett a Ho (2014, s. 66) a potvrzuje, že cíl projektu má být chytrý (SMART), měřitelný, vyjádřen jasně, stručně a konkrétně.

V souvislosti s projekty a projektovými cíli se zachází v podstatě vždy se třemi základními pojmy – výsledky, časem a zdroji, tzv. trojimperativem projektového řízení, jehož účelem je optimální vyvážení oněch požadavků. Hlavním poznatkem je provázanost těchto tří veličin. Např. pokud se změní jedna z nich a druhá má zůstat nezměněna, musí se odpovídajícím způsobem změnit třetí. Nikdy se nemění pouze jedna z veličin (Doležal, 2016, s. 81).

Na skutečnost, že plány se týkají budoucích událostí a budoucnost v sobě zahrnuje mnoho nejistot, upozorňuje Rosenau (2010, s. 60). Některé nejistoty lze do jisté míry předvídat, a tedy i částečně řídit, ale mnohé jsou nepředvídatelné. Nejistoty zůstanou, protože nepředvídatelné faktory se vyskytují vždy, když se dělá něco nového. Neznámé faktory nelze eliminovat, lze je ale v plánech zohlednit vložením rezervy. Plány nemohou být lepší než současná znalost situace.

2.2.1 Využití SWOT analýzy v projektovém řízení

Nejčastěji se analýza SWOT využívá v předprojektových fázích. Může se však využít kdykoli v průběhu řízení projektu, když se ukáže potřeba takovou analýzu provést. Jak popisuje Doležal (2016, s. 229), metoda zahrnuje nejen analýzu silných a slabých stránek, ale i analýzu hrozeb a příležitostí. Koncepci této metody sestavil Albert Humphrey, který ji použil v rámci výzkumného projektu na Stanfordské univerzitě v šedesátých letech 20. století, když analyzoval údaje o firmách v USA pro časopis Fortune. Analýza SWOT získala označení seskupením prvních písmen anglických slov.

- Strengths – vnitřní síly a přednosti, silné stránky.

- Weaknesses – vnitřní slabosti, slabé stránky.
- Opportunities – externí příležitosti.
- Threats – externí hrozby.

Cílem SWOT analýzy je sestavit reprezentativní seznamy pro silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby. Každý seznam může být zpracován jako samostatný výčet nebo jsou seznamy vypisovány do čtyř polí tabulky.

Doležal (2016, s. 231) dále doporučuje, že analýzu SWOT lze rozšířit o náročnější prvky, což umožní lépe využít její potenciál. Seznam silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb navrhuje setřídit podle významu a důležitosti jednotlivých položek. Seznam silných stránek bude začínat tou nejsilnější a nejvýznamnější silnou stránkou, resp. seznam slabých stránek tou kriticky nejslabší slabou stránkou, která připadá v úvahu. Jiná možnost je stanovit si určitou stupnici a přiřazovat jednotlivým položkám hodnoty z této stupnice. U příležitostí i hrozeb je možno uvádět pravděpodobnosti, s nimiž je lze očekávat, případně jejich hodnotu: u příležitostí hodnotu přínosu a u hrozeb hodnotu jejich nepříznivého dopadu. Velmi důležité je vyvození závěrů z provedené analýzy, uvědomění si silných a slabých stránek, provádění opatření k využití příležitostí a opatření proti negativnímu působení hrozeb.

Analýzu SWOT je vhodné vytvářet ve skupině, podporovat diskuzi o jednotlivých položkách analýzy. Tím se zajistí, aby analýza byla sestavena komplexně z různých hledisek. Pokud analýzu vypracuje jedinec, nutno ji potom považovat za jeho individuální hodnocení dotčeného předmětu analýzy. Na začátku SWOT analýzy je důležité velmi pečlivě a důkladně formulovat co je podrobeno analýze, k čemu má analýza sloužit a v jakém časovém horizontu jsou uvažovány hrozby a příležitosti.

2.2.2 Plánování a odhad nákladů

Projektové plánování podle Máchala, Kopečkové a Presové (2015, s. 51) představuje mimo jiné proces odhadu nákladů, v jehož rámci se odhadují náklady všech zdrojů (lidské, materiální atd.), které budou potřeba pro dokončení celého projektu. Při odhadování nákladů je třeba si uvědomit, že jde o předpovědi založené na informacích, které jsou dostupné v daném časovém okamžiku a vždy budou vyžadovat identifikaci a zvažování různých alternativ. Odhady nákladů jsou většinou vyjádřeny v měnových jednotkách nebo času (člověkodny, člověkohodiny) a vztahují se ke všem zdrojům projektu zejména k práci, materiálu, vybavení, službám či zařízení, ale i k nákladům financování (úroky),

k nepředvídatelným nákladům (např. v případě živelných katastrof) apod. Odhady nákladů mohou být vyjádřeny jako celek nebo v detailní formě pro každý dílčí zdroj (lidský, materiální, finanční) projektu.

Doležal, Máchal a Lacko (2009, s. 457) podotýkají, že klíčovým předpokladem úspěšné realizace projektu je zabezpečení dostatečného množství finančních zdrojů, které budou k dispozici v požadovaném okamžiku a v optimální struktuře.

2.2.3 Vytváření časového plánu

Projekty jsou plánovány v čase a k tomuto účelu se, jak uvádí Janišová a Křivánek (2013, s. 371), používají dva druhy zobrazení projektových aktivit.

- Ganttův diagram – úsečkový harmonogram.
- Síťový diagram.

Ganttův diagram je v podstatě tabulka, kde jsou řádky nadepsány činnostmi a sloupce jsou nadepsány kalendářem, resp. časovými úseky, ve kterých se bude projekt provádět. V řádku je pak nakreslena úsečka pro každou činnost, jež přesně určuje, kdy činnost začíná a kdy končí. Je možné znázornit řetězení úseček – následníky a předchůdce. Síťový diagram je graf, který se skládá z uzlů a hran. Uzly odpovídají činnostem a hrany spojují bezprostředně po sobě následující činnosti tak, že hrana vychází z činnosti, která předchází spojovanou činnost. Výhodou síťového grafu je, že poskytuje vizuální přehled o tom, které činnosti, resp. skupiny činností, lze provádět paralelně. Ganttův diagram na druhou stranu dává lepší celkový vizuální přehled o posloupnosti provádění činností v čase. Po naplánování všech činností lze zjistit, kde je tzv. kritická cesta projektu. Kritická cesta je posloupnost činností, která začíná v počátečním čase projektu a končí v čase ukončení projektu. Jedná se o nejdelší cestu posloupnosti činností v síťovém grafu projektu. Každé zpoždění na kritické cestě pak vede ke zpoždění celého projektu.

2.2.4 Multikriteriální rozhodování

Při plánování projektu může nastat potřeba rozhodnout mezi několika řešeními. Multikriteriální analýza je metoda, která se požívá při rozhodování mezi několika alternativami, přičemž se nepřipouští současně více výsledných alternativ a závěrem analýzy by měla být vždy pouze alternativa jediná. Předpokladem použití multikriteriální analýzy je větší počet kvantifikovatelných kritérií, která se zahrnují do rozhodování. Metoda se skládá ze čtyř navazujících kroků.

- Identifikace alternativ a kritérií - pro názornost je vhodné sepsat alternativy a kritéria do tabulky, která později poslouží pro výpočet tak, že alternativy se nachází na řádcích a kritéria ve sloupcích.
- Ohodnocení, kvantifikace kritérií – nejdůležitějším krokem je číselné ohodnocení kritérií. Pokud již je kritérium číselná proměnná, lze využít přímo její hodnotu, vždy je ale nutné provést transformaci tak, aby lepší varianta byla ohodnocena vyšším číslem (popř. nižším, což je méně obvyklé). Vždy je třeba dbát, aby vzájemný poměr hodnot odpovídal přínosu (ztrátě), který z hlediska kritéria alternativa přináší. Obvyklejší je v případě číselných i nečíselných proměnných seřazení variant podle jejich výhodnosti od nejméně výhodné po nejvýhodnější a jejich postupné očíslování přirozenými čísly.
- Přidělení vah – ohodnoceným kritériím je nutno přiřadit váhy tak, aby součin ohodnocení kritérií a vah odpovídal významu, který pro řešitele dané kritérium má.
- Výpočet ohodnocení – výsledky výhodnosti jednotlivých alternativ na závěr získáme jako součty součinů ohodnocení alternativ v jednotlivých kritériích a vah těchto kritérií. Pokud bylo na začátku zvoleno, že výhodnější varianty budou hodnoceny vyššími čísly, nejlepší alternativa (výsledek multikriteriální analýzy) bude v řádku, který má v posledním sloupci tabulky nejvyšší ohodnocení (Kalina, 2014).

2.3 Rizika projektu

Moderní projektové řízení chápe pod pojmem riziko nejistou negativní událost, tedy ohrožení. Pokud nejistá událost nebo podmínka nastane, má negativní vliv na dosažení cíle projektu. Podle Doležala (2016, s. 198) se někdy hovoří i o tzv. pozitivním riziku, kdy se pracuje s pojmem příležitost, která je vnímána jako nejistá událost pozitivní (přínos, zisk).

K tématu rizika projektu Dolanský, Měkota a Němec (1996, s. 152) podotýkají, že k úspěšnému projektovému plánování patří i kvalifikované předvídání, monitorování a omezování důsledků vzniku rizikových událostí. Plán projektových rizik by měl určovat, jaká preventivní opatření je nutné uskutečnit, aby se předešlo výskytu rizikových událostí, nebo aby se alespoň omezilo jejich negativní působení. Při sestavování plánu je nutné se zaměřit především na možnosti, jak potenciální rizika (příčiny předvídatelné a ovlivnitelné) eliminovat a v tomto smyslu hledat příčiny jejich vzniku a navrhovat způsoby jejich odstranění. Existují i rizika (příčiny neovlivnitelné), kterým nelze předcházet. V těchto

případech je nutné hledat způsoby omezení jejich negativních důsledků. Mezi cíle plánování projektových rizik patří:

- odstranění příčin vzniku možných rizikových událostí,
- omezení negativních důsledků vzniku rizikových událostí,
- vytváření podvědomí hrozícího nebezpečí vzniku rizikových událostí,
- příprava na možné důsledky plynoucí z nastalých rizikových událostí,
- zpracování plánu rizikového scénáře pro případ výskytu rizikové události.

Jednou z nejvýznamnějších a nejčastěji se vyskytujících příčin vzniku rizikových událostí je vliv lidského faktoru, tj. chování jedince. Skutečnost, že se na projektu podílí lidé, s nimiž je třeba spolupracovat, je zvlášť nepříjemná pro manažery projektů s technickým vzděláním, poznamenává Rosenau (2010, s. 14). V mnoha případech je nutnost pracovat s lidmi největší překážkou, s níž se technicky zdatný odborník setká, protože od všech očekává naprosto logické a racionální chování, což se nikdy nesplní.

Kvalifikovaný přístup k analýze rizik má pro úspěch projektu velký význam. Věcným krokem, podotýká Doležal (2016, s. 204) je identifikace rizik, která mohou ohrozit projekt. Není možné sestavit seznam všech možných nebezpečí, která projektu hrozí, je potřeba identifikovat významná nebezpečí, která mohou ovlivnit úspěch projektu. V této fázi se nejčastěji používá metoda brainstormingu a další kreativní techniky. Užitečné mohou být i různé techniky založené na diagramech, jako jsou vývojové diagramy příčin a následků, myšlenkové mapy atd. Podstatný je způsob popisu rizika, který je potřeba provést co nejdůkladněji, od příčiny (zdroje) až po efekt (dopad) na některé aktivum projektu. Pro míru pravděpodobnosti rizika (jak často se může hrozba vyskytnout) a dopadu rizika jsou použity tři způsoby škálování: kvalitativně s lingvistickými proměnnými, kvalitativně s určením skóre, kvantitativně určením procentuálního podílu z celku. Přehledné je sestavit matici pravděpodobnosti a dopadu, respektive určení úrovní hodnoty rizika. Hodnota rizika je vždy určena jako součin pravděpodobnosti a dopadu.

3 ZÁVĚR POZNATKŮ TEORETICKÉ ČÁSTI

V teoretické části diplomové práce první kapitola pojednávala o kvalitě a jejím řízení ve zdravotnictví. K ujasnění obsahu pojmu systému kvality a vyjmenování podstatných determinant ovlivňujících řízení rozvoje kvality ve zdravotnictví bylo z velké části použito poznatků Gladkého. Přínosné připomínky z praxe byly převzaty od autora Madara. Kvalitě ošetřovatelství a ošetřovatelskému managementu věnovali několik publikací také Škrla a Škrlová, jejichž knihy byly taktéž studijní oporou diplomové práce. Pojednání o kvalitě ve zdravotnictví bylo doplněno poznatky Svobodové z příspěvku v časopise Florence. V podkapitolách, zabývajících se výzkumem a zjišťováním spokojenosti u pacientů, byly stěžejní informace čerpány od autorů Bártlové, Sadílka, Tóthové, Hnilicové, Ferjenčíka a Hendla a v souladu s tématikou byly doplněny cizojazyčnými publikacemi Polita, Beck, Murdock a Griffin, Freshwatera a Bishop, Tashakkori a Teddlieho. Pravidla pro sestavování dotazníku a doporučení vhodné volby dotazníkových otázek byla čerpána z knihy Výzkum v ošetřovatelství autorky Kutnohorské. Vědomosti o způsobu ochrany soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu byly získány z díla Miovského.

Ve druhé kapitole diplomové práce bylo k vytvoření teoretického základu pro tvorbu projektu v praktické části pojednáno o projektovém řízení. K tomuto účelu posloužila literatura od autorů Doležala, Rosenaua, Dolanského, Měkoty, Němce, Máchala a Lacka, jejichž jednotlivé poznatky se vzájemně doplňovaly. Postřehy autora Bartáka upřesnily popis problematiky řízení lidského faktoru v projektu. Údaje o tvůrčím myšlení byly čerpány hlavně z Vlčkových publikací. K popisu zavedení změny bylo použito vyjádření Gladkého, problematiku soustavného zlepšování kvality ve firmě objasnila literatura Janišové a Křivánka. K definici projektu a projektových cílů byla využita cizojazyčná publikace Bennetta a Hoa. Informace o způsobu a obsahu analýz projektu byly získány od autorů Máchala, Kopečkové, Presové a Kaliny.

Zdrojem literatury byla knihovna Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, knihovna Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, knihovna Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a Knihovna Kroměřížska.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CHARAKTERISTIKA VYBRANÉHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

Psychiatrická nemocnice v Kroměříži se řadí se svými bezmála tisíci lůžky na jednatřiceti odděleních mezi největší psychiatrické nemocnice naší republiky. Slavnostně předána prvnímu řediteli MUDr. Vincenci Návratovi byla roku 1909, jako právě dokončený zemský léčebný ústav císaře Františka Josefa I. Kroměřížská psychiatrická nemocnice vždy dokázala obhájit svou nezastupitelnost v péči o duševně nemocné na Moravě. Je to dáno především obětavou prací cca osmi set zaměstnanců a vysokou úrovní poskytované zdravotní péče. Psychiatrická nemocnice v Kroměříži se vždy snažila zavádět nejmodernější způsoby léčby a ošetřování duševně nemocných a ulehčit jim jejich často neradostný úděl. O tomto zdravotnickém zařízení se lze dočíst i v odborných publikacích zabývajících se dějinami umění a architekturou, jako o nejrozsáhlejším a nejucelenějším souboru secesních budov v České republice.

Vize, poslání a motto Psychiatrické nemocnice v Kroměříži

Vize: Psychiatrická nemocnice v Kroměříži je zdravotnické zařízení se specializací na léčbu všech typů duševních onemocnění a psychických poruch. Chce být vyhledávanou organizací s etickým přístupem, která prosazuje kvalitu ve všech oblastech své činnosti a co nejmodernějšími způsoby léčení v souladu s nejnovějšími odbornými poznatky a doporučeními. Podporuje reformu poskytování psychiatrické péče tak, aby duševně nemocní mohli žít ve své rodině a komunitě, pokud jim to jejich životní situace umožňuje (Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, 2012a).

Poslání: Posláním je léčit duševně nemocné pacienty komplexně a na vysoké odborné lékařské, psychologické a ošetřovatelské úrovni. Tuto péči zajišťovat lékařskými a nelékařskými zdravotnickými pracovníky, kteří jsou trvale vzděláváni a motivováni k tomu, aby jejich spokojení pacienti vytvářeli pověst Psychiatrické nemocnice v Kroměříži jako přátelské, spolehlivé a bezpečné nemocnice. Nabízet podporu vzájemných vztahů cestou individuálního, citlivého a přátelského přístupu ke všem duševně nemocným (Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, 2012a).

Motto: „Všichni duševně nemocní si zaslouží respekt a lidskou důstojnost“ (Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, 2012a).

V současnosti jsou v Psychiatrické nemocnici Kroměříž hospitalizováni pacienti různého spektra diagnóz, na odděleních uzavřených a otevřených, mužských, ženských či koedukovaných. Hospitalizovaní pacienti jsou širokého věkového rozpětí, od pacientů dětského oddělení až po oddělení gerontopsychiatrická s pacienty nad 65 let. Psychiatrická nemocnice Kroměříž je specializována např. pro léčbu akutních psychotických poruch, závažných depresivních poruch a manických fází psychóz, spojených se sebe ohrožujícím nebo okolí ohrožujícím chováním, zajišťuje ústavní ochranné psychiatrické léčby, slouží k doléčování depresivních a psychotických poruch, pro léčbu akutních psychotických stavů spojených s agresivitou, schizofrenie, alkoholické demence, poruch příjmu potravy, patologického hráčství, pro léčbu neuróz a také poskytuje specializovanou péči seniorům trpícím duševní poruchou nebo duševní nemocí. Čtyři oddělení nabízí léčbu závislostí na alkoholu a nealkoholových drogách (Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, 2012b).

4.1 Sledování kvality v Psychiatrické nemocnici Kroměříž

Ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb. (Česko, 2011), o zdravotních službách je poskytovatel povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí.

Záměrem Psychiatrické nemocnice v Kroměříži je:

- poskytování vysoce kvalitní léčebné, ošetřovatelské a rehabilitační péče,
- bezpečné prostředí pro pacienty,
- spokojení pacienti,
- dobře vyškolený, spokojený a přívětivý personál,
- dobré jméno Psychiatrické nemocnice v Kroměříži (Interní zdroj, 2013a).

Za tímto účelem byl vypracován „Program zvyšování kvality a bezpečí“, který vychází z rezortních cílů Ministerstva zdravotnictví ČR, a který je nedílnou součástí systému řízení zdravotnické péče v Psychiatrické nemocnici Kroměříž (PNKM). Stanoveny jsou indikátory kvality a bezpečí, které jsou pravidelně sledovány a vyhodnocovány, organizační složky a osoby, zodpovědné za sledování a vyhodnocování jmenovaného programu, metody sledování a vyhodnocování informací v rámci Programu zvyšování kvality a bezpečí a jejich sdělování zodpovědným pracovníkům PNKM a způsob přijímání opatření, směřujících ke zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče, poskytované v PNKM. Program zvyšování kvality a bezpečí je rozšířen do celé nemocnice, jeho složky jsou popsány ve standardu a všechny dokumenty jsou přístupné na intranetu PNKM (Interní zdroj, 2013a).

4.1.1 Ukazatele kvality a bezpečí

V rámci Programu zvyšování kvality a bezpečí v PNKM jsou sledovány a vyhodnocovány tyto ukazatele, způsob jejich sledování a vyhodnocování je popsán ve standardech vypracovaných k jednotlivým ukazatelům:

- nežádoucí události,
- spokojenost pacientů,
- spokojenost zaměstnanců,
- stížnosti a připomínky,
- zdravotnická dokumentace.

K dalším standardům popisujícím kvalitu a bezpečí zdravotní péče v PNKM náleží identifikace pacienta, předávání pacientů a služby, práva pacienta hospitalizovaného v PNKM, nutriční screening a nutriční podpora, nutriční péče, nakládání s léky, ergoterapie, léčebná rehabilitace, prevence pádů, kardiopulmonální resuscitace, hygiena rukou, podpora zdraví a prevence nemocí, bezpečné prostředí pro pacienty a zaměstnance, využívání doporučených diagnostických, léčebných a ošetřovatelských postupů, kontinuita zdravotní péče, personální zabezpečení lůžkové zdravotní péče (Interní zdroj, 2013a).

4.1.2 Organizační složky sledování kvality

K organizačním složkám zodpovědným za sledování a vyhodnocování Programu zvyšování kvality a bezpečí v PNKM patří Rada kvality a bezpečí PNKM, Komise pro nežádoucí události PNKM a všichni vedoucí pracovníci PNKM.

Rada kvality a bezpečí PNKM

Radu kvality a bezpečí jmenuje ředitel organizace, má vedoucího a osm členů, jsou stanoveny kompetence a zodpovědnost. Rada kvality a bezpečí se schází pravidelně, nejméně jednou za tři měsíce, za svolání schůzky je zodpovědný vedoucí. Rada vypracovává Plán auditů, ve kterém jsou uvedeny termíny auditů, místa provádění auditů, a který poskytuje všem auditorům. Rada kvality a bezpečí projednává jednak výsledky interních auditů, jednak podněty od zaměstnanců, pacientů či jiných osob, zaměřených na zvýšení kvality a bezpečí poskytování zdravotní péče v PNKM. Vedoucí Rady je zodpovědný za vypracování zprávy o výsledcích auditů dvakrát ročně. Zpráva je dostupná na intranetu a jsou o ní informováni všichni vedoucí pracovníci PNKM (Interní zdroj, 2013a).

Komise pro nežádoucí události PNKM

Členy Komise pro nežádoucí události PNKM jmenuje ředitel PNKM a má nejméně tři členy: vedoucího komise, referenta bezpečnosti práce PNKM a jmenovaného člena komise z řad primářů PNKM. V případě, že ředitel organizace rozhodne o projednání nežádoucí události v uvedené komisi, předá písemný Záznam o nežádoucí události vedoucímu komise. Vedoucí svolává komisi k jednání nejméně jednou měsíčně, pokud jsou Záznamy o nežádoucí události k projednání. Jednání Komise pro nežádoucí události se účastní primář oddělení, na jehož oddělení k nežádoucí události došlo. Komise prostuduje jak Záznam o nežádoucí události, tak zdravotnickou dokumentaci pacienta, a učiní zápis o šetření do Záznamu o nežádoucí události v elektronickém systému PNKM. Zápis se vytiskne dvakrát, členové komise jej podepíší a jedna kopie se založí do zdravotnické dokumentace pacienta, druhá do registru Evidence nežádoucích událostí PNKM. Realizaci doporučených opatření zajistí pověřený zdravotnický pracovník, a do 14 dnů písemně informuje vedoucího Komise pro nežádoucí události o uskutečnění. Na základě zprávy komise může ředitel zařízení nařídit preventivní opatření k odstranění možných příčin nežádoucích událostí v PNKM (Interní zdroj, 2013a).

Vedoucí pracovníci PN KM

Vedoucí pracovníci PNKM odpovídají za to, že jsou na jejich pracovištích dodržovány příslušné standardy, zajišťující kvalitu a bezpečí při poskytování zdravotní péče. Dále odpovídají za to, že je na jejich pracovišti zpracována riziková analýza a jsou zavedena preventivní opatření pro snižování rizik (Interní zdroj, 2013a).

4.1.3 Interní audit

Interní audit pracuje s aktuálními procesy, činnostmi a postupy, které zhodnocuje a zlepšuje. Interní audity v PNKM provádějí pověření pracovníci – auditoři. Funkcí auditora pověřuje ředitel PNKM a seznam auditorů a oblastí, v nichž jsou oprávněni provádět audit, je dostupný na intranetu PNKM. V případě potřeby a povahy auditu může ředitel PNKM sestavit auditní komisi, složenou ze zástupců více odborností. Auditoři při provádění interních auditů používají Kontrolní list, v němž jsou uvedeny oblasti, na které se auditor zaměří a do kterého zapisuje své hodnocení. V případě potřeby může ředitel PNKM přikázat i provedení mimořádného auditu mimo termín, uvedený v Plánu auditů. Zjištění z každého auditu jsou písemně zaznamenány do formuláře Záznam neshod a přijatých opatření, tento

vyplněný formulář předá auditor vedoucímu pracoviště, na kterém audit proběhl, vedoucímu Rady kvality a bezpečí PNKM, řediteli PNKM a jednu kopii formuláře si ponechá. Vedoucí pracoviště, na němž proběhl interní audit, je odpovědný za to, že budou zjištěné nedostatky odstraněny. O jejich odstranění bez prodlení informuje příslušného auditora, který o tom učiní písemný záznam. Výsledky analýz dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb jsou sdělovány personálu PNKM prostřednictvím primářských porad, porad vrchních sester a souhrnné výsledky jsou zveřejněny na intranetu (Interní zdroj, 2013a).

4.2 Zjišťování spokojenosti pacientů s léčbou v Psychiatrické nemocnici Kroměříž

Sledování spokojenosti pacientů se zdravotní péčí a podmínkami jejího poskytování upravuje platná legislativa. Ministerstvo zdravotnictví ČR vypracovalo „Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb“(dále Minimální požadavky), které jsou v aktualizovaném znění uveřejněny ve Věstníku MZ č. 16/2015. Jedním z těchto požadavků je i standard vztahující se ke sledování spokojenosti pacientů. Poskytovatel lůžkové a jednodenní péče je povinný zavést způsob pravidelného sledování spokojenosti pacientů se zdravotní péčí a podmínkami jejího poskytování, dále způsob vyhodnocování spokojenosti pacientů a přijímat opatření k odstranění zjištěných opodstatněných nedostatků. Změnou politiky Ministerstva zdravotnictví a vydáním „Minimálních požadavků“ ministerstvo nezajišťuje sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů u žádného poskytovatele zdravotních služeb. Je zcela na rozhodnutí poskytovatele zdravotních služeb, zda si sledování spokojenosti pacientů bude provádět sám nebo ve spolupráci s externím subjektem (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2010).

Pacienti Psychiatrické nemocnice v Kroměříži byli v letech 2008–2011 zapojeni do projektu Ministerstva zdravotnictví České republiky „Kvalita očima pacientů“. Tento projekt měřil kvalitu zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti (spokojenosti) pacientů. Pro pacienty poskytoval objektivní a statisticky průkazné informace o kvalitě jednotlivých zdravotnických pracovišť. Výsledky projektu porovnávaly mezi sebou kvalitu nejen celých zdravotnických zařízení, ale i jednotlivých odborných pracovišť v různých zařízeních po celé republice.

Od roku 2012 se proces zjišťování spokojenosti s léčbou, přístupem zdravotnických pracovníků a prostředím u pacientů hospitalizovaných v PNKM provádí v souladu se Záko-

nem č. 372/2011 „O zdravotních službách“ a Vyhláškou č. 102/2012 „O hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče“, a to pomocí Dotazníku spokojenosti s léčbou. Dotazníkové otázky se týkají průběhu současné léčby pacienta v Psychiatrické nemocnici Kroměříž a oddělení, z něhož je pacient propouštěn. Pacient dostává možnost vyjádřit svou spokojenost či nespokojenost v několika oblastech péče: přijetí do psychiatrické nemocnice, pobyt na oddělení, propouštění z psychiatrické nemocnice a může ocenit přístup ošetřujícího lékaře, ošetřujícího personálu oddělení, psychologů, činnostních terapeutů a rehabilitačních pracovníků. Cílem dotazování je získat informace a na jejich základě přijímat opatření k odstranění zjištěných nedostatků. Každého pacienta, jehož aktuální psychický stav to umožňuje, informuje ošetřující lékař nebo jím pověřená zdravotní sestra o možnosti vyplnit Dotazník spokojenosti s léčbou, a to den před plánovaným propuštěním nebo v den neplánovaného propuštění. Pokud pacient souhlasí s vyplněním dotazníku, předá mu službu konající zdravotní sestra Dotazník a obálku, na kterou napíše číslo oddělení. Pacient musí vyplnit dotazník samostatně. V případě nejasností mu zdravotní sestra může poskytnout potřebné informace ohledně vyplnění dotazníku, nesmí jej ale nijak ovlivňovat, pokud jde o samotné hodnocení jednotlivých otázek. Po vyplnění jej pacient vloží do obálky, zalepí ji a předá zdravotní sestře na vyšetřovně (případně vhodí do určené schránky na oddělení). Zalepené obálky s dotazníky doručí staniční sestra oddělení nebo jí pověřená zdravotní sestra nejméně jednou týdně Hlavnímu ošetřovateli, kde jsou odděleně pro jednotlivá oddělení shromažďovány. Hlavní ošetřovatel průběžně předává dotazníky pověřenému pracovníkovi PNKM, který přepíše údaje z dotazníků do počítačového programu, umožňujícího jeho statistické zpracování. Pověřený pracovník PNKM zajistí statistické vyhodnocení údajů z dotazníků a výsledky předá v elektronické podobě řediteli PNKM a v tištěné podobě na sekretariát ředitele PNKM. Získané statistické údaje vyhodnotí nejméně dvakrát ročně pověření členové Rady kvality a bezpečí PNKM, kteří je v tištěné podobě předají ostatním členům komise s návrhy, kterým oblastem by měla komise věnovat pozornost. Rada také doporučí opatření k odstranění zjištěných nedostatků a tato doporučení předá v písemné podobě řediteli PNKM. Ředitel PNKM posoudí doporučení a pověří příslušné zaměstnance, aby zajistili odstranění zjištěných nedostatků. Rada kvality a bezpečí PNKM nejméně dvakrát ročně zhodnotí, nakolik se podařilo nedostatky, zjištěné pomocí dotazníků, odstranit či zmírnit. O svých zjištěních vypracovává písemnou zprávu k předložení řediteli organizace (Interní zdroj, 2013b).

5 ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU ŘÍZENÍ KVALITY SLUŽEB V PROVOZU STRAVOVÁNÍ

Stravovací provoz Psychiatrické nemocnice Kroměříž připravuje a distribuuje celodenní stravu pro hospitalizované pacienty. V ústavní jídelně vydávají pracovníci stravovacího provozu obědy připravené zaměstnancům nemocnice.

Činnost stravovacího provozu zajišťuje 42 pracovníků (27 žen a 15 mužů). Rozvoz stravy po areálu nemocnice a vynášení nádob s jídlem na jednotlivá oddělení provádí ve dvousměnném provozu 5 + 5 zaměstnanců rozvozu stravy (mužů). Mezi zaměstnance stravovacího provozu zařazené v jednosměnném režimu patří vedoucí stravovacího provozu, 3 nutriční terapeutky, 1 stravovací referentka, 2 skladnice potravin, 3 vyučení kuchaři, 5 pomocných kuchařů a 1 řezník. V každé ze dvou směn, které se v dvousměnném režimu střídají, pracuje 1 vedoucí kuchařka směny, 4 vyučení kuchaři, 4 pomocní kuchaři a 4 manipulační dělníci. Pracovníci absolvují pravidelná školení hygienického minima, zavedeného systému HACCP, školení BOZP a PO.

V současné době jedinou profesí, kvalifikovanou k sestavení podkladů, ke kontrole přípravy a výroby stravování formou diet, k sestavení pravidel diet, zhodnocení nutričního stavu a potřeb pacienta a k sestavení individuálního stravování pacienta podle jeho potřeb, je profese nutričního terapeuta. Léčebnou výživu ve zdravotnických zařízeních sestavují nutriční terapeuti v souladu se svou kvalifikací a kompetencemi podle vyhlášky č. 424/2004 Sb. a zákona č. 96/2004 Sb. Nutriční terapeut je kvalifikován k činnosti jak v systému výroby léčebné výživy, tak k odborným činnostem v přímé péči o pacienta či klienta. Tři nutriční terapeutky PNKM mají vystudované specializační vzdělávání v oboru výživa dospělých, což nese předpoklad kvalitní péče o hospitalizované pacienty PNKM.

V září roku 2011 vedoucí stravovacího provozu zajistila v rámci Projektu UNIV 2 KRAJE zdarma účast pěti kuchařů v certifikovaném kurzu přípravy léčebné výživy v rozsahu 100 hodin. Proškolení pracovníci jsou stále přínosem týmu provozu. Kurz probíhal na Střední zdravotnické škole v Brně, obsahově byl sestaven z přípravy stravy v rámci zdravé výživy v souladu se současnými výživovými doporučeními pro ČR se zaměřením na stravovací kategorie, na prevenci vzniku obezity a vysoké hladiny tuků v krvi a z přípravy léčebné výživy vztahující se k onemocnění gastrointestinálního traktu, diabetu mellitu a celiakii.

Léčebná výživa je v Psychiatrické nemocnici Kroměříž zajišťována v souladu se standardem Nutriční péče. Standard vypracovala vedoucí stravovacího provozu s platností od 1. 7. 2012. Cílem standardu je definovat činnosti, které mají bezprostřední vliv na kvalitu stravování a léčebnou výživu pacientů, tedy zajištění optimální nutriční péče u pacientů Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Cílem nutriční péče je zjištění stavu výživy a zajištění kvalifikované léčebné výživy, zabránit vzniku či prohloubení malnutrice a podání stravy, umělé výživy nebo jejich kombinace v přiměřeném množství a odpovídající cestou. Vždy je nutné vzít v úvahu výchozí stav výživy, stav metabolismu a předpokládanou spotřebu energie. Ve standardu je popsán postup hodnocení nutričního stavu pacientů, mechanismus zajištění léčebné výživy od přípravy stravy po dodání pacientovi, Dietní systém Psychiatrické nemocnice Kroměříž a odpovědnosti jednotlivých pracovníků.

Nástrojem pro zhodnocení stavu výživy pacientů je zavedený nutriční screening. Pomocí standardizovaného dotazníku se v první řadě zjišťuje riziko podvýživy. Podle vnitřních pravidel jmenovaného zdravotnického zařízení je prostřednictvím nutričního terapeuta zajištěna další péče. Prvním krokem péče nutričního terapeuta je stanovení potřeby výživy u pacienta ve vazbě na nutriční anamnézu a aktuální zdravotní stav pacienta. Nutriční terapeut stanoví nejen cíl a postup nutriční péče, ale může upravit dietu, výběr stravy nebo vhodnými přídavky stravy doplnit chybějící živiny. Nestará se pouze o podvýživu, ale také o složení stravy při alergii nebo intoleranci některých potravin a o potíže spojené s příjmem stravy. S pacientem, případně jeho blízkými, řeší úpravu stravování, možnost obohacování jídelníčku vhodnými potravinami a doplňky výživy. Pokud musí pacient dodržovat speciální úpravu stravování nebo dietu, nutriční terapeut jej s ní seznamuje a pomůže s praktickým zavedením režimu do praxe. Další oblastí činnosti nutričního terapeuta je edukace o výživě a souvislostech výživy a léčby (například interakce potravin s léčbou, řešení obtíží se stravováním v průběhu léčby). Jde o odborně samostatnou činnost, která ale současně plně závisí na spolupráci s celým týmem zdravotníků, který pacienta léčí a je s ním v celodenním kontaktu. Nezbytné je sdílení informací a objektivizace údajů, například o množství a druhu pacientem snědených jídel, příjmu tekutin, ale i nevolnosti, průjmu apod.

Stravování nemocných je třeba vnímat jako rovnocennou součást léčebného procesu. Ve většině případů se jedná o stravování formou diet, tedy o poskytování léčebné výživy. Péče o dostatečný příjem kvalitní potravy tak, aby byly uspokojeny fyziologické potřeby organismu, představuje nedílnou součást algoritmu komplexní péče o pacienta i v moderním

pojetí medicíny. Dietní systém je dokument specifický pro každé zdravotnické zařízení. Jeho vydání je garantováno ředitelem zdravotnického zařízení. Obsah by měl být zpracován odborně kvalifikovanými pracovníky – nutričními terapeuty pod garancí dietologa. Dietní systém určuje a specifikuje, jaké diety jsou ve zdravotnickém zařízení připravovány. Bez dietního systému nelze ve zdravotnickém zařízení deklarovat zajištění péče o nemocné vyžadující dietní úpravu stravy.

Psychiatrická nemocnice v Kroměříži má svůj vlastní dietní systém, podle potřeby aktualizován. Dietní systém zpracovala vedoucí stravovacího provozu, včetně poslední aktualizace platné od 1. 1. 2016, schválený byl ředitelem ústavu. Dietní systém PNKM tvoří 27 diet, z nich je odvozeno 24 modifikací, většinou podle stupně mechanické úpravy stravy nebo verze pro diabetiky. Pokud to stav pacienta vyžaduje, podávají se v popisovaném zařízení diety individuální.

Pacienti Psychiatrické nemocnice v Kroměříži jsou dle platné legislativy informováni o obsahu alergenů ve všech pokrmech dodávaných stravovacím provozem PNKM.

Stravovací provoz Psychiatrické nemocnice Kroměříž má zavedený systém HACCP. Pokrmy v této provozovně jsou vždy připravovány v souladu se zásadami správné výrobní a hygienické praxe, což zajišťuje, že jsou strávníkům podávány maximálně bezpečné pokrmy. Systém HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points) spočívá ve vytvoření preventivního systému řízení a kontroly surovin, prostředí, pracovníků a procesů výroby tak, že se vzniku nebezpečí předchází. Předmětem systému kritických bodů je zavedení a používání postupů založených na zásadách HACCP při výrobě pokrmů a jejich uvádění do oběhu ve stravovacím zařízení PNKM na základě nařízení EP a Rady (ES) č. 852/2004 (kapitola II. č. 5), ČSN 569606 Pravidla správné hygienické a výrobní praxe a Codex alimentarius pro vařené a předvařené potraviny. Ověřování funkce systému je stanoveno provádět pravidelně 1 x ročně, interní audit provádí poradce - soukromý hygienik. Interní audit zahrnuje prohlídku provozovny, prohlídku dokumentace pro stanovení kritických bodů, prohlídku denních záznamů o sledování a ověření metod sledování v kritických kontrolních bodech, zhodnocení hygienického standardu provozovny, dodržování zásad správné hygienické a výrobní praxe, přezkoušení pracovníků a na závěr poradu auditora s pracovníky zodpovědnými za uplatňování systému HACCP, zhodnocení průběhu a výsledku auditu, předání zprávy z interního auditu k založení.

Funkčnost systému HACCP stravovacího provozu Psychiatrické nemocnice v Kroměříži byla v roce 2015 ověřena dvoudenním externím auditem. Provedení hodnocení systému bezpečnosti výroby potravin bylo provedeno v oblastech hodnocení bezpečnosti potravin, identifikace typu neshod (systémová, nesystémová), úroveň dokumentace, míra aplikace systému v praxi a stupeň účinnosti systému. Kontrola shody při činnostech prováděných v prostorách stravovacího provozu byla provedena pracovnicemi Krajské hygienické stanice místním šetřením, pozorováním a dalšími metodami včetně řízených rozhovorů s pracovníky provozu. Výsledek auditu zhodnotil zavedený postup HACCP a přijatý systém bezpečnosti potravin ve stravovacím provozu PNKM jako systém dokumentovaný, uplatňovaný a účinný, vyhodnocen stupněm „A“.

5.1 Aktuální úroveň aktivit spojených se spokojeností pacientů se stravováním v Psychiatrické nemocnici Kroměříž

Jak vyplývá z dříve uvedeného, měření kvality zdravotní péče prostřednictvím dotazování pacientů v PNKM bylo započato roku 2008 projektem „Kvalita očima pacientů“. V tomto projektu byla kvalita strukturována do osmi různých oblastí – tzv. dimenzí kvality, které se klíčovým způsobem podílejí na tom, zda se pacient cítí po zkušenosti se zdravotnickým zařízením spokojený nebo nespokojený. Otázky týkající se stravování se vyskytovaly v dimenzi „Tělesné pohodlí“. Otázky ke stravování byly tři (mimo dotaz na dietu).

- Jak byste ohodnotil/a kvalitu jídla?
- Jaké množství jídla jste dostával/a?
- Vyhovovala Vám doba podávání jídel?

Pro měření kvality zdravotní péče prostřednictvím vnímání pacientů v definovaných osmi oblastech byl tento dotazník v projektu vhodným nástrojem. Vedoucí provozu stravování a léčebné výživy PNKM (autorce práce) však výsledky projektu nedávaly dostatečnou zpětnou vazbu, která by byla konkrétním podnětem ke zlepšení poskytované služby. Pojem „kvalita jídla“ je velmi obecný k šíři poskytované nutriční péče, jež je nedílnou součástí léčebného procesu. Nezbytné se jevilo provést vlastní podrobnější šetření spokojenosti pokrývající celou šíři poskytované služby nutriční péče, jež dá možnost cíleně se zaměřit na zjištěný problém a tím zpětně kladně ovlivnit obecný dojem z „kvality jídla“.

V roce 2010 bylo z iniciativy vedoucí stravovacího provozu provedeno první dotazníkové šetření zaměřené na zjišťování spokojenosti pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické

nemocnici Kroměříž se stravováním a poskytovanou nutriční péčí. Výsledky šetření poskytly velké množství informací o požadavcích pacientů i o rozdílných přístupech v podávání stravy a informování pacientů na jednotlivých odděleních. Na základě zjištěných nedostatků byla provedena opatření k jejich odstranění. Účinnost provedených opatření však v dalším roce při zhodnocení výsledků projektu „Kvalita očima pacientů“ nebyla znatelná.

Od září roku 2012 má kroměřížská psychiatrická nemocnice vlastní dotazník spokojenosti s léčbou, který je popisován v části věnované sledování spokojenosti pacientů v PNKM. Z dvaceti pěti otázek se jedna dotazuje na spokojenost s kvalitou jídla. Pacienti známkují na stupnici 1 až 5, kde 1 znamená nejlepší hodnocení, zatímco 5 je nejhorší. Textové připomínky ke stravování mohou respondenti uvést ve formuláři dotazníku do volného rámečku. Vedoucí stravovacího provozu má umožněn přístup do počítačového programu pravidelného měsíčního vyhodnocování výsledků ústavního dotazníku spokojenosti, kde zjišťuje a eviduje úroveň jak celkové spokojenosti, tak spokojenosti s kvalitou jídla. Hodnocení jediné otázky opět bylo nedostatečnou zpětnou vazbou pro provoz stravování. Slovní komentáře ve volném rámečku obsahovaly často nelichotivé výroky na adresu pracovníků kuchyně, bez konkrétních věcných podnětů. Již z prvního vlastního šetření vzešla zkušenost, že v kategorii „jídlo“, se promítá celkový přístup k pacientovi. Velmi důležitá je komunikace. Mnohdy stačí pacienta upozornit, že z důvodu nařízené diety nebude mít jídlo tak kořeněné, jak je zvyklý.

Od roku 2013 vedoucí stravovacího provozu provádí pravidelný monitoring spokojenosti pacientů s podávanou stravou a s úrovní léčebné výživy v Psychiatrické nemocnici Kroměříž. Šetření se provádí v ročních intervalech, přibližně ve stejném termínu z důvodů vlivu sezónních výkyvů na skladbu jídelníčku. Pravidelný monitoring umožňuje porovnání vývoje úrovně spokojenosti v čase a umožňuje vyhodnocení účinnosti nápravných opatření.

5.1.1 Dotazník týkající se kvality stravovacího provozu

Stravovací provoz pro vyhodnocení kvality poskytované služby použil techniku dotazníku. Vedoucí provozu vytvořila jednoduchý a srozumitelný dotazník, viz příloha (P I). Cílem bylo získat potřebné informace a přesto zachovat dotazník stručný a jasný. Důležité bylo docílit u pacientů zájem o vyplnění, aby upoutal přes přemíru ostatních tiskopisů a dokumentů k vyplňování, kterými jsou v současnosti pacienti i zdravotníci zahrnováni. Aby působil vstřícně a neodrazoval coby formální tiskopis, i s ohledem na skladbu pacientů,

které oslovoval, byl použit v hlavičce název „Chutná Vám u nás?“. Dotazník byl oboustranný, formátu A4.

Sedmnáct uzavřených otázek v dotazníku nabízelo škálu možných variant odpovědí, ze kterých respondent vybíral jednu vhodnou odpověď. Dále dotazník obsahoval jednu polouzavřenou otázku s možností doplnění vlastní odpovědi a jednu volnou otevřenou otázku. Dotazník byl anonymní.

Otázkou č. 1, se sedmi podotázkami, byla zjišťována spokojenost pacientů v jednotlivých dílčích oblastech tvořících celek stravování. Podotázky záměrně nebyly číslovány, pro navození vizuálního dojmu jednoduchosti. Pacienti byli dotazováni na spokojenost s velikostí porcí, s chutí pokrmů, s pestrostí stravy, s teplotou pokrmů, měli hodnotit také způsob servírování pokrmů na odděleních, prostředí jídelny, kde pokrmy konzumují a zda jim vyhovuje doba podávání jídel. Spokojenost či nespokojenost mohli vyjádřit na pětistupňové škále, a to jako „velmi spokojen/a“, „spíše spokojen/a“, „tak napůl“, „spíše nespokojen/a“, „velmi nespokojen/a“.

V otázce č. 2–9 byla zjišťována úroveň služeb týkajících se nutriční péče. Zde se jedná o celkový přístup k pacientovi a ve většině případů o nutnou spolupráci zdravotnických pracovníků jednotlivých oddělení s nutričními terapeutkami a pracovníky kuchyně. Cílem těchto otázek bylo zjistit, zda pacient rozumí, jakou dietu mu lékař předepsal, zda porozuměl edukaci o pravidlech diety, zda byl informován o možnosti konzultace s nutriční terapeutkou. Dalšími otázkami bylo zkoumáno zajištění náležitostí stravovací služby, kterou ovšem vykonávají pracovníci jednotlivých oddělení a nelze náhodnými návštěvami nutričních terapeutek tyto důležité aspekty vysledovat: jestli měli pacienti v průběhu dne dostatek čaje, zda byl na přístupném místě vyvěšen aktuální jídelní lístek. Protože i mezi hospitalizovanými Psychiatrické nemocnice Kroměříž přibývá pacientů různých etnik, náboženství a kultur a tyto odlišnosti se promítají do jejich stravovacích návyků, byla otázka č. 8 zaměřena na zjištění, zda u pacientů, kteří měli speciální jídelní požadavky, byly tyto zohledněny. Následující otázka v této sekci je využívána na zjištění nějaké aktuální problematiky, jejíž řešení je vhodné doložit názory pacientů. Tak do dotazníku byla dána otázka „Upřednostňujete bezmasé pátky?“. Tato otázka nebývá v dotazníku stabilně, podle aktuálnosti bývají pokládány i jiné dotazy, např. na zařazení sladkého pokrmu k obědu. Jedna polouzavřená otázka „Podle čeho posuzujete velikost porce?“ nabízí čtyři možnosti odpovědí nebo vepsání vlastní odpovědi, a slouží k vysledování spojitosti spokojenosti

s velikostí porcí a tím, podle čeho respondent velikost porce posuzuje (dle pocitu sytosti, srovnáním s jinými jídelnami, dle zvyklostí z domova, znám Vaše normy).

V otázce č. 10 mohli pacienti vyjádřit své požadavky, co ve zdejší stravě postrádali i napsat své podněty a návrhy, co, dle jejich názorů, by přispělo ke zlepšení poskytované služby.

Poslední tři otázky se týkaly demografických charakteristik respondentů.

Organizace dotazníkového šetření stravovacího provozu

Záměr provést dotazníkové šetření úrovně spokojenosti se stravováním byl vedoucí stravovacího provozu přednesen, s žádostí o svolení, na schůzi Stravovací komise PNKM, jejímiž členy jsou zástupci lékařů, managementu léčebny, ošetřovatelské péče a za stravovací provoz nutriční terapeutka s vedoucí provozu. Stejně tomu bývá při každém opakovaném monitoringu. Dále na jarní poradě vrchních sester, která předchází zahájení dotazníkového šetření stravovacího provozu, vedoucí provozu seznámí přítomné se svým plánem a bývá dohodnuto, která oddělení se zúčastní šetření pro zaručení duševní způsobilosti respondentů. Do šetření bývají zařazeni pacienti hospitalizovaní v Psychiatrické nemocnici Kroměříž minimálně týden. Při předání dotazníků na jednotlivá oddělení bývá do horního rohu poznačen název oddělení, což je důležité pro zpracování získaných dat. Zatěžovat pacienty v dotazníku další otázkou, dotazující se na název oddělení, se tvůrkyni dotazníku jevilo zbytečné. Čím přehlednější a jednodušší dotazník je, tím je větší šance na ochotu respondentů k vyplnění a vysokou návratnost. Prioritou bylo získat odpovědi týkající se subjektivních pocitů pacientů a jejich hodnocení, ne název oddělení, který lze zjistit jiným, popsaným, nenáročným způsobem.

Vytištěné dotazníky v množství, odpovídající aktuálnímu počtu pacientů konkrétního oddělení, bývají na oddělení distribuovány nutriční terapeutkou, která na ranní komunitě pacientům vysvětlí důvod požadavku k vyplnění dotazníku, vysvětlí, jak mají dotazník vyplnit (zaznačit jen jednu vybranou odpověď), pacienty upozorní na anonymitu a neopomene projevit respekt práva jedince na dobrovolné rozhodnutí se dotazníkového šetření nezúčastnit. Nutriční terapeutka dále pacientům objasňuje smysl, jaký mají jejich odpovědi a názory pro pracovníky stravovacího provozu, s důrazem, že na základě jejich odpovědí může dojít ke změně, která bude pro ně a dále příchozí pacienty přínosem a zlepšením, zpříjemněním léčebného pobytu v Psychiatrické nemocnici Kroměříž. Pro zaručení anonymity vyplněné dotazníky pacienti vhazují do označených schránek na odděleních. Sta-

ničí sestry jednotlivých oddělení po vybrání schránek odevzdávají dotazníky vedoucí stravovacího provozu ke zpracování. Odevzdané nevyplněné, částečně vyplněné či nečitelné dotazníky nejsou započítávány jako vrácené.

Zpracování empirických dat z dotazníků provádí vedoucí stravovacího provozu (autorka práce). Odpovědi jsou započítávány dle jednotlivých oddělení, což je důležité pro zjištění případných rozdílů mezi jednotlivými odděleními. Při prvním dotazníkové šetření v roce 2010 nebyl stravovací provoz vybaven počítačovým programem a kanceláře nebyly vybaveny počítači. Zpracování dat bylo prováděno ručně, což bylo velmi náročné na čas a přesnost. Mezi nápravná opatření reagující na výsledky prvního dotazníkového šetření náleželo i zavedení počítačů na stravovací provoz. V důsledku toho od roku 2013, kdy už počítače byly na provozu zavedeny, data získaná z dotazníkového šetření zpracovává vedoucí provozu v programu Excel, kde má vytvořeny tabulky pro jednotlivé otázky včetně kontrolních součtů pod každou tabulkou, pro ověření správnosti. Výsledky jsou vyčíslovány v absolutní i relativní četnosti. Vedoucí stravovacího provozu vypracovává i souhrny dat z výsledků pro jednotlivá oddělení, které slouží jako podklad pro práci nutričních terapeutek na jednotlivých odděleních.

Odpovědi z dotazníků spokojenosti se stravováním v PNKM jsou také zpracovávány dle pohlaví, věku a dosaženého vzdělání, což poukazuje na spojitost mezi danými parametry a úrovní spokojenosti. Pro správnou interpretaci dat je vhodné být obeznámen s tím, že demografické charakteristiky pacientů hrají ve spokojenosti se zdravotní péčí významnou roli. Někteří pacienti se ptali na důvod, proč mají vyplňovat věk, vzdělání a pohlaví. Obzvláště dotazem na vzdělání byli zaskočeni. Nutriční terapeutky a vedoucí stravovacího provozu se snaží pacientům vysvětlovat opodstatnění těchto dotazů. Ve skladbě pacientů na oddělení mnohdy převažuje jedna demografická skupina. Zpracovatelku dotazníku zajímalo, jak a zda vůbec se mění úroveň spokojenosti s přibývajícím věkem, zda je rozdíl mezi vnímáním spokojenosti mezi oběma pohlavími. Zda větší nároky na poskytované služby kladou a kritičtější jsou pacienti s vyšším vzděláním, tedy, zda úroveň dosaženého vzdělání má souvislost s úrovní spokojenosti. Druhým důvodem pro sledování demografických charakteristik u respondentů je srovnatelnost výsledků při opakovaném pravidelném monitorování. Pokud se srovnávají výsledky v průběhu několika let, je dobře vědět, zda se srovnávají přibližně stejné nebo podobné skupiny respondentů, že rozdíl ve spokojenosti respondentů v jednotlivých obdobích není ovlivněn srovnáváním zcela odlišného vzorku respondentů.

5.1.2 Analýza výsledků monitoringu spokojenosti pacientů se stravováním

Spokojenost pacientů je jedním z důležitých ukazatelů kvality zdravotnických služeb. Spolu s posuzováním kvality podle klinických ukazatelů je dnes standardně používaným měřítkem, podle kterého se kvalita péče posuzuje. Pravidelné zjišťování úrovně spokojenosti pacientů může sloužit i jako velmi dobrá preventivní metoda, bránící vzniku vážných problémů a oprávněných stížností pacientů.

Podle standardu sledování kvality v Psychiatrické nemocnici Kroměříž všichni vedoucí pracovníci patří k organizačním složkám zodpovědným za sledování a vyhodnocování Programu zvyšování kvality a bezpečí v PNKM.

Výsledky ústavního Dotazníku spokojenosti s léčbou z let 2013–2016

Porovnání výsledků Dotazníků spokojenosti s léčbou z let 2013–2016, zaměřených na poskytovanou zdravotní péči v kroměřížské psychiatrické nemocnici, kde respondenti pouze v jedné z dvaceti pěti otázek hodnotí spokojenost s kvalitou jídla během hospitalizace, potvrdilo správnost rozhodnutí provést vlastní podrobné dotazníkové šetření stravovacího provozu. Jemné nuance výkyvů nedávají pracovníkům stravovacího provozu dostatečnou zpětnou vazbu, není patrno, co způsobilo zhoršené hodnocení, zda bylo jídlo málo teplé, málo slané či nevhodně naservírované nebo pacienta nikdo neseznámil s dietou. Následující tabulka (Tab. 1) uvádí, jak byla otázka kvality jídla v jednotlivých letech hodnocena, a to na stupnici 1 až 5, kde 1 znamená nejlepší hodnocení.

Tab. 1. Výsledky spokojenosti pacientů s kvalitou jídla dle ústavního Dotazníku spokojenosti s léčbou, z let 2013–2016 (vlastní zpracování).

	r. 2013	r. 2014	r. 2015	r. 2016
Spokojenost pacientů s kvalitou jídla	1,7	1,8	1,7	1,8

Návratnost těchto dotazníků nebyla z výsledků dostupných na intranetu PNKM pro zpracovatelku práce patrná, lze dohledat, kolik dotazníků bylo odevzdáno, ale ne kolik pacientů, jejichž aktuální psychický stav to umožňoval, bylo informováno o možnosti dotazník vyplnit.

Výsledky dotazníkového šetření stravovacího provozu z let 2013–2016

Návratnost dotazníků ve vyhodnocovaném období let 2013–2016 byla poměrně vysoká, konkrétní údaje předkládá tabulka (Tab. 2) níže.

Tab. 2. Návratnost dotazníků stravovacího provozu v letech 2013–2016 (vlastní zpracování).

	r. 2013	r. 2014	r. 2015	r. 2016
Počet rozdaných dotazníků	355	401	378	454
Počet vrácených dotazníků	309	356	343	393
Návratnost dotazníků	87,04 %	88,78 %	90,74 %	86,56 %

Dotazníky byly rozdány převážně na otevřená oddělení, a to mužská, ženská a koedukovaná, tzn. smíšená pro muže i pro ženy. Poměr mužů a žen ve všech sledovaných obdobích byl podobný. V roce 2013, 2014, 2015 mírně převažovali respondenti muži a v roce 2016 se dotazníkového šetření zúčastnilo o 1,78 % více žen než mužů. Z věkových kategorií v uvedených letech vždy dominovala kategorie 31–50 let, následovala věková kategorie 51–70 let, dále respondenti s věkem do 30 let a nejméně bylo respondentů starších 70 let. Podle zaznamenaného dosaženého vzdělání bylo možno vysledovat, že zkoumaný vzorek respondentů byl v této charakteristice téměř totožný ve všech porovnávaných obdobích, nejvíce dotazovaných bylo vyučených, následovali pacienti s maturitou, se základním vzděláním a nejméně bylo vysokoškoláků.

Výsledky všech otázek sledujících spokojenost pacientů jsou prezentovány v relativní četnosti odpovědí respondentů.

Úvodní otázka dotazníku monitorovala spokojenost s velikostí porcí pokrmů, podávaných v PNKM. Celodenní strava pro pacienty kroměřížské Psychiatrické nemocnice je připravována v ústavní kuchyni a odtud několikrát denně rozvážena v termonádobách pro celkový počet pacientů oddělení. Dělení stravy na jednotlivé porce je prováděno až personálem na oddělení. Každé oddělení je vybaveno tabulkou dávek pokrmů pro správný výdej.

Z tabulky (Tab. 3) lze vysledovat, že v průběhu porovnávaných období mírně klesala spokojenost s velikostí porcí pokrmů, rozdíl byl způsoben navýšením neutrální odpovědi.

Tab. 3. Vyhodnocení otázky:"Jak jste spokojen/a s velikostí porcí?", v letech 2013–2016 (vlastní zpracování).

Jak jste spokojen/a s velikostí porcí?	r. 2013	r. 2014	r. 2015	r. 2016
Velmi spokojen/a	34,63 %	30,90 %	33,82 %	31,81 %
Spíše spokojen/a	34,63 %	38,76 %	31,49 %	35,11 %
Tak napůl	19,09 %	21,07 %	23,91 %	21,88 %
Spíše nespokojen/a	8,41 %	7,87 %	8,16 %	6,87 %
Velmi nespokojen/a	3,24 %	1,40 %	2,62 %	4,33 %

Další otázka se týkala spokojenosti s chutí pokrmů. Celková spokojenost v této dimenzi byla nejvyšší roku 2014, velmi spokojených pacientů bylo nejvíce v roce 2015 a následně v roce 2016. Zvýšených hodnot postupem let nabyla také nespokojenost.

Tab. 4. Vyhodnocení otázky: „Jak jste spokojen/a s chutí pokrmů?", v letech 2013–2016 (vlastní zpracování).

Jak jste spokojen/a s chutí pokrmů?	r. 2013	r. 2014	r. 2015	r. 2016
Velmi spokojen/a	27,51 %	27,25 %	32,65 %	29,01 %
Spíše spokojen/a	38,19 %	42,70 %	34,99 %	34,35 %
Tak napůl	23,30 %	21,91 %	23,03 %	22,90 %
Spíše nespokojen/a	7,44 %	7,30 %	5,25 %	9,41 %
Velmi nespokojen/a	3,56 %	0,84 %	4,08 %	4,33 %

Jak vnímali respondenti pestrost podávané stravy je patrné z další tabulky (Tab. 5). Pestrost stravy je v dnešní době velmi diskutovaná oblast, mezi odborníky na výživu i mezi laiky. Z narůstajících hodnot velmi nespokojených odpovědí, je patrné, že nároky pacientů se zvyšují, a i když strava v nemocnici nemá suplovat drahé restaurace, jistě lze, z důvodu finančních limitů, shledat rezervy ve spektru i kvalitě podávaných pokrmů. Od roku 2013 bylo zařazeno do jídelníčku několik nových pokrmů (polévek, hlavních jídel, pomazánek),

saláty z čerstvé zeleniny i v zimních měsících také dříve nebyly samozřejmostí, a proto je překvapivým zjištěním, že v hodnocení spokojenosti se tato „zlepšení“ neprojevila.

Tab. 5. Vyhodnocení otázky: „Jak jste spokojen/a s pestrostí stravy?“, v letech 2013–2016 (vlastní zpracování).

Jak jste spokojen/a s pestrostí stravy?	r. 2013	r. 2014	r. 2015	r. 2016
Velmi spokojen/a	24,27 %	24,72 %	31,49 %	25,95 %
Spíše spokojen/a	35,28 %	33,71 %	29,16 %	30,03 %
Tak napůl	25,24 %	25,56 %	24,78 %	26,21 %
Spíše nespokojen/a	11,65 %	14,61 %	10,20 %	11,20 %
Velmi nespokojen/a	3,56 %	1,40 %	4,37 %	6,61 %

Jednou z velmi důležitých otázek byl dotaz na spokojenost s teplotou pokrmů. Odpovídající teplotu stravy je třeba dodržovat podle hygienických předpisů, sledování teploty stravy je zavedeno v systému HACCP stravovacího provozu. Tato otázka byla pečlivě zkoumána i podle jednotlivých oddělení. Rozvoz stravy trvá určitou dobu a teplota jídla v přepravních nádobách postupně klesá.

V tabulce (Tab. 6) je vidno, že spokojenost s teplotou pokrmů byla v roce 2016 vyšší než v roce 2015, ale stále je velké množství respondentů nespokojených.

Tab. 6. Vyhodnocení otázky: „Jak jste spokojen/a s teplotou pokrmů?“, v letech 2013–2016 (vlastní zpracování).

Jak jste spokojen/a s teplotou pokrmů?	r. 2013	r. 2014	r. 2015	r. 2016
Velmi spokojen/a	31,07 %	31,46 %	25,66 %	31,81 %
Spíše spokojen/a	33,66 %	36,24 %	30,90 %	32,06 %
Tak napůl	20,71 %	17,98 %	20,41 %	19,59 %
Spíše nespokojen/a	11,00 %	11,52 %	15,45 %	10,69 %
Velmi nespokojen/a	3,56 %	2,80 %	7,58 %	5,85 %

Vyhodnocení otázky v následující tabulce (Tab. 7) neukazuje významnějších rozdílů mezi porovnávanými obdobími. Vysoká spokojenost se servírováním a prostředím jídelny dokládá vzornou péči zaměstnanců oddělení o kulturu stolování.

Tab. 7. Vyhodnocení otázky: „Jak jste spokojen/a se způsobem servírování?“, v letech 2013–2016 (vlastní zpracování).

Jak jste spokojen/a se způsobem servírování?	r. 2013	r. 2014	r. 2015	r. 2016
Velmi spokojen/a	44,34 %	49,72 %	44,03 %	46,06 %
Spíše spokojen/a	40,13 %	36,24 %	37,61 %	38,68 %
Tak napůl	11,65 %	11,24 %	11,95 %	12,21 %
Spíše nespokojen/a	1,94 %	2,52 %	4,37 %	1,78 %
Velmi nespokojen/a	1,94 %	0,28 %	2,04 %	1,27 %

V tabulce (Tab. 8) jsou zpracovány výsledky šetření v otázce spokojenosti s prostředím jídelny na oddělení, kde se pacienti stravují. Zde od roku 2013 došlo k mírnému poklesu spokojenosti, ale větší je pokles nespokojenosti. Nárůst zaznamenala odpověď „tak napůl“.

Tab. 8. Vyhodnocení otázky: „Jak jste spokojen/a s prostředím jídelny?“, v letech 2013–2016 (vlastní zpracování).

Jak jste spokojen/a s prostředím jídelny?	r. 2013	r. 2014	r. 2015	r. 2016
Velmi spokojen/a	57,28 %	55,34 %	54,81 %	55,47 %
Spíše spokojen/a	33,34 %	34,55 %	32,95 %	33,84 %
Tak napůl	5,50 %	8,71 %	9,91 %	9,42 %
Spíše nespokojen/a	1,94 %	1,12 %	1,75 %	0,76 %
Velmi nespokojen/a	1,94 %	0,28 %	0,58 %	0,51 %

Spokojenost s dobou podávání jídla je podle výsledků dotazování velmi vysoká, pacientům zavedený režim vyhovuje. I v této otázce se však objevuje tendence zvyšujícího se počtu

neutrálních odpovědí na úkor spokojených odpovědí. Doba podávání jídla souvisí s režimem na oddělení, který musí pacient respektovat.

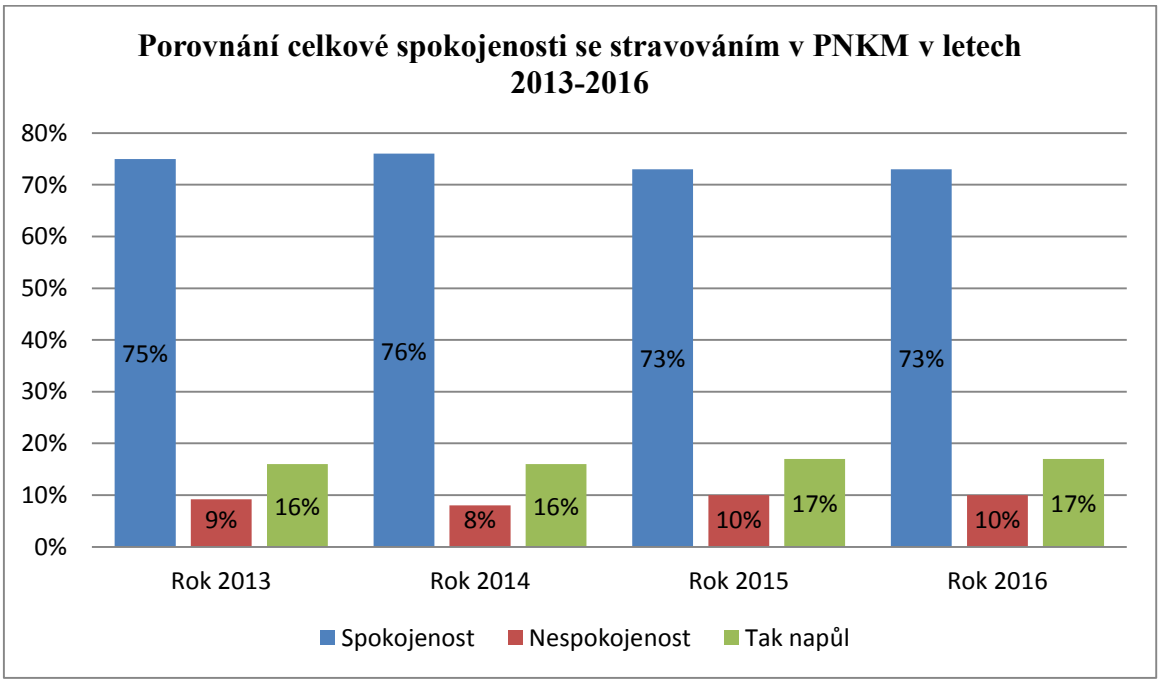
Tab. 9. Vyhodnocení otázky: „Jak jste spokojen/a s dobou podávání jídla?“, v letech 2013–2016 (vlastní zpracování).

Jak jste spokojen/a s dobou podávání jídla?	r. 2013	r. 2014	r. 2015	r. 2016
Velmi spokojen/a	56,31 %	54,21 %	53,94 %	52,67 %
Spíše spokojen/a	33,66 %	36,52 %	37,90 %	34,61 %
Tak napůl	5,83 %	6,74 %	5,83 %	9,67 %
Spíše nespokojen/a	1,94 %	1,69 %	1,75 %	2,03 %
Velmi nespokojen/a	2,26 %	0,84 %	0,58 %	1,02 %

Celková spokojenost

Graf 1 znázorňuje porovnání hodnocení celkové spokojenosti se stravováním v PNKM.

Graf 1. Porovnání celkové spokojenosti se stravováním v PNKM v letech 2013–2016 (vlastní zpracování).



Hodnoceny byly odpovědi na všech sedm otázek týkajících se spokojenosti. Odpovědi „velmi spokojen „ a „spíše spokojen“ byly pro tento grafický přehled sloučeny do odpovědi „spokojenost“ a odpovědi „spíše nespokojen“ a „velmi nespokojen“ byly spojeny v odpověď „nespokojenost“. Procentní vyhodnocení bylo pro přehlednost a dobrou čitelnost zaokrouhleno na celá čísla.

Spokojenost pacientů vzrostla roku 2014 v porovnání s rokem předchozím. Následovalo snížení spokojenosti v roce 2015 a v roce 2016 byla úroveň spokojenosti stagnující. Z grafického zobrazení celkové spokojenosti ve srovnání let 2013–2016 lze vyčíst jen drobné odchylky. V tomto parametru je velká podobnost s hodnocením jediné otázky ke stravování v ústavním Dotazníku spokojenosti s léčbou. Z předešlého rozboru je patrné, že vysoká spokojenost s prostředím jídelny, se způsobem servírování a s dobou podávání jídla splyne s nižší spokojeností s chutí pokrmů či pestrostí stravy a výsledkem jsou čísla k porovnání, ale ne konkrétní identifikace nedostatku.
Podrobné šetření dotazníkem stravovacího provozu se osvědčilo v množství poskytnutých informací. Na konkrétní zjištěné nedostatky lze nastolovat nápravná opatření v různých časových horizontech.

Hodnocení nutriční péče

Jak bylo popsáno ve specifikaci dotazníku stravovacího provozu, další část dotazníku se zabývala zjišťováním úrovní služeb, týkajících se nutriční péče. Část otázek mapuje aktuální stav na odděleních, zde bývá na místě po vyhodnocení dotazníků, při zjištění případného nedostatku, okamžité adresné řešení s vedoucími pracovníky oddělení.
Zjištění potvrdila opět důležitost spolupráce a komunikace všech zdravotnických pracovníků. Při dotazu, zda pacient ví, jako dietu mu lékař naordinoval, se stále objevují, dokonce v rostoucí míře, odpovědi „ne“. Odpovědi v níže uvedené tabulce (Tab. 10) jsou zaznamenány v relativní četnosti.

Tab. 10. Odpovědi na otázku „Víte, jako dietu máte předepsanou?“ v porovnání let 2013–2016 (vlastní zpracování).

Víte, jako dietu máte předepsanou?	Rok 2013	Rok 2014	Rok 2015	Rok 2016
Ano	97,41 %	86,52 %	85,13 %	85,75 %
Ne	2,59 %	13,48 %	14,87 %	14,25 %

Pokud pacient neví, zda má nebo nemá nějaké dietní omezení, může to být zdrojem nedorozumění a nespokojenosti. Neví, že některé potraviny má vyloučeny z jídelníčku z důvodu nařízené diety.

Připomínky pacientů, které mohli respondenti vepisovat do volného pole na dotazníku, nejčastěji obsahovaly požadavek o navýšení množství ovoce a zeleniny, ryb, celozrnného pečiva, jogurtů, mléka k pití, másla na pečivo. Pacienti požadovali více jmenovaných potravin, tedy nepostrádali je v jídelníčku, chtěli by je častěji. Někteří pacienti vypsali požadavek na více řízků, zákusky, bramboráky, hranolky aj. Část dotazovaných volné pole využila k vyjádření pochvaly, spokojenosti a uznání pro všechny pracovníky stravovacího provozu.

Textové připomínky jsou mnohdy i cenným podnětem k provedení nápravy, např. v roce 2016, kdy se objevilo několik připomínek k přesoleným pokrmům, se podařilo vysledovat rozdílnou slanost jednotlivých balení soli, používaných v kuchyni. Pokrmy jsou po dovaření ochutnány pracovníkem, který pokrm vařil, vedoucí kuchařkou, nutriční terapeutkou a vedoucí provozu. Až poté se pokrm může vydávat. Přesolený pokrm by tímto systémem neprošel. Zjistilo se, že jeden druh soli neosolil pokrm hned, ale rozkládal se postupně, za hodinu po dovaření chutnal pokrm na oddělení úplně jinak, než při dohotovení v kuchyni. Tento druh soli už stravovací provoz neodebírá.

5.1.3 Analýza skladby aplikovaných diet v PNKM v letech 2013–2016

V průběhu porovnávaných let 2013–2016 zůstal počet oddělení i počet lůžek stejný. Rozdíly v počtu připravovaných obědů mezi jednotlivými roky znázorňuje tabulka (Tab. 11).

Tab. 11. Počet obědů pro pacienty PNKM v letech 2013–2016 (vlastní zpracování).

	Rok 2013	Rok 2014	Rok 2015	Rok 2016
Počet obědů	320.445	334.517	321.855	320.874

V kroměřížské Psychiatrické nemocnici je patrná tendence posledních let v nárůstu speciálních diet, požadavků na vegetariánskou stravu a jiné druhy alternativního stravování, vaří se více diet při intolerancích či alergiích na nějakou potravinu. Budova stravovacího provozu je stejná jako před téměř 110 lety v době vzniku. Kuchyň byla vyprojektována na přípravu stravy jiné skladby diet. I při poslední velké rekonstrukci provozu v 70. letech

20. století se vycházelo z požadavků doby tehdejší, která příliš nezohledňovala individuální potřeby pacientů.

K porovnání bylo dohledáno z roku 1983 celostátní procentuální zastoupení diet v psychiatrických léčebnách (Doberský a kol., 1983, s. 27): dieta kašovitá 2 %, dieta šetřící 2 %, dieta racionální 60 %, dieta s omezením tuků 2 %, dieta bílkovinná bezezbytková 11 %, dieta nízkocholesterolová 2 %, dieta redukční 1 %, dieta diabetická 3 %, dieta neslaná šetřící 3 %, dieta výživná 11 % a strava větších dětí 3 %.

Současné spektrum předepisovaných diet v PNKM je mnohem bohatší, mnohá psychiatrická onemocnění mají vztah k metabolickým onemocněním, kde patogeneze onemocnění je komplexní s interním i psychiatrickým podílem. U některých geriatrických nemocných nastává porucha polykání tekutých a drobných soust, to pak způsobuje častější aspirace. Pro geriatrické pacienty je možnost v PNKM podávat stravu tří stupňů konzistence, v úpravě racionální diety, šetřící a diabetické diety. Mají specifický výběr surovin, bez rýže. Pacientů s potřebou této úpravy stravy je v PNKM stále více. V posledních pěti letech je přidána ještě dieta speciální geriatrická pro pacienty, kteří nemohli zkonzumovat ani pečivo k snídani. Ti mají celodenní stravu ve formě nákypů, kaší a pudingů. Připravovaný počet jídel pro tuto dietu roste, jak vyčísluje následující tabulka (Tab. 12).

Tab. 12. Počet vegetariánských obědů a počet obědů speciální geriatrické diety v letech 2013–2016 (vlastní zpracování).

Počet obědů	Rok 2013	Rok 2014	Rok 2015	Rok 2016
Vegetariánská strava – abs. četn.	2.426	2.716	3.808	4.268
Vegetariánská strava – rel. četn.	0,76 %	0,81 %	1,18 %	1,33 %
Geriatrická dieta – abs. četn.	123	157	193	492
Geriatrická dieta – rel. četn.	0,04 %	0,05 %	0,06 %	0,15 %

Jedním z plánů vedoucí stravovacího provozu je pro pacienty, kteří jsou odkázáni na kašovitou stravu (stále podobnou a nevzhlednou), používat různé formičky k vytvarování pokrmu, zapečení nákypů apod., aby jídlo vypadalo lákavěji. Také by bylo vhodné pro zachování soběstačnosti a důstojnosti u pacientů, kteří se už sami příborem nenají, připravovat tzv. jídlo do ruky, nákypy pečené do papírových košíčků apod. V současných provozních podmínkách však nelze realizovat.

Společně s dietou speciální geriatrickou je v předešlé tabulce (Tab. 12) zaznamenán strmý vzestup počtu připravovaných vegetariánských obědů, v absolutním počtu připravených obědů v uvedeném roce a v relativním počtu, jakou část z celkového počtu připravovaných obědů v uvedených letech tvořily. Vývoj množství připravovaných obědů u všech diet, v období 2013–2016 v Psychiatrické nemocnici Kroměříž, je k nahlédnutí v příloze (P II).

5.1.4 Zhodnocení provedených opatření ke zvýšení spokojenosti pacientů se stravováním

Uspokojení, či naopak nedostatečné saturování potřeb pacientů se odráží v jejich vědomí jako subjektivně pociťovaná spokojenost či nespokojenost. Vygenerované informace z dotazníkových šetření se staly podkladem k vyhodnocení úrovně spokojenosti pacientů v oblasti množství stravy, sortimentu, chuti i způsobu výdeje. Získané údaje, připomínky a náměty poskytují konkrétní podněty k dalšímu zvyšování kvality poskytované péče.

Po zpracování dat jsou výsledky prezentovány na schůzi Stravovací komise, informováni o výsledcích jsou pracovníci stravovacího provozu. Důkladně seznámené s výsledky šetření jsou nutriční terapeutky, které od vedoucí stravovacího provozu dostávají podrobné podklady k jednotlivým oddělením, aby se v rámci své působnosti mohly případně zaměřit na prověření okolností zjištěného nedostatku. Vyplněné dotazníky se zpracovaným vyhodnocením jsou zakládány v archivu stravovacího provozu.

Opatření a změny, navržené s cílem zvýšit spokojenost pacientů se stravováním v Psychiatrické nemocnici Kroměříž, byly postupně aplikovány. Zlepšení kvality stravování se vedoucí stravovacího provozu rozhodla provést bez žádosti o navýšení finanční částky na stravování pro pacienta a den, a to změnou přístupů v některých činnostech a hledáním úspor, které umožnily poskytnout pacientům např. ovoce navíc.

Prvotním cílem bylo zvýšit četnost účasti nutričních terapeutek na odděleních. Byla provedena změna organizace jejich práce a byl zaveden na stravovací provoz počítačový systém pro normování stravy a další návazné úkony, které dříve prováděly nutriční terapeutky ručně na tiskopisy. Následně uspořený čas tak mohly nutriční terapeutky věnovat péči o pacienta. Byl vypracován standard Nutriční péče a zaveden nutriční screening.

Také většinu dalších návrhů se podařilo uvést v praxi.

- Nutriční terapeutky mají v počítači přístup k chorobopisu pacienta a mohou lépe stanovit nutriční anamnézu a sestavit nutriční plán.

- Byly vytvořeny přehledné edukační materiály pro základní skupiny diet, které nutriční terapeutky rozdávají pacientům.
- Pro pracovníky stravovacího provozu byl vytvořen manuál stravovacích odlišností různých kultur a náboženského vyznání.
- Do ranních komunit na oddělení byla zakomponována pevným rozpisem pravidelná účast nutriční terapeutky, která se na komunitě věnuje připomínkám pacientů ke stravování a nastavuje jejich „očekávání“ v oblasti stravování.
- Nutriční terapeutky provádí na odděleních četné kontroly výdeje obědů včetně měření teploty vydávaného jídla.
- Sponzorským darem byl provoz vybaven speciální osobní váhou s rozborem tělesné analýzy, což usnadňuje nutričním terapeutkám stanovení nutriční anamnézy u pacientů.
- Byl vypracován nový dietní systém nemocnice.
- Aktuální jídelníček je vystaven na intranetu nemocnice, při ztrátě na oddělení je možnost dotisku.
- Jídelní lístek pro oddělení je psán v novém přehlednějším formátu, kde u každého chodu (snídaně, přesnídávka, oběd, svačina, večeře, II. večeře) je uvedeno, co přesně dieta zahrnuje a je více přehledný pro rozdělování jídla na odděleních.
- Na oddělení byly dány nové přepravní boxy na stravu, které lépe těsní a mají lepší izolační vlastnosti oproti původním boxům.
- Přeorganizováním činností kuchařů se podařilo výdej obědů zkrátit o cca 15 minut a lépe navazuje na rozvoz stravy.
- Pečivo na neděli, veky a vánočky, se rozváží se snídaní v neděli ráno (dříve bylo rozváženo v sobotu).
- Pravidelně každou středu na večeři je pro všechny pacienty zařazeno ovoce. Jednalo se hlavně o dietu racionální a šetřící, ostatní diety měly a mají ovoce denně.
- Ke studeným večeřím je častěji dáváno tmavé a celozrnné pečivo, celkově byl sortiment pečiva rozšířen o nové výrobky.
- Na dětské oddělení jsou minimálně jednou týdně k snídani podávány koláčky či loupáčky, také oplatky pro ostatní pacienty jsou pro větší pestrost střídány s čerstvým sladkým pečivem.
- Nabídky nových dodavatelů umožnily rozšířit sortiment podávaných potravin.

- Kuchyně byla vybavena speciálními plechy na přípravu sázených vajec, velkokapacitním kráječem knedlíků a velkokapacitním krouhačem zeleniny.
- Byl vypracován postup HACCP pro možnost předchystání složitějších pokrmů (ražniči, závitky), které by se v běžném rozvrhu ranní směny nestihly připravit.
- Byly vytvořeny nové receptury, zařazení „trendových“ potravin.

Realizovaná opatření, s cílem zvýšit kvalitu poskytované služby, byla z pozice vedoucí stravovacího provozu zaměřena hlavně na změny v organizaci práce a bylo v její kompetenci uvést opatření do praxe, což se u většiny povedlo do konce roku 2013. K dalším návrhům patřily změny v dispozičním uspořádání kuchyně, opravy budovy provozu a nákup nových výkonnějších technologií. Jedná se o finančně nákladné návrhy, realizace závisí na rozhodnutí managementu nemocnice a mnoha jiných faktorech. Doposud byly preferovány jiné stavební projekty v areálu nemocnice. Vybavení provozu modernější varnou technologií brzdí nedostatečnost elektrické sítě, která v současnosti dovolí navýšení jen drobných elektrospotřebičů.

5.2 SWOT analýza stravovacího provozu PNKM

SWOT analýza byla zaměřena na silné a slabé stránky stravovacího provozu Psychiatrické nemocnice Kroměříž, také na příležitosti, které skýtá současný stav a v neposlední řadě se orientovala na hrozby, kterým je třeba čelit. Silné a slabé stránky byly určeny pomocí vnitropodnikových analýz a hodnocení dozorových orgánů. Podstatou bylo identifikovat klíčové silné a slabé stránky uvnitř, tedy v čem je provoz dobrý a v čem špatný. Stejně tak bylo důležité znát klíčové příležitosti a hrozby, které se nacházejí v okolí, tedy ve vnějším prostředí.

5.2.1 Silné stránky

- Kvalifikovaný personál.
- Obětavý tým akceptující změny a přístupný novým myšlenkám.
- Dobrá osobní hygiena pracovníků kuchyně.
- Provozní hygiena na vysoké úrovni.
- Dobré jméno zdejší „kuchyně“.
- Výhodná poloha budovy stravovacího provozu uprostřed areálu nemocnice.
- Pěkná jídelna pro zaměstnance PNKM.
- Prostorné a dobře vybavené šatny zaměstnanců stravovacího provozu.

- Prostorné sklady.
- Vhodné původní propoziční řešení varen, přilehlých skladů a přípraven pokrmů.
- Spolehliví dodavatelé potravinářského zboží pro provoz.
- Vlastní zahrada s čerstvými výpěstky zeleniny i ovoce.
- Finanční stabilita.

Velkou hodnotou současného provozu stravování je kvalifikovaný personál. Díky velmi nízké fluktuaci je většina pracovníků zaměstnaná ve stravovacím provozu PNKM více než 10 let. To se pozitivně projevuje v loajalitě k zaměstnavateli a ve správných návycích osobní a provozní hygieny. Pokrmy připravované v Psychiatrické nemocnici Kroměříž jsou v povědomí občanů města považována za chutná, k čemuž nemalou měrou přispívá pozitivní hodnocení zaměstnanců nemocnice. Budova stravovacího provozu, ve které je i jídelna pro zaměstnance, se nachází uprostřed areálu nemocnice, což je výhodná poloha pro pracovníky okolních oddělení. Historická budova provozu disponuje rozlehlými místnostmi, silnou stránkou provozu je prostorný sklad potravin na 1. NP, rozloha zde umožňuje snadnou manipulaci s paletami, možnost rozdělit zboží podle slučitelnosti do několika místností, možnost mít na skladě zásobu trvanlivých potravin pro případ nenadálé události. Propoziční uspořádání kuchyně se od plánů stavitele za více než 100 let moc nezměnilo, z důvodu, že velmi dobře bylo řešeno situování skladů a jednotlivých místností podle světových stran a dalších aspektů a podmínky (tepelné, světelné) vyhovují dodnes. Příprava kvalitních pokrmů je závislá velkou měrou na kvalitě vstupní suroviny pro stravovací provoz, nepodceňovanou silnou stránkou provozu jsou spolehliví dodavatelé potravin. Součástí jídelníčku stravovacího provozu PNKM je čerstvé ovoce a zelenina z vlastního zahradnictví PNKM, což v současné době je velmi cennou silnou stránkou a významným nutričním obohacením stravy pacientů PNKM. Mezi silné stránky lze zařadit i finanční stabilitu organizace. Zaměstnanci stravovacího provozu mají dobré platové podmínky, jistotu dodržení výplatního termínu, dodavatelé mají včas uhrazené faktury.

5.2.2 Slabé stránky

- Není zajištěn odvod par nad zdroji tepla při vaření, pára se sráží na stěnách.
- Nedostatečná možnost větrání, nevyhovující vyklápěcí okna.
- Nevyhovující elektroinstalace.
- Neuspokojivé technické a strojové vybavení kuchyně.
- Nevyhovující pracovní podmínky zaměstnanců kuchyně.

- Demotivující pracovní prostředí zaměstnanců kuchyně.
- Častá nemocnost zaměstnanců kuchyně.
- Neefektivní rozložení pracovních sil.
- Chybí pracovní a varné plochy pro přípravu méně četných diet.
- Gastronádoby a přepravní boxy jsou umývány na odděleních.
- Nevyhovující stanoviště přepravních vozíků u oddělení.
- Stísněné kuchyňky na odděleních.
- Ruční vynášení stravy na oddělení v patrech – chybí výtahy.
- Stísněné prostory výdejny obědů pro zaměstnance.
- Finanční limity na nákup potravin.
- Zvýšené náklady na provoz.
- Neadekvátní využití místnosti bývalé pekárny s historickou pecí.
- Nevyužité prostory v budově stravovacího provozu.
- Není parkoviště pro auta zaměstnanců stravovacího provozu.
- Byty soukromých osob ve 3. NP nad stravovacím provozem.
- Památkově chráněná stavba budovy stravovacího provozu.
- Chátrá celá budova stravovacího provozu.

Zcela chybí vzduchotechnika k výměně a proudění vzduchu působící na teplotu, vlhkost a tím i na mikrobiální stav vnitřního prostředí. Není zajištěno nucené větrání nad varnými spotřebiči v centrální výrobní části kuchyně. Nad tepelnými zdroji (kotli) dochází k vysoké tvorbě par, která se sráží na stěnách a hliníkových rámech oken a vzniklý kondenzát podporuje růst plísní. Pravidelná sanitace prostor varné části prostředkem zamezujícím výskyt plísní se provádí ve stále kratších časových intervalech, s následným malováním varny, což stojí nemalé finanční prostředky. Pro výšku kuchyně cca 7 m je vždy potřeba dovést a postavit lešení. Všechny tyto činnosti blokují plynulý provoz kuchyně, jsou neatraktivní pro strávníky i pro pracovníky kuchyně. Do jídelníčku je třeba zařadit pokrmy méně náročné na výrobu a studené večeře místo teplých. Pracovníci kuchyně po ukončení vaření a běžném úklidu svého pracovního prostoru přenášejí kuchyňské zařízení z prostor varny, kde se postřik provádí, popř. zboží ze skladu. Dále se musí přikrýt všechny plochy a následně ráno před započetím práce vše uklidit. Tím, že tato situace je stále častější, je velmi demotivující skutečnost pro pracovníky stravovacího provozu. Jsou na ně kladeny zvyšující se nároky vyhovět požadavkům pacientů, zodpovědně dbají na dodržování správných

postupů pro zaručení přípravy bezpečných pokrmů, ale to vše v nevyhovujících pracovních podmínkám pro ně samotné. Bez vzduchotechniky není regulována ani tepelná pohoda v místnosti, což má vliv na únavu zde pracujících osob a projevuje se to i v časté nemocnosti pracovníků kuchyně. Vysoká vyklápěcí okna v hlavní varně nejdou opatřit sítěmi proti hmyzu, je nařízeno neotevírat, tím je znemožněno přirozené větrání místnosti. Ve vybavení provozu chybí samostatné chladírny k uchovávání neslučitelných potravin, chybí pracovní plochy pro přípravu např. bezlepkové stravy, kde je riziko kontaminace lepkem. Nedostatečná elektroinstalace vylučuje možnost připojení výkonnějších strojů, rozvody jsou v místě hlavní varny vedeny po stěnách, což ztěžuje řádnou údržbu, úklid a malování provozních prostor. Budova stravovacího provozu celkově chátrá, je potřeba oprava střechy, terasy, balkonů, okapů, do budovy zatéká na několika místech. Jedná se o stavbu památkově chráněnou, opravy jsou komplikovanější, nákladnější, než kdyby tomu tak nebylo. Vlhké sklepní prostory jsou takřka nevyužité, pracovníci provozu však zajišťují pravidelnou deratizaci, dezinsekci a úklid i v těchto prostorách. Nevyhovující je způsob umývání gastronádob, přepravních boxů a vozíků k výdeji stravy. Nerezové nádoby umývají pracovníci oddělení v kuchyňském dřezu. Nádoby po umytí zavřou, z nedostatku místa je nemají kde dát proschnout, vloží do přepravních beden, které také umývají ve stísněných kuchyňkách na oddělení. Vlhká nádoba, která řádně neproschne a je neprodyšně uzavřena, po otevření mnohdy zapáchá a ovlivní tak senzorické vlastnosti čerstvého pokrmu vydaného z kuchyně stravovacího provozu. Další slabinou tohoto systému je, že nádoby nachystané před oddělením na svoz do kuchyně jsou v zimních měsících vymrzlé a při plnění teplým pokrmem velkou část teploty jídla odebere nerezová nádoba. U některých oddělení není chráněné stanoviště vozíků s přepravními boxy před nepřízní počasí, do kuchyně přiváží bedny zasněžené, mokré od deště. Před dovozem na kuchyň je potřeba bedny otřít a omýt, což opožďuje dobu výdeje pokrmů. Velmi chybí centrální myčka gastronádob a přepravních boxů, která by byla přidružena ke kuchyni a vyhrazené místo k umývání přepravních vozíků. Kuchyňky na odděleních jsou i po rekonstrukcích pavilonů úzké, není systémově řešeno udržování jídla v požadované teplotě. Mezi slabé stránky provozu ovlivňující pestrost a skladbu jídelníčku pro pacienty patří také finanční limit na nákup potravin.

5.2.3 Příležitosti

- Dotační program na rekonstrukci provozu, na nákup technologie.
- Dotační program na další vzdělávání pracovníků stravovacího provozu.

- Nevyužité sponzorství.
- Spolupráce s novými dodavateli.
- Změny financování zdravotní péče.
- Vývoj nové technologie systému „Cook and Chill“ (Uvařit a zchladit).

Příležitost stravovacího provozu by byla dotace na rekonstrukci a vybavení. Možnost dalšího vzdělávání pracovníků kuchyně by byla vítaná. Spolupráce s novými dodavateli by obohatila sortiment podávaných pokrmů. Změny ve financování zdravotní péče by mohly přinést více peněz na stravování v nemocnicích. Progresivní stravovací systémy se vyznačují úsporou energií, snížení podílu živé práce, vyšší efektivností.

5.2.4 Hrozby

- Změna chování spotřebitele – pacienta z hlediska stravovacích požadavků.
- Posílení konkurence.
- Změna legislativy.
- Reforma psychiatrické péče.
- Obecné ekonomické trendy.
- Kolísavá kvalita potravin.
- Přemíra televizních pořadů o vaření.
- Mýty o potravinách.

Měnící se požadavky pacientů nebude možné z provozních důvodů uspokojit, hrozbou je, že se půjdou léčit do jiné nemocnice. Konkurence posiluje pozici, nabízí pro pacienty výběr minimálně ze dvou jídel, oddalováním rekonstrukce nevyhovujícího stravovacího provozu je promarněna příležitost být „o krok napřed“. Hrozbou je, že v budoucnu nebude stravovací provoz konkurenceschopný. Změna legislativy může přinést přísnější předpisy a povinnosti pro potravinářský provoz, při nesplnění může dojít k uzavření provozovny. Dopadem reformy psychiatrické péče může být citelný úbytek pacientů v psychiatrické nemocnici. Ohrožujícím jevem je i nestandardní kvalita potravin. Poslední dobou je nutriční oblast vystavena velkému množství nežádoucích dezinformací, alternativních metod a výživových intervencí, které jsou rozšiřovány cestou internetových sítí bez jakýchkoliv důkazů. Tato matoucí doporučení ovlivňují stravovací požadavky pacientů.

6 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI

Cílem analytické části bylo zjistit současný stav řízení kvality služeb ve stravovacím provozu PNKM. Dotazníkovým šetřením byla zjištěna úroveň spokojenosti pacientů se stravováním, porovnány byly počty jednotlivých diet v průběhu let. Pomocí analýzy SWOT bylo možné zmapovat fungování provozu, uvědomit si souvislosti, zhodnotit fungování provozu, nalézt problémy, možnosti dalšího vývoje a vztahy mezi nimi. Analýzou bylo identifikováno mnoho slabých stránek stravovacího provozu. Navazující strategií by mělo být omezení slabých stránek, podpora silných stránek, hledání nových příležitostí a znalost hrozeb. Organizace by měla využívat příležitostí, které se nabízejí a předcházet hrozbám.

Pro zpracování analýzy byly podkladem i zprávy z kontrol KHS, kdy ve sledovaných letech 2013–2016 nebyly zjištěny na úseku provozní a osobní hygieny žádné nedostatky. V pořádku byly i revize nutričního složení stravy, skladba jídelních lístků, pestrost stravy. Shledané závady vždy byly stavebně technického rázu. Nejzávažnější slabou stránkou je nevyhovující technický stav budovy stravovacího provozu.

Na základě analýz bude nadále pokračovat snaha pracovníků stravovacího provozu vyvinout opatření vedoucí ke zvýšené spokojenosti pacienta. Jídelníček bude doplněn o nové pokrmy, v plánu je zavedení tzv. tematických týdnů – týden zahraniční kuchyně, týden tradiční české kuchyně apod. Plánováno je rozšíření kanceláře nutričních terapeutek o vedlejší místnost, kde by vznikla nutriční poradna pro pacienty nemocnice. Další dílčí opatření však neoddálí skutečnost, že přestavba stravovacího provozu je nutná. Současný stav stravovacího provozu nevyhovuje potřebám hygienickým, potřebám technologickým, nevyhovuje kritickým stavem veškerých rozvodů a neodpovídá současným požadavkům na provoz. Řešením je přestavba stravovacího provozu. Nový stravovací provoz by měl splnit podmínku výroby bezpečného pokrmu a nové provozní možnosti by měly být dostatečné k přípravě léčebné výživy odpovídající stavu a potřebám pacientů PNKM.

Poskytovatel léčebné, preventivní a ošetřovatelské péče má povinnost zajistit pravidelnou dostupnost výživy přiměřené věku pacientů, jejich kulturním a stravovacím zvyklostem a plánované zdravotní péči, má garantovat pro uživatele bezpečný systém poskytování stravy odpovídající jeho potřebám.

Jedním z požadavků na zvyšování kvality zdravotní péče je i zajištění bezpečné péče. Bezpečí pacienta by mělo být pro každé zdravotnické zařízení prioritou.

7 PROJEKT PŘESTAVBY STRAVOVACÍHO PROVOZU

Zdravotní nezávadnost pokrmů je závislá na potravinách, které vstupují do výroby, na zdravotním stavu pracovníků, jejich znalostech a používání správných návyků při práci. Poskytování stravovací služby je však možné jen pokud provozovna splňuje základní hygienické požadavky na odpovídající prostředí pro zacházení s potravinami, včetně výroby pokrmů. Nároky na prostředí kuchyně představují soubor požadavků, které umožní používání správné výrobní a hygienické praxe, jejímž výsledkem jsou zdravotně nezávadné a kvalitní pokrmy.

Jak vyplynulo z analýzy současného stavu stravovacího provozu PNKM, slabou stránkou je stavebně technický stav budovy provozu a vybavení provozovny, což se do značné míry podílí na hygienickém standardu. Usazování prachu, výskyt kondenzační vody a vlhkosti, růst plísní představují reálné riziko kontaminace prostředí s možností následného negativního ovlivnění finálních výrobků.

Dozorové orgány mohou rozhodnout o zastavení nebo omezení užívání provozu, je-li v důsledku porušení povinností stanovených zákonem bezprostředně ohroženo veřejné zdraví, a to do doby odstranění závad.

Pro poskytování kvalitní služby, plnění programu zvyšování kvality a bezpečí a zajištění bezpečného systému poskytování stravy pacientům i zaměstnancům je přestavba stravovacího provozu nutná.

7.1 Definování cíle projektu

Projekt je ideovým řešením přestavby stravovacího provozu z pohledu dlouholeté zaměstnankyně provozu, autorky diplomové práce. Cílem projektu je zkvalitnění poskytované služby v provozu stravování a zvýšení úrovně spokojenosti pacientů Psychiatrické nemocnice v Kroměříži se stravováním.

7.2 Přínosy projektu

Klíčovým přínosem realizace projektu je garantovaný systém přípravy bezpečných pokrmů pro strávníky, zajištění bezpečné péče pro pacienta. K přínosům lze dále řadit zlepšení pracovních podmínek zaměstnanců stravovacího provozu, posílení konkurenceschopnosti celého zdravotnického zařízení, zohlednění požadavků pacientů při měnícím se spektru diet-

ních potřeb, zavedení samostatné geriatrické diety, možnost výběru hlavního jídla z několika variant.

7.3 Východiska pro projekt

Odpovídající prostředí provozovny stravování v nemocnici je vytvářeno již stavebně technickými parametry budovy a místností, kde je stravovací provoz umístěn. Jde o prostor, účelnou návaznost a dispozici místností a jejich vybavení pro vykonávání jednotlivých operací výroby a odbytu pokrmů.

Gastronomický provoz je technicky složitý a nelze jej chápat jako kuchyni v domácnosti několikrát zvětšenou. Při rekonstrukci provozu je třeba mít na paměti, aby prostorové a technické vybavení odpovídalo aktuálním i perspektivním potřebám – pro koho a kolik pokrmů se připravuje. U výrobní části nemocniční kuchyně je významným činitelem předpokládaný sortiment vybavení kuchyňským technologickým zařízením, jejich sestavení do výrobních linek a skupin a využití již opracovaných surovin. Kvalitní stravovací provoz netvoří pouze jednotlivá technologická zařízení, základem by měla být účelně navržená stavební část respektující požadavky jednosměrnosti výrobního postupu a zábranu křížení provozu. Použité stavební materiály, stavebně technický stav a vybavení provozovny nesmí negativně ovlivňovat potraviny. Pro budoucí provádění čištění je velmi důležité, jak jsou navrženy a provedeny úpravy povrchů podlah a stěn a jaký druh obkladu a dlažby je pak skutečně proveden. Např. v přípravně masa stávajícího stravovacího provozu PNKM byly navrženy keramické dlaždice s předepsanou nekluznou úpravou, ale použitý typ výrobku se ukázal jako velmi obtížně čistitelný. V projektu rekonstrukce nesmí chybět odpovídající zařízení k výměně vzduchu a udržení požadované teploty, provedení silnoproudé a slaboproudé elektroinstalace, zabezpečení zásobování pitnou vodou, příprava dostatečného množství teplé vody, kanalizace, včetně vybavení hygienických zařízení zaměstnanců a strávníků, dále rozvody plynu a ústředního vytápění.

7.3.1 Současné dispoziční řešení stravovacího provozu PNKM

Objekt stravovacího provozu Psychiatrické nemocnice v Kroměříži se nachází v uzavřeném areálu nemocnice na západním konci města Kroměříže, v těsném sousedství Květné zahrady. Celý nemocniční areál má rozlohu cca 25 ha a tvoří unikátní ucelený soubor secesních budov dokončený v roce 1909. Za návrhem stojí významný česko-rakouský architekt Hubert Gessner. Budovy navržené ve stylu vídeňské secese se dochovaly všechny

a areál zůstává v podstatě v nezměněné podobě. Ačkoli v průběhu 20. století došlo k různým stavebním úpravám jednotlivých budov, je spousta konstrukcí a detailů pozoruhodně zachovalých. Díky těmto skutečnostem je areál nemovitou kulturní památkou evidovanou v Ústředním seznamu kulturních památek ČR pod rejstř. č. 15643/7-6017, nacházející se v ochranném pásmu Městské památkové rezervace Kroměříž, prohlášené výnosem Ministerstva kultury ČSR z 8. 9. 1978 pod č. j. 15869/78-VI/1 (Interní zdroj, 2016). Psychiatrická nemocnice byla navržena jako soubor budov přibližně symetrický podle osy procházející hlavním vjezdem. Na této ose jsou soustředěny pavilony hospodářsko-technického zázemí, mezi něž patří i stravovací provoz.

Obr. 1. Budova stravovacího provozu PNKM (vlastní zpracování).

Jedná se o stavbu vybudovanou klasickými technologiemi na betonových základech, zdiva z pálených cihel, s železobetonovými stropy a dřevěnými tesařskými krovy. Nad hlavním vchodem je zachována dekorace z keramické mozaiky. Většina venkovních výplní otvorů je dřevěná, bílá a ve velké míře původní. Okna jsou převážně kastlová. Výjimkou jsou hliníková okna do varny. Zachovány jsou původní zámečnické výrobky jako zábradlí, stříška nad vchodem, konzoly na svítidla. Z hlediska památkové ochrany je výrazně necitlivých zásahů relativně málo.

V suterénu budovy je umístěna hrubá přípravna zeleniny, vybavená škrabkou na brambory a zeleninu, káděmi k praní zeleniny, pracovním stolem, dřezem, umyvadlem, sedacím nábytkem, váhou, úklidovou komorou. Rozloha plochy hrubé přípravny zeleniny, cca 65 m², poskytuje i dostatečný prostor pro skladování prázdných zeleninových přepravek. Z přípravny zeleniny jsou očištěné produkty dopravovány výtahem na hlavní kuchyň. V 1. PP budovy jsou také umístěny sklady brambor a zeleniny a dva chladicí boxy na zeleninu. Sklad brambor, chladicí boxy a přípravna zeleniny jsou od sebe umístěny prakticky v největší možné vzdálenosti, což je velmi nepraktické. Do suterénu je neočištěná zelenina dopravována výtahem přímo z venkovní rampy skladu potravin v 1. NP. Nevýhodou jsou časté poruchy výtahu, do kterého prší a zatéká, protože z důvodu památkové ochrany objektu není povolena stříška nad výtahovou šachtou. V suterénu budovy se nachází dále kompresory k chladicím boxům, úpravna vody (změkčovač) pro dodávku vody do myček a konvektomatů, hlavní uzávěr vody, tepla, výměník tepla, parní rozvody, kterými je provoz napojen na vyvíječ páry z vedlejší areálové kotelny. Pára v objektu je využívána pro pohon varných kotlů. Je zde také dílna pro údržbáře a čtyři menší sklady (sklad jednorázových ručníků, sklad jednorázových kelímků a misek k výdeji pokrmů, sklad nádobí, sklad čisticích prostředků), s celkovou plochou cca 55 m². Ostatní rozsáhlé prostory suterénu, např. bývalé šatny zaměstnanců a sklady uhlí, zůstávají nevyužité. Velkým problémem sklepních prostor je poškozená omítka, vlhké sanitrující stěny. Průchozí prostory byly z tohoto důvodu oklepány na cihlu.

V centrální části přízemí budovy (v 1. NP) se nachází vlastní výrobní prostor, hlavní kuchyně s potřebnými pomocnými provozy. Kuchyně je rozdělena na hlavní kuchyni (cca 252 m²) a dietní kuchyni (cca 52 m²). Hlavní kuchyně má světlou výšku cca 7 m a je přirozeně osvětlena pěti vysokými okny. Pod okny jsou čtyři radiátory. V prostoru kuchyně je devět parních kotlů o obsahu 300 l, dva konvektomaty 20 GN 2/1, krouhač zeleniny, kráječ knedlí, elektrický otvírák na konzervy, univerzální robot a výhřevná skříň. Dietní kuchyně je vybavena pracovní plochou, konvektomatem, dvěma plynovými pánvemi, plynovým sporákem, univerzálním robotem a umyvadlem. Chybí samostatná pracovní plocha pro přípravu bezlepkové diety, chybí varná deska či vařič pro přípravu jednoporcových dávek kaší, pudingů apod. Počet elektrických zásuvek je nedostatečný. Na kuchyni navazuje příruční sklad (cca 18 m²). Z kuchyně je vstup do přípravny těst a knedlíků (cca 47 m²), je zde i multifunkční pánev (na ploše cca 7 m²) a prostor vybavený dvěma stoly, lavicemi a několika židlemi slouží i jako denní místnost kuchařů. Umývárna kuchyňského nádobí navazuje

na hlavní kuchyň, je vybavená myčkou, dvěma dřezy a odkládacím zařízením k dosušování nádobí (cca 52 m²). V prostoru umývárny nádobí jsou umístěny barevně odlišené nádoby na tříděný odpad. Zbytky jídel se vyhazují do plastové konve s uzávěrem a z provozovny odvážejí pryč. Na výrobní část kuchyně navazuje výdejní prostor (cca 19 m²) se vstupem na rampu, odkud se odváží strava v označených termoportech na uzamčených vozících na jednotlivá oddělení. Termoporty jsou izotermické bedny, při jejichž konstrukci bylo využito převážně plastických izolačních materiálů. Pokrmy se vkládají do jednotlivých nerezových gastronádob. Termoporty jsou označeny smluveným způsobem, číslem diety a názvem oddělení. Následuje rozvoz do jídelen na odděleních nákladním automobilem určeným pouze k rozvozu pokrmů. Po rozvozu výdej stravy, porcování a konečnou úpravu pokrmů na talířích provádí pověřená sestra na oddělení. Po ukončení výdeje stravy rovněž pracovníci oddělení zajišťují umytí termoportů a gastronádob. V návaznosti na výdejní prostor je samostatný sklad pečiva (cca 10 m²), pečivo se vydává na oddělení do označených plastových přepravek. V bývalé pekárně (cca 72 m²), která se využívá ke skladování přepravek, k rozdělování pečiva a ke skladování strojního zařízení k opravám, se nachází krásná historická pec. V levé části 1. NP je WC personálu oddělené dle pohlaví, výlevka, úklidová komora. Zásobování potravinami probíhá z čelní fasády dvěma rampami do navazujících skladů. Pomocné zásobování a odvoz odpadu probíhá ze zásobovacího dvora. V levé části 1. NP jsou prostorné sklady potravin s lednicemi. Rozloha pěti navazujících skladů na suché potraviny, koření, konzervy, sterilovanou zeleninu a kompoty je cca 150 m². Na chodbě je vestavěný chladicí box na podmáslí a jiné mléčné výrobky, lednice na vajíčka a samostatná vytloukárna vajec s umyvadlem, nádobami na odpad a pracovní plochou. Přípravna masa se nachází v protilehlé části chodby od skladů potravin a je přístupná přes vlastní rampu, kde se dopravuje maso zvenčí. V přípravně jsou vyčleněny plochy na uzeniny včetně nářezového stroje a samostatné lednice na uzeniny. Samostatný chladicí box je stavební součástí přípravny masa a slouží ke skladování masa. V odděleném úseku je přípravna masových polotovarů - mletého masa, obalovaného masa, závitků apod. Součástí přípravny masa je prostor s dvěma dřezy k umývání masa a přepravek od masa, úklidová komora (plocha celé přípravny masa je cca 70 m²). V 1. NP se nachází kancelář nutričních terapeutek a kancelář skladnic potravin. Naproti kanceláří je WC pro tyto zaměstnance.

Ve 2. NP se nachází výdejna jídel pro zaměstnance a jídelna s 92 místy u stolů. Rozloha jídelny včetně salonku je cca 97 m². Výdejna jídel je stísněná (25 m²), přirozeně odvětraná

s jedním malým ventilátorem. Pokrmy se z kuchyně do jídelny dopravují kuchyňským výtahem, kapacita maximálně tři termoporty. Stísněný prostor výdejny neumožňuje podávání širší nabídky výběru pokrmů, není možné umístění ohřívacích skříní. Pokrmy udržované v požadované teplotě v konvektomatech na hlavní kuchyni distribucí dlouhou chodbou k výtahu a následně výjezdem do výdejny ztrácejí rychle na teplotě. V zadní části výdejny (25 m²) je odkládací pult na použité nádobí a myčka jídelního nádobí. Ve 2. NP jsou také prostorné šatny žen a mužů se skříňkami na oddělené uložení civilního a pracovního oděvu, WC, sprchy a umyvadla, dále kanceláře vedoucí provozu a stravovací referentky, sklad špinavého prádla (cca 16 m²) a sklad čistého prádla (cca 15 m²), sklad ústavní jídelny (cca 10 m²), místnost s kopírkou, sklad nových termoportů a gastronádob. V návaznosti na šatnu mužů jsou dvě úklidové komory, jedna slouží k uskladnění úklidových pomůcek pro výdejnu a jídelnu zaměstnanců a druhá úklidová komora pro úklid od vstupních prostor budovy až po 2. NP. Šatny zaměstnanců kuchyně a jídelna pro zaměstnance nemocnice jsou přístupné jedním společným schodištěm, stejně tak i byty zaměstnanců nemocnice umístěné nad stravovacím provozem ve 3. NP. Vzhledem k tomu, že se jedná o budovu zajišťující především stravovací službu a v rámci léčebné výživy nemocných a stravování zaměstnanců je dodržován systém HACCP, není z tohoto pohledu křížení společných prostor vhodným řešením. Ve 2. NP, přístupem přes pekárnu se nachází archiv pro dokumenty stravovacího provozu (cca 16 m²).

Ve dvoře provozu se nachází pět garáží, z nichž dvě se využívají pro úschovu kol zaměstnanců dojíždějících do práce na bicyklu. Jedna garáž slouží ke skladování papírových obalů ze zboží, kdy jednou týdně je vyvážena službou odpadového hospodářství. V další garáži se skladuje použitý olej, který si po naplnění nádoby také odváží služba odpadového hospodářství. Jedna garáž je využita k úschově nefunkčních věcí před odvozem k vyřazení, dále dvoukolového vozíku, hrabel na sníh a smetáků k úklidu okolních komunikací.

Stravovací provoz využívá pro varné technologie elektrickou energii, plyn a horkou páru.

Vytápění – zdrojem tepla pro objekt je areálová plynová kotelna. Většina místností v objektu je vytápěna litinovými žebrovými radiátory. Hlavní varna bývala vytápěna teplovzdušnými jednotkami, které nejsou z důvodu poruchy v současnosti v provozu, je naplánováno jejich odstranění.

Vzduchotechnika – stávající systém větrání v objektu je rozdělen na dva hlavní a několik lokálních systémů. Ve strojovně vzduchotechniky se nachází dva přívodní a dva odvodní

ventilátory pro větrání kuchyně, které jsou již za hranicí životnosti a léta nejsou provozovány. Odvod vzduchu byl digestořemi nad kuchyňskou technologií vyveden na střechu. V průběhu let bylo vzduchotechnické potrubí na výstupu ze strojovny vzduchotechniky zaslepeno a tak v současnosti se hlavní kuchyň prakticky nevětrá a stav je z hygienického hlediska velmi nevyhovující.

Chladicí vestavěné boxy, které byly instalovány při poslední větší rekonstrukci provozu v roce 1976, jsou za hranicí životnosti.

7.3.2 Legislativní požadavky na provozovnu společného stravování

Od vstupu České republiky do Evropské unie se při poskytování stravovacích služeb současně uplatňuje jednak specifická část potravinového práva především ve formě nařízení Evropského společenství, jednak zákony a prováděcí předpisy (vyhlášky) české legislativy. Nařízení Evropského parlamentu a Rady Evropských společenství jsou přímo použitelné předpisy i pro poskytování stravovacích služeb, realizace požadavků obsažených v těchto normativech není závislá na vnitrostátní legislativě členského státu. Členský stát EU však může na tomto úseku činnosti podle místních podmínek stanovit požadavky podrobněji, nikoliv však v rozporu s nimi.

Vybrané právní předpisy (nařízení) Evropských společenství (KHS Zlín, 2015):

- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 178/2002, kterým se stanoví zásady a požadavky potravinového práva a pro oblast stravovacích služeb;
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 852/2004 o hygieně potravin;
- Nařízení Komise (ES) č. 2073/2005 o mikrobiologických kritériích pro potraviny;
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 853/2004, kterým se stanoví zvláštní pravidla pro potraviny živočišného původu.

Vybrané národní právní předpisy (KHS Zlín, 2015):

- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění;
- Vyhláška č. 137/2004 Sb., o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných, v platném znění;
- Zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění;

- Vyhláška č. 252/2004 Sb., kterou se stanoví hygienické požadavky na pitnou a teplou vodu a četnost a rozsah kontroly pitné vody, v platném znění;
- Vyhláška č. 38/2001 Sb., o hygienických požadavcích na výrobky určené pro styk s potravinami a pokrmy, v platném znění;
- Vyhláška č. 268/2009 Sb., o technických požadavcích na stavby, v platném znění;
- Zákon č. 185/2001 Sb., o odpadech a o změně některých dalších zákonů, v platném znění;
- Zákon č. 183/2006 Sb., o územním plánování a stavebním řádu, v platném znění;
- Nařízení vlády č. 101/2005 Sb., o podrobnějších požadavcích na pracoviště a pracovní prostředí, v platném znění.

Stavebně-technické uspořádání provozu stravovací služby, které určuje Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 852/2004, o hygieně potravin (Evropská unie, 2004), je následně uvedeno v textu.

Obecné požadavky na potravinářské provozy

Potravinářské provozy musí být udržovány v čistotě a v dobrém stavu.

Uspořádání, vnější úprava, konstrukce, poloha a velikost potravinářských prostor musí:

a) umožňovat odpovídající údržbu, čištění nebo dezinfekci, vylučovat nebo minimalizovat kontaminaci z ovzduší a poskytovat přiměřený pracovní prostor pro hygienické provedení všech postupů;
b) být takové, aby se zabránilo hromadění nečistot, styku s toxickými materiály, odlučování částeček do potravin a vytváření kondenzátu nebo nežádoucích plísní na površích;
c) umožňovat správnou hygienickou praxi, včetně ochrany před kontaminací, a zejména regulace škůdců, a
d) poskytovat odpovídající kapacity s vhodnými teplotními podmínkami pro manipulaci s potravinami a pro jejich skladování při vhodných teplotách a s možností monitorovat a podle potřeby zaznamenávat jejich teplotu.

K dispozici musí být dostatečný počet splachovacích záchodů připojených na účinný kanalizační systém. Záchody nesmí vést přímo do prostor, kde se manipuluje s potravinami.

K dispozici musí být dostatečný počet umyvadel na mytí rukou, vhodně rozmístěných a označených. Umyvadla na mytí rukou musí být vybavena přívodem teplé a studené te-

koucí vody, prostředky na mytí rukou a hygienické osušení. Je-li to nezbytné, musí být zařízení na mytí potravin odděleno od zařízení na mytí rukou.

K dispozici musí být vhodné a dostatečné prostředky pro přirozené nebo nucené větrání. Nesmí docházet k tomu, aby proudění vzduchu při nuceném větrání směřovalo ze znečištěné oblasti do čisté. Ventilační systémy musí být konstruovány tak, aby umožňovaly snadný přístup k filtrům a ostatním součástem vyžadujícím čištění nebo výměnu.

Sanitární zařízení musí být vybavena odpovídajícím přirozeným nebo nuceným větráním.

Potravinářské provozy musí mít odpovídající přirozené nebo umělé osvětlení.

Kanalizační zařízení musí odpovídat požadovanému účelu. Musí být navržena a konstruována takovým způsobem, aby nevzniklo riziko kontaminace. Pokud jsou kanalizační kanály zcela nebo částečně otevřené, musí být navrženy tak, aby bylo zajištěno, že odpad neteče ze znečištěné oblasti směrem k čisté oblasti nebo do ní, zejména u oblasti, kde se manipuluje s potravinami, které mohou představovat vysoké riziko pro konečného spotřebitele.

Podle potřeby musí být zajištěna vhodná příslušenství pro převlékání pracovníků.

Čisticí a dezinfekční prostředky nesmí být skladovány v oblastech, ve kterých se manipuluje s potravinami.

Specifické požadavky na prostory pro přípravu, ošetření nebo zpracování potravin

Uspořádání a vnější úprava prostor pro přípravu, ošetření nebo zpracování potravin musí mezi postupy a v rámci postupů umožňovat uplatnění správné hygienické praxe, včetně ochrany před kontaminací. Zejména musí být:

a) podlahové povrchy udržovány v řádném stavu a musí být snadno čistitelné a tam, kde to je nezbytné, snadno dezinfikovatelné. To vyžaduje použití odolných, nenasákavých, omyvatelných a netoxických materiálů. Podle vhodnosti musí podlahy umožňovat vyhovující odvod vody z povrchu;
b) plochy stěn udržovány v řádném stavu a musí být snadno čistitelné a podle potřeby snadno dezinfikovatelné. To vyžaduje použití odolných, nenasákavých, omyvatelných a netoxických materiálů a hladký povrch až do výšky odpovídající pracovním operacím;
c) stropy a stropní instalace navrženy a opatřeny takovou konečnou úpravou, aby se zabránilo hromadění nečistot a omezila kondenzace, růst nežádoucích plísní a odlučování částeček;

d) okna a jiné otvory konstruovány tak, aby se zabránilo hromadění nečistot. Okna a otvory, které jsou otevíratelné do vnějšího prostředí, musí být podle potřeby vybaveny sítěmi proti hmyzu, které lze při čištění snadno vyjmout. Pokud by otevřenými okny mohlo dojít ke kontaminaci, musí okna během výroby zůstat zavřená a zajištěná;
e) dveře snadno čistitelné a podle potřeby snadno dezinfikovatelné. To vyžaduje použití hladkých a nenasákavých povrchů, a
f) povrchy (včetně povrchů zařízení) v oblastech, kde se manipuluje s potravinami, a zejména povrchy přicházející do styku s potravinami udržovány v řádném stavu a snadno čistitelné a popřípadě snadno dezinfikovatelné. To vyžaduje použití hladkých, omyvatelných, korozivzdorných a netoxických materiálů.

Podle potřeby musí být k dispozici příslušenství pro čištění, dezinfekci a skladování pracovních nástrojů a pracovního vybavení. Tato příslušenství musí být konstruována z korozivzdorných materiálů, musí být snadno čistitelná a musí mít odpovídající přívod teplé a studené vody.

Podle potřeby musí být odpovídajícím způsobem zajištěno mytí potravin. Každá výlevka nebo jiné takové zařízení určené k mytí potravin musí mít odpovídající přívod teplé nebo studené pitné vody a musí se udržovat v čistotě.

Přeprava

Dopravní prostředky nebo kontejnery používané pro přepravu potravin musí být udržovány v čistotě a v dobrém stavu, aby chránily potraviny před kontaminací, a musí být navrženy a konstruovány tak, aby umožnily odpovídající čištění nebo dezinfekci.
Skříně ve vozidlech nebo kontejnery se nesmí používat na přepravu ničeho jiného než potravin, pokud by to mohlo způsobit kontaminaci.
Podle potřeby musí být dopravní prostředky nebo kontejnery používané pro přepravu pokrmů schopné udržovat pokrmy při vhodných teplotách a musí umožňovat monitorování těchto teplot.

Potravinářské odpady

Potravinářské odpady, nepoživatelné vedlejší produkty a jiný odpad musí být odstraňovány z prostor, kde se nacházejí potraviny, co nejrychleji, aby nedocházelo k jejich hromadění. Musí se ukládat do uzavíratelných nádob. Tyto nádoby musí mít vhodnou konstrukci, musí

být udržovány v řádném stavu a podle potřeby musí být snadno čistitelné a dezinfikovatelné. Skladování a odstraňování potravinářských odpadů, nepoživatelných vedlejších produktů a jiných odpadů musí být zajištěno odpovídajícím způsobem. Úložiště odpadů musí být navržena a spravována tak, aby bylo možné je udržovat v čistotě a bez zvířat/živočichů a škůdců. Všechny odpady musí být likvidovány hygienickým a ekologickým způsobem v souladu s příslušnými právními předpisy Společenství a nesmí představovat přímý ani nepřímý zdroj kontaminace.

7.3.3 Provozní požadavky na nový stravovací provoz PNKM

Úkolem stravovacího provozu je zabezpečovat stravování pro určené skupiny strávníků. Stravovací provoz musí být vyřešen tak, aby svým vybavením a stavebně technickým řešením co nejlépe umožňoval příjem a udržování určité zásoby potravin, přípravu bezpečných pokrmů, výdej stravy, konzumaci stravy v kulturním prostředí a další nezbytné administrativní a pomocné práce. Požadované řešení přestavby stravovacího provozu je definováno z provozního pohledu, dispoziční uspořádání jednotlivých přípraven a vybavení provozovny tak, aby nový stravovací provoz umožňoval poskytování stravovací služby v souladu s platnou legislativou uvedenou v předchozí podkapitole. Zmodernizovaný provoz má splňovat i podmínku rozšířit možnosti uspokojit měnící se potřeby strávníků a tím směřovat k vyšší spokojenosti pacientů se stravováním v popisované nemocnici. Vyjmenování přípraven, skladů a ostatních prostor je potřebné k výpočtu požadované plochy provozu, při plánování řešení přestavby. Provozní požadavky se mohou stát podkladem pro externí pracovníky, kteří budou zainteresovaní na přestavbě provozu a nemohou znát specifické podmínky a požadavky pracoviště. Při pracovním stresu, špatné komunikaci, by některé aspekty mohly zůstat opomenuty v připomínkování stavebního projektu, a do hotové stavby už by nešly zakomponovat. Písemné zpracování požadavků na uspořádání a vybavení provozu může toto opomenutí částečně eliminovat.

Podlahová plocha projektovaného útvaru byla určena odvozením z dosavadního stavu, po kritické revizi současných ploch. V úvahu bylo bráno nové dispoziční řešení provozu, nutné plochy na příslušná technologická místa, pracovní místa, manipulační místa a plochy průchodů kolem. Na plochu nového stravovacího provozu by mělo být počítáno cca 1100 m², bez jídelny pro zaměstnance nemocnice.

Stravovací provoz PNKM připravuje v současnosti celodenní stravu pro cca 950 pacientů a obědy pro cca 400 zaměstnanců. Do jídelny pro zaměstnance dochází přibližně dvě třeti-

ny zaměstnanců, ostatním jsou obědy zasílány na oddělení. Kapacitu je třeba koncipovat na možnost zhotovení a výdeje 1600 obědů. Důvodem není plánované navýšení lůžek, ale změny v dietách způsobují rozdíly někdy i 100 porcí a pracovní prostory k tomu musí být uzpůsobeny, s rezervou alespoň na 200 porcí. Snídaně, přesnídávky, svačiny a večeře jsou připravovány a rozváženy pouze pro pacienty, tedy v plánované kapacitě 1200 porcí. Běžnou stravu, dietu racionální, má předepsanou většina pacientů hospitalizovaných v PNKM, cca 600 porcí pro pacienty. Stejný základ má strava větších dětí cca 30 porcí a geriatrická strava cca 100 porcí, pro které nastává potřeba vařit jídlo odděleně. Pracovní úsek pro tyto diety má být vyčleněn, nejlépe v rámci pracovní plochy pro přípravu diety racionální. S uvědoměním si trendu nárůstu alternativních způsobů stravování je třeba počítat s 20-30 porcemi bezmasé stravy připravované odděleně. Dietu šetřící, kterou si objednávají i strávníci z řad zaměstnanců, je třeba plánovat na počet 300 porcí obědů, stejně tak diabetické diety 300 porcí. Speciální geriatrické diety do budoucna nutno brát v úvahu 50 porcí, individuálně připravované stravy 20 porcí, jednotlivých „drobných“ diet 20 porcí. Stravovací provoz bude modernizován a vybavován na mnoho dalších let, je potřeba začlenit do koncepce přestavby provozu i myšlenku na možnost výběru hlavního jídla nejen pro zaměstnance, ale i pro pacienty bez omezení dietou.

Členění provozovny, řešení dispozice výrobní části i rozmístění vybavení v provozovně je nutno posuzovat komplexně. Dispoziční uspořádání úseků, které by nepříznivě působily a negativně ovlivňovaly potraviny a pokrmy v kterékoliv fázi jejich výroby a přípravy, musí být stavebně, popř. provozně odděleny. Návaznost jednotlivých prostor musí zajišťovat plynulost výrobního procesu (příjem, sklady, přípravny, výrobní prostory, výdej), vyloučit možnost křížové kontaminace (neslučitelné postupy i manipulace zejména s hotovými pokrmy a surovinami, čistým a použitým nádobím) a negativního ovlivnění produktů. Pohyb materiálu k jednotlivým zařízením má být co nejkratší a co nejjednodušší.

Praktické je použít v kuchyni kombinaci minimálně dvou energií (elektřina, plyn), což zabezpečí alespoň omezenou provozuschopnost kuchyně, při výpadku jedné z energií.

Hlavní varna slouží ke konečnému tepelnému zpracování potravin. Tepelné spotřebiče je třeba sloučit do dispozičních skupin tak, aby bylo možné soustředění energetických přípojek, jakož i sběračů páry. Vhodné uspořádání má též minimalizovat zbytečné pohyby kuchařů a tím usnadňovat jejich práci. Řešení tepelných zařízení do bloků či linky by usnadnilo výdej do gastronádob přímo vytáčením z kotlů, pro zachování co nejvyšší teploty. Způsob zařízení provozovny musí umožňovat provádění řádného úklidu. Dispozičním

uspořádáním kuchyně je třeba zajistit také rychlý výdej pokrmů k distribuci. Požadavek technologie – dva konvektomaty 20 GN 2/1, pět kotlů 300 l, multifunkční pánev, výhřevný výdejní vozík a udržovací skříň. K dalšímu vybavení náleží funkční stroje a zařízení ze stávající kuchyně, také dřezy a umyvadlo.

Dietní kuchyně by měla být situována s přímou vazbou na hlavní kuchyň a samostatným výstupem na rozdělování jídel. Požadavek technologie – konvektomat 20 GN 2/1, konvektomat 10 GN 1/1, čtyři kotle 200 l (popř. dva kotle a jeden univerzální vařič 2 x 190 l), dvě pánve, tálový sporák umožňující vaření několika druhů pokrmů najednou, pro odlišné diety. Pro přípravu diety bezlepkové je zapotřebí vyčlenit menší pracovní linku s vybavením. Dietní kuchyně má mít vlastní dřez a umyvadlo, skříňky a regály k ukládání nádobí, výdejní výhřevné vozíky a udržovací skříň.

Denní (příruční) sklad by měl být v návaznosti na hlavní varnu, vybavený regály, pracovním stolem a chladicím zařízením k ukládání potravin.

Denní místnost pro kuchaře je požadována v přímé návaznosti na kuchyň, nejlépe s dohledem na kuchyň, vybavená stolem, židlemi, nábytkem na uložení nádobí, varnou konvicí, dřezem, lednicí, nástěnkou.

Pracovní úsek vyčleněný k přípravě těst by bylo vhodné doplnit děličkou těsta, dostupný by měl být dřez a umyvadlo. Ostatní zařízení lze využít stávající: mísící a hnětací stroj, díže, stolní váha, pracovní stoly.

Přípravna masa musí být stavebně oddělena od výrobny pokrmů, slouží k očišťování a porcování masa. Vybavení: váha velká průmyslová, váha stolní, špalek na maso, pracovní stůl k porcování masa, pracovní plocha k výrobě masných polotovarů (závitky, ražniči, karbenátky) kutr, závěsné háky, dřezy, výlevka, umyvadlo, místo k mytí a ke skladování beden, robot k mísení mletého masa, místo k uložení úklidových prostředků. V přípravnách, kde se zachází se zchlazenými produkty a potravinami s nároky na nízké teploty při uchování, musí být zajištěna teplota nejvýše 15 °C, pokud nelze pracovní operace ukončit do 30 minut. Jedná se například o zpracování masa a ryb, výrobu studených pokrmů. Při volbě umístění přípravny masa v objektu provozu, bude vhodné volit přirozeně chladnou místnost bez přímého slunečního svitu a tím náklady na chlazení místnosti omezit, nebo v kombinaci s vhodnou časovou organizací práce i vyloučit.

Pro vytloukání vajec je vhodné zřídit samostatný, případně i stavebně oddělený úsek doplněný pracovním stolem a umyvadlem.

Stavebně je třeba oddělit hrubou přípravnu brambor a zeleniny. Na povrchu těchto potravin je vždy přítomno značné množství mikrobů a při nesprávné manipulaci mohou znečistit i jiné potraviny, dokončované nebo hotové pokrmy. Proto je nezbytné dbát na oddělení výrobních operací patřících do čisté a nečisté části kuchyně. V hrubé přípravně brambor a zeleniny se provádí loupání a dočišťování brambor, čištění kořenové a listové zeleniny, loupání cibule. Přípravnu je vhodné umístit blízko skladu brambor a zeleniny nebo blízko výtahu, na který je sklad brambor a zeleniny napojen. Vybavení: pracovní stůl, kádě, škrabka na brambory, stoličky, umyvadlo, dřez, váha plošinová, místo ke skladování beden od zeleniny, úklidová komora. Z důvodu přípravy rostoucího množství zeleninových salátů a zeleninových příloh pro strávníky stravovacího provozu PNKM, často zpracovávaných ze zeleniny vypěstované v zahradnictví PNKM na hlíně, je požadováno doplnění přípravny o mycí automat na praní salátů a zeleniny. Z nedostatečně očištěné zeleniny hrozí riziko mikrobiální nákazy, myčky zeleniny odstraňují ruční mytí, urychlují mycí proces a provedení z nerez oceli zabezpečuje snížení nutričních ztrát.

Studená kuchyně by měla zabezpečit přípravu studených jídel, porcování salámů, sýrů, přípravu pomazánek, salátů. Vybavení: pracovní stoly a police, automatický nářezový stroj, dřez, umyvadlo, váha, krouhač zeleniny, dostatek prostoru k manipulaci s nádobami na salát.

Umývárna kuchyňského nádobí by měla být v dostupné vzdálenosti od výrobních úseků. K mytí by mělo být využito automatických mycích strojů, minimálně dva dřezy by měly být součástí vybavení, nádoby na kuchyňské zbytky, odkládací stoly a regály umožňující dosychání nádobí na vzduchu.

Sklady potravin musí svou kapacitou umožňovat skladování potravin a pokrmů podle jejich charakteru a skladovacích podmínek stanovených výrobcem. Sklady pro potraviny, které by mohly nepříznivě smyslově nebo mikrobiologicky ovlivnit jiné potraviny, musí být stavebně odděleny. Sklady potravin včetně chladicích a mrazicích zařízení musí být vybaveny zařízením k uložení potravin (regály, palety) a měřicím zařízením pro kontrolu fyzikálních faktorů, zejména teploty a vlhkosti. K vybavení náleží také umyvadlo s tekoucí pitnou studenou a teplou vodou, mýdlem, jednorázovými ručníky. Sklady potravin a prostorami s nároky na sníženou teplotu pracovišť by nemělo procházet teplovodní potrubí, které může být příčinou nežádoucího oteplování okolí. Při výpočtu plochy skladu nutno vycházet z počtu strávníků a zásobovacích cyklů dodávek potravin, což v současnosti pro uvedený počet strávníků činí u trvanlivých potravin 15–30 dnů, u mléka a mléčných vý-

robků 3 dny, u tuků a vajec 1 týden, maso a uzeniny jsou dodávány každý pracovní den, pečivo denně. Prostor pro příjem potravin by měl být co nejblíže vstupu do skladovací části, vybavený manipulačním stolem a kontrolní váhou (velká, nejlépe plošinová a malá stolní), paletizačním vozíkem, manipulačními vozíky. Co nejblíže skladu by se měla nacházet kancelář skladníka, vybavená počítačovým systémem. Pokud bude nadále přijímáno zboží na paletách, je důležité, aby skladové rampy, dveře, výtahy a skladové místnosti byly upraveny pro provoz paletizačních vidlicových vozíků. Podlahy, aby byly hladké a pevné bez prahů a jiných překážek. Výhodnější je zbudování skladů na úrovni výrobny, bez potřeby výtahu k vyvážení a navážení zboží. Odpadají tak náklady na údržbu a provoz výtahu a čas strávený přivoláváním a jízdou ve výtahu můžou skladoví pracovníci využít účelněji. Riziko poruchy výtahu a následného ručního vynášení břemen by bylo vyloučeno. Jednotlivé sklady a chladírny, ze kterých pracovníci skladu vydávají suroviny, by neměly být rozptýleny po provozu, ale měly by být dispozičně uspořádány u sebe. Mezi pracovníky skladu potravin a nutričními terapeutkami provozu, je nutné mít zajištěnou komunikaci, z důvodu propojenosti počítačového systému a návaznosti pracovních operací, tzn. kanceláře nedaleko od sebe a telefonní linka do kanceláří.

Sklad chleba a pečiva je s ohledem na časté zásobování vhodné umístit co nejblíže k rampě a příjmu potravin. K ukládání pečiva se používají speciální dřevěné regály. Prostor musí být ponechán i k dosušování pečiva na strouhanku a kostky do knedlí, které si stravovací provoz sám připravuje. Je třeba počítat s prostorem na uskladnění beden od pečiva, které dodavatelé odvážejí nezřídka i jednou za 14 dnů. Při rozdělování pečiva na jednotlivá oddělení je potřeba naplnit cca 70 beden o rozměrech dna 40 x 60 cm, stohovat lze maximálně pět beden na sebe, tedy potřebný prostor na výdej pečiva se skládá z plochy beden dodavatelů, beden oddělení a manipulačního prostoru minimálně pěti pracovníků kuchyně (cca 25 m²).

Ve stravovacím provozu jsou potřebné i další skladovací místnosti či vyčleněná místa, se kterými je nutné při plánování dispozičního řešení stravovacího provozu počítat. Jsou to oddělené sklady čistého a špinavého prádla, sklad nádobí do ústavní jídelny, sklad sezónních dekorací ústavní jídelny (vánoční stromek, svícny, květinové dekorace), sklad hrnců a plechů, sklad jednorázových ručníků pro provoz, sklad jednorázových kelímků a víček, sklad nových termoportů a gastronádob, sklad čisticích prostředků, místo k uložení truhlíků z oken budovy přes zimu, archiv, místnost ke shromažďování papírových obalů před

svozem, místo k umístění nefunkčního zařízení před vyloučením (střepy z jídelny, rozbité nádobí), místo k parkování manipulačních vozíků (15 ks o rozměrech 130 cm x 85 cm).

Pro výkon administrativních prací by měl být zřízen samostatný prostor oddělený od výrobní činnosti. Kancelář vedoucí provozu musí mít zabezpečen přístup strávníků a dodavatelů potravin bez toho, aby tyto nepovolané osoby procházely výrobní částí kuchyňského provozu. Kancelář nutričních terapeutek by se měla nacházet v odpovídající vzdálenosti od hlavní kuchyně, aby nutriční terapeutky mohly provádět dohled v kuchyni. Nutriční poradna pro chodící pacienty by měla být situována mimo výrobní prostor stravovacího provozu, nejlépe se samostatným vchodem.

Při uvádění do oběhu, přepravě a rozvozu musí být pokrmy chráněny před mikrobiální kontaminací, znečištěním nebo jiným narušením zdravotní nezávadnosti. Po dobu výdeje, rozvozu a přepravy teplých pokrmů je stanovena systémem HACCP kroměřížské psychiatrické nemocnice minimální teplota 63 °C. Teplý pokrm musí mít v době jeho podání spotřebiteli ke konzumaci teplotu nejméně 60 °C. Stejně jako doposud i nadále je plánováno využívat distribuční systém s termoporty, kdy pracovníci kuchyně po dokončení přípravy stravy, podle požadavku oddělení rozdělí jednotlivé pokrmy. Navrhovaným řešením problémů spojených s mytím nádob na odděleních je vybudování centrální myčky na termoporty a gastronádoby v rámci objektu stravovacího provozu PNKM. Průběžné mycí automaty nebo granulované myčky jsou schopny umýt 120 termoportů za hodinu. Při naplněné kapacitě nemocničních lůžek a skladbě diet, která je popisována v úvodu této podkapitoly, by měl prostor myčky termoportů a gastronádob splňovat tyto požadavky: umytí 180 ks termoportů (po snídani a večeři méně), dostatek prostoru k rozkompletování beden a vyjmutí gastronádob, likvidaci zbytků jídel zaslaných z oddělení, minimálně tři dřezy (namáčecí dřezy i jako rezerva při poruše mycího stroje), místo k umývání vozíků na termoporty (podlahový žlab a tlakový mycí stroj), odpovídající prostor vybavený regály k dosušování čistých gastronádob. Po zprovoznění centrální myčky termoportů a gastronádob bude potřeba přijmout na toto pracoviště nové pracovníky do dvousměnného provozu.

V ostatních nemocnicích je k výdeji pokrmů hojně využívaný tzv. tabletový systém výdeje stravy. Byl speciálně vyvinut pro nemocnice a umožňuje distribuci rozličných diet na jídelny oddělení nebo až k lůžkům pacientů a eliminuje riziko záměny léčebného pokrmu. V Psychiatrické nemocnici Kroměříž není součástí některých pavilonů výtah, proto zatím nelze plánovat výdej pokrmů tímto způsobem.

Jídelna pro zaměstnance nemocnice by měla splňovat požadavek příjemného prostředí a dostatečného prostoru z hlediska celkového počtu strávníků (cca 300). Při plánování počtu stolů a sedacího nábytku je nutno počítat s dostatečnou šířkou uliček směřujících od výdejní linky ke stolkům a po ukončení konzumace k místu odevzdání podnosů s použitým nádobím. U nově plánované spotřební části jídelny je nutno myslet i na její orientaci ke světovým stranám a okolnímu prostředí objektu nemocnice. Při orientaci zevní fasády jídelny s okny na jih hrozí ve dnech s intenzivním slunečním svitem přehřívání jídelny, které vyžaduje stavební nebo technologické řešení (nucená výměna vzduchu). V jídelně se může negativně uplatnit i faktor hluku pocházející např. z manipulace se sedacím nábytkem, při odevzdávání použitého nádobí, hluk z umývárny nádobí, hluk z okolních provozů. S ohledem na to, je při realizaci projektu nutno myslet na vhodné úpravy stěn, stropů i povrchů podlahy. Dobrému pocitu strávníků prospěje i vhodné řešení odkládání svrchních oděvů strávníků přicházejících zvenčí budovy, nutno počítat i s místem na odkládání mokrých deštníků. Jídelna musí být vybavena WC pro strávníky, umyvadlem a systémem k osušení rukou. WC pro zaměstnance stravovacího provozu musí být oddělené od WC pro docházející strávníky. Strávník musí mít zabezpečen vstup ke stravovací referentce za účelem nákupu stravovací karty a objednání stravy. Požadovaným zařízením výdejního prostoru jsou vhodné výdejní výhřevné linky, regenerátor či udržovací skříň pro zajištění odpovídající teploty, popř. ochranná vitrína, chlazený pult na saláty, zásobník táců a příborů. Vyhřívané podavače talířů požadovány nejsou.

Šatny pro zaměstnance stravovacího provozu musí být stavebně odděleny od WC, umýváren a sprch, oddělené podle pohlaví, počet míst (skříněk) v šatně musí odpovídat počtu zaměstnanců. Navíc musí být počítáno se třemi skříňkami pro letní brigádníky v ženské šatně a třemi v mužské šatně. Každý pracovník by měl mít minimálně jednu skříňku na civilní oděv a jednu skříňku na pracovní oděv. Personál kuchyňského bloku by měl přicházet do kuchyně zvláštním vchodem pro zaměstnance, v šatně se převléct, popř. osprchovat a v čistém oděvu jít na své pracoviště. Jejich cesta by neměla křížit cestu vyhrazenou strávníkům.

Pro hygienický stav prostor stravovacího zařízení má zásadní význam správným způsobem prováděné odstraňování biologicky rozložitelného kuchyňského odpadu, který vzniká na jednotlivých pracovištích varny a zůstává jako zbytky jídel v umývárně nádobí. Při přestavbě stravovacího provozu by měl být zohledněn požadavek na zřízení chlazeného skladu organického odpadu, určeného ke krátkodobému uložení nádob s biologicky rozložitel-

ným odpadem z kuchyní a stravoven před jejich vyvezením. V předsíni tohoto skladu by měl být prostor pro čištění nádob na odpadky, který musí být vybaven přívodem teplé a studené vody a zařízením pro jejich dezinfekci a podlahovou vpustí. Chlazený sklad odpadků by měl být umístěn tak, aby cesta sběrných nádob s odpadky do skladu nikde nekřížila cestu s čistými potravinami. Moderní kuchyňské provozovny jsou vybaveny drtiči kuchyňských odpadů, které jsou pak splachovány do kanalizace. V současnosti toto řešení likvidace odpadu naráží na vodohospodářské a ekologické předpisy.

Mezi důležité provozní požadavky na nový stravovací provoz patří vhodně rozmístěný dostatečný počet úklidových komor s odpovídajícím vybavením - přívod tekoucí pitné vody a teplé vody, výlevka, police, skříňka pro uložení čisticích a mycích prostředků, popř. místo k zaparkování podlahového stroje. U vícepodlažní provozovny je třeba úklidovou komoru pro každé podlaží zvlášť, navíc zvlášť pro ústavní jídelnu, přípravnu masa, hrubou přípravnu zeleniny a brambor a výrobní část.

V prostorách nového stravovacího provozu bude, kromě již vyjmenovaného, potřeba umístit technické příslušenství, jehož součástí je strojovna chladíren, vzduchotechnika a ústřední topení, rozvodna elektrického proudu, strojovna výtahu aj. Místo by zde měla mít také údržbářská dílna a kryté parkování na dvoukolový vozík a kola zaměstnanců provozu.

Při stavebních úpravách by nemělo být zanedbáno správné vyspádování podlahy k odtokovým kanálkům, při výběru dodavatele technologie je důležité zajištění servisu k dodanému zařízení, elektroinstalace by měla být dimenzovaná na požadovanou kapacitu strojového vybavení. Při volbě osvětlení je třeba volit tak, aby odpovídalo dané práci, nedocházelo k oslnění a zkreslování barvy potravin a pokrmů a aby svítidla umístěná nad místy manipulace s potravinami a pokrmy byla bezpečnostního typu chráněna tak, aby v případě rozbití nedošlo ke kontaminaci potravin a pokrmů. Vnitřní parapety oken výrobních místností by měly mít dostatečný sklon vylučující možnost ukládání předmětů.

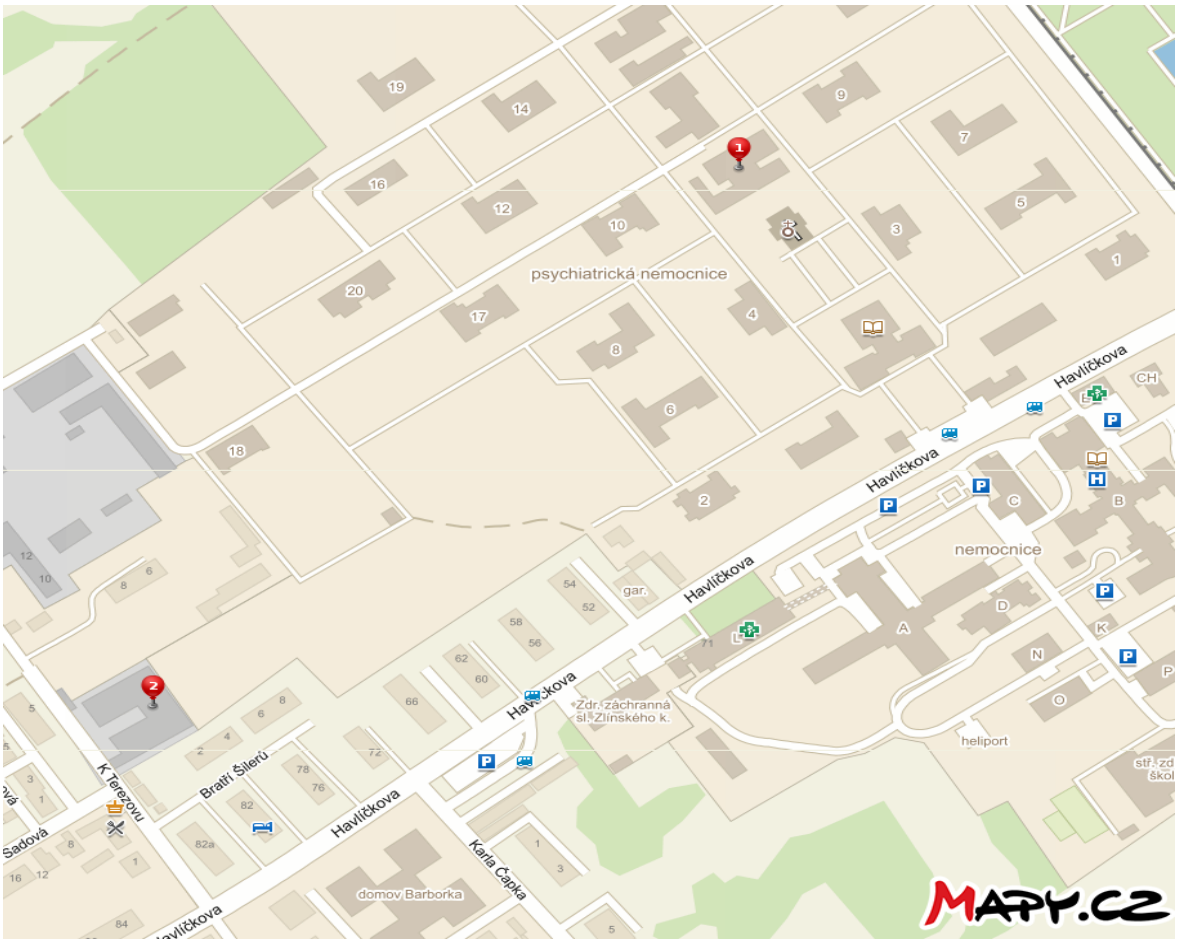
Celý stravovací provoz by měl být jeden uzamykatelný objekt zamezující vstupu nepovolaných osob do prostor manipulace s potravinami a produkty.

7.4 Alternativy řešení

Modernizaci stravovacího provozu nelze provést jen výměnou jednotlivých kusů kuchyňského zařízení, neobejde se bez stavebních úprav či nové investiční výstavby, což bude záležitostí týmovou. V diplomové práci je zpracován ideový návrh řešení přestavby stra-

vovacího provozu. Stavební projekt s nezbytnými součástmi: projekty elektrické instalace, plynofikace, parních rozvodů, klimatizace, je oprávněný vykonávat kvalifikovaný projektant a zpracování a schvalování projektu se řídí stavebními zákony.

Řešení přestavby stravovacího provozu bylo směřováno k využití stávajícího chátrajícího objektu stravovacího provozu, možným dispozičním úpravám vnitřních prostor s odpovídajícím technologickým vybavením, při zapracování zmiňovaných požadavků. Jelikož pod ochranu památek spadá areál historických pavilonů Psychiatrické nemocnice Kroměříž jako komplex, do kterého nelze zasáhnout novou výstavbou, možnost postavení stravovacího provozu tzv. „na zelené louce“ nebyla uvažována jako realizovatelná. V roce 2016 bylo rozhodnuto o demolici budovy bývalého hospodářského stavení, v majetku Psychiatrické nemocnice Kroměříž, čímž vznikne volná plocha těsně za hranicí památkové zóny, vhodná k nové investiční výstavbě. V diplomové práci jsou zpracovány dvě alternativy řešení přestavby stravovacího provozu, a to přestavba stravovacího provozu ve stávající budově a výstavba stravovacího provozu v nové budově.



Obr. 2. Mapa areálu Psychiatrické nemocnice v Kroměříži (Mapy.cz, 2017).

Na předchozím obrázku (Obr. 2) je v mapě areálu Psychiatrické nemocnice Kroměříž vyznačeno umístění stávající budovy stravovacího provozu (bod 1) a budova určená k demolici (bod 2), kde vznikne volný pozemek vhodný k realizaci projektu výstavby nové budovy stravovacího provozu.

V předchozích kapitolách byly popsány požadavky legislativní i požadavky provozní, jež má nové stravovací zařízení splňovat, aby bylo možné dále poskytovat stravovací službu v požadované kvalitě a rozsahu. Oba projekty jsou uvažovány tak, aby respektovaly tyto definované požadavky, nejsou v alternativách projektového řešení znovu opakovány.

7.4.1 Projekt rekonstrukce stávající budovy stravovacího provozu

Budova stávajícího stravovacího provozu projevuje značné defekty a vlhkost v suterénu, tudíž je nutná komplexní rekonstrukce celého objektu s řešením nových rozvodů vody, plynu, elektroinstalace a vytápění. Součástí navrhovaného projektu přestavby jsou dispoziční změny a vybavení moderními gastrotechnologiemi včetně zařizovacích předmětů. Limitujícím faktorem při rozmýšlení o změnách a hledání reálného řešení byla skutečnost, že rozměry místností je nutné ve většině případů z důvodů nosných konstrukcí nechat stávající.

Při rekonstrukci by nedošlo k žádné změně z hlediska urbanistického, vstupy i vjezdy by zůstaly, objekt by se nerozšiřoval. Projektem bylo rozpracováno nové umístění stravovacího provozu v 1. PP a 1. NP. Ve 2. NP by v pravém křídle zůstala kancelář vedoucí stravovacího provozu, kancelář stravovací referentky a hygienické zázemí. V levém křídle, v prostoru bývalé jídelny by byly vybudovány cvičné kuchyňky pro pacienty. V rámci léčebné výchovy k soběstačnosti mají pacienti v areálu nemocnice k dispozici cvičné kuchyně. Suroviny k vaření jsou jim vydávány ze skladu potravin stravovacího provozu, proto by využití uvolněných prostor k tomuto účelu mělo své opodstatnění. Ve středním traktu 2. NP se ukazuje vhodné umístit strojovnu vzduchotechniky. Část uvolněných prostor pravého traktu se jeví odpovídající k vybudování nutriční poradny. 3. NP se dvěma byty a podkrovím by zůstalo beze změn. Mezi byty by byla vybudována dojezdová šachta nového osobního výtahu.

Stávající rozmístění, kdy je převážná část hlavních provozů umístěna v 1. NP je rámcově vyhovující, včetně hygienického zázemí, kanceláří skladních potravin a nutričních terapeutek. Velikost místností měnit nelze. Zásobování potravinami je v projektu řešeno přes stávající dvůr a rampy, samostatně, jako doposud, by probíhal příjem masa, masných výrobků

a vajec. Skladovací trakt je v návrhu projektu ponechán stávající. Kuchyně by byla nově vybavena příjmovým úsekem na mytí termoportů, vozíků, rovněž na strojní mytí gastronádob a menším prostorem k dosušení a skladování umytých gastronádob. Umístěním varných zařízení do centrální varné linky by bylo dosaženo zmenšení plochy hlavní varny a prostor by byl využitý k vybudování samostatné přípravny studené kuchyně, těst a masa. Výtluk vajec je předpokládán jako původně u přípravny masa. Z bývalé přípravny těsta by byla vybudována dietní kuchyně a vhodným uspořádáním varných zařízení do linky by vznikl prostor pro samostatnou přípravu speciálních diet. Vedle je navrhována denní místnost kuchařů, splňující provozní požadavek být na dohled kuchyni. Mytí provozního nádobí by navazovalo na příjem vozíků s použitými gastronádobami. Nově navržený sklad pečiva by měl samostatný zásobovací vstup za dvora. Celý provoz kuchyně je projektově řešen s ohledem na dopravu surovin bezbariérový. V zásobovacím dvoře by byla po opravě garáží využita řada stávajících venkovních skladů na odpad (včetně chlazeného skladu biologicky rozložitelného kuchyňského odpadu) a provozní potřeby. Plnění expedičních nádob a doprava pokrmů z kuchyně na jednotlivá oddělení v termoportech pomocí speciálních vozíků by probíhala jako doposud.

V projektovém řešení rekonstrukce stávající budovy stravovacího provozu se ukazuje nezbytným celkové přemístění ústavní jídelny pro zaměstnance nemocnice. Tomuto účelu odpovídající jsou prostory bývalé pekárny. Reprezentativnost místnosti by umocňovala zachovaná původní pec, která by tak byla kontrolovaným způsobem zpřístupněna veřejnosti. Vybouráním prostoru za pecí by vznikl oddělitelný salonek pro cca 18 osob při celkové kapacitě jídelny 72 míst. Vstup do jídelny by byl z atria přes novou rampu a schodiště, v atriu by bylo možné zřízení letní zahrádky. Navrhované umístění jídelny na stejné podlaží s varnou by mírně usnadnilo provoz, ale na úkor menšího počtu míst v jídelně než je požadováno. Výdejna obědů pro zaměstnance by byla vybudována v prostorách bývalého sociálního zázemí pekárny, rozměrově vyhovující. Toalety pro strávníky lze umístit jen v mezipatře přístupném zadním schodištěm. Negativním faktorem tohoto návrhu umístění ústavní jídelny je těsná návaznost na hlučný provoz kuchyně a rampy k navážení vozíků k výdeji.

Pro předpokládané využití prostor suterénu je nutno počítat s provedením důkladné sanace poškozených konstrukcí, avšak především zabránit dalšímu škodlivému působení povrchové a podzemní vody. V suterénu v levém křídle by byl jako doposud sdružen sklad zeleniny, hrubá přípravna brambor a zeleniny a nové chladírny. V jejich bezprostřední blízkosti

by byl nákladní výtah do 1. NP na čistou zeleninu a chlazené zásoby a výtah vedoucí ze zásobovacího dvora na neočištěnou zeleninu. V navrhovaném projektu je nově v suterénu předpokládáno umístění šaten s hygienickým zázemím pro personál kuchyně odděleně dle pohlaví, umístění skladu jídelny, skladů čistého a špinavého prádla a dalších skladů materiálu a potřeb jmenovaných v provozních požadavcích.

Hlavní vstup pro personál by zůstal ze středu čelní fasády, ústící do hlavního schodiště. Na hlavní chodbě by byl nově zřízen nákladní výtah ze suterénu pro transport zeleniny a potravin z chlazených skladů. Celkem by byly potřeba čtyři nákladní výtahy a jeden osobní výtah.

Při komplexní rekonstrukci budovy stravovacího provozu nelze počítat s rozdělením stavebních prací na etapy, při zachování plynulosti poskytování stravovací služby. Předpokladem je, že rekonstrukce stávající budovy stravovacího provozu by probíhala za dočasného uzavření stravovacích prostor a přestěhování pracovníků provozu do prostor náhradních. Nevařilo by se, teplé obědy v zachlazeném stavu by včetně polévky dovážel smluvní dodavatel z jiné provozovny. Dieta racionální by měla stejné obědy jako dieta diabetická. Dodané zchlazené obědy by se regenerovaly (ohřívaly) a vydávaly do termoportů. Večeře by se v průběhu rekonstrukce podávaly pouze studené kusové a společně se snídaněmi by se připravovaly v provizorně zřízeném stravovacím provozu. Zaměstnancům zdravotníkům by se obědy posílaly společně s obědy pro pacienty na oddělení. Pro zaměstnance ostatních technických či administrativních provozů, jedná se o cca 120 osob, by byl zajištěn náhradní prostor ke konzumaci oběda. Zřízení provizorní jídelny by bylo nejvhodnější v objektu náhradního stravovacího provozu, čímž by byl eliminován další převoz pokrmů a řešení následného ohřevu. Krátkodobě by došlo ke snížení kvality poskytované služby pro pacienty i zaměstnance. K zavedení provizorní provozovny by byl vyhovující některý z volných pavilonů v areálu nemocnice prostorově odpovídající, v přízemí objektu. Zabezpečen musí být příjem pečiva a dalších surovin, prostory a zapojené lednice ke skladování potravin, místnosti na šatny zaměstnanců, WC a umyvadla, místnost s počítačovým připojením k práci nutričních terapeutek, skladních, stravovací referentky a vedoucí stravovacího provozu. Dalším nezbytným vybavením provizorních prostor se předpokládá vhodná technologie k ohřevu pokrmů. Protože večeře by se rozvážely současně s obědem, toto projektové řešení by mělo za následek změnu v režimu pracovní doby zaměstnanců stravovacího provozu, kteří by docházeli pouze na ranní směnu. Dočasné snížení počtu pracovníků stravovacího provozu by bylo konzultováno s Oddělením řízení lidských zdrojů PNKM.

7.4.2 Projekt stavby nové budovy stravovacího provozu

Prostor uvolněný po demolici objektu č. 48, v majetku Psychiatrické nemocnice Kroměříž, stavebně i prostorově vyhovuje záměru projektu. Navrhovaný stravovací provoz by byl umístěn na západním okraji areálu nemocnice, stavební ruch při budování by se tak nedotýkal pacientů ani návštěvníků uvedeného zdravotnického zařízení. Nový objekt stravovacího provozu by byl přístupný pro zásobovací obsluhu zvenčí, mimo areál, přímo z příjezdové ulice K Terezovu. Velká nákladní auta by nemusela do historického areálu vůbec vjíždět, což by ulevilo současné dopravní situaci na nemocničních komunikacích. Toto navrhované řešení nabízí i předpokládaný počet sedmi parkovacích míst pro pracovníky stravovacího provozu, dojíždějící za prací osobním automobilem. Objekt by byl napojen na nově vybudované inženýrské sítě z areálu PNKM. Vnitřní uspořádání stavby je navrženo v souladu s uvedeným dispozičním řešením v provozních a legislativních požadavcích, při projektování nového provozu je výhodou větší volnost ve volbě rozměrů místností, posloupnosti místností apod. V návrhu projektu výstavby nového objektu je podle definovaných požadavků velikost zastavěné plochy 1100 m².

Několik pravidel, jak správně situovat nový kuchyňský blok uvádí Peloušek (2000, s. 44):

- umisťuje se na návětrné straně od nečistých provozů (kotelna, skládka paliva, přístřešky na odpadky nebo sběrné suroviny) a na závětrné straně od ubytovacích objektů a ošetřoven;
- pozemek na výstavbu kuchyňského bloku má být suchý, s nízkou hladinou spodní vody a pokud možno vodorovný;
- objekt má být co nejvíce obklopen travnatými plochami se stromy a keři;
- objekt musí být napojen na hlavní komunikační síť celého komplexu budov, k níž stravovací zařízení přísluší;
- všechny hospodářské přístupy (příjem potravin, odvoz odpadků) mají být soustředěny k hospodářskému průčelí s rampou a šířka přilehlé komunikace musí umožňovat zajíždění nákladních vozidel zadním čelem k rampě a jejich otáčení, rampa skladu potravin musí umožňovat boční i čelní nakládání;
- ke vstupům personálu kuchyně a strávníků by měly vést pouze chodníky;
- vstup do budovy se nesmí křížit s komunikací pro vyvážení odpadků, rovněž není vhodný přes hospodářské průčelí pro příjem potravin;

- výrobní místnosti, chladírny, sklad brambor a chladné sklady mají být umístěny na severní, případně východní straně objektu. Suché sklady, pokud jsou orientovány k osluněným stranám, jejich okna musí mít zastiňující zařízení nebo úpravu;
- budovy a vybavení by měly být projektovány tak, aby zabránily vniknutí škůdců, neumožňovaly jejich pobyt a bránily vniknutí kontaminantů z životního prostředí.

V průběhu realizace projektu stavby a vybavení objektu nového stravovacího zařízení je předpokládáno plynulé pokračování a zajištění standardní stravovací služby ve stávajícím stravovacím provozu, včetně zpřístupněné stávající jídelny pro zaměstnance. Je uvažováno, že v původní budově by stravovací provoz nadále v zavedeném režimu poskytoval své služby strávníkům a zabezpečoval léčebnou výživu pacientů dle jejich potřeb. Po kompletním dokončení projektu stavby nové budovy by byla do nově postaveného objektu přemístěna celá výrobní a administrativní část stravovacího provozu a skladové hospodářství, stravování pro pacienty i zaměstnance by tak bez prodlevy bylo zajištěno dál. Z důvodu značné vzdálenosti (cca 600 m) od centrální části areálu nemocnice je navrhováno zřízení jídelny pro zaměstnance mimo nový objekt provozu, nejlépe v původní budově v prostorách bývalé pekárny. To znamená, že navrhované dispoziční řešení jídelny pro zaměstnance je stejné ve variantě přestavby provozu i ve variantě stavby nové budovy. Stylově zařízená jídelna s památnou pecí by byla příjemným místem pro zaměstnance v době přestávky na oběd. Novým využitím budovy kuchyně po přemístění provozu stravování k účelům vybudování potřebných dílen pracovní terapie, by vznikl centrální prostor pro tvořivé činnosti pacientů. Okolní prostředí ústavní jídelny by bylo klidné, WC pro strávníky by bylo možné umístit ve vstupní hale. Po dobu stavebních prací na nové jídelně by byl provoz zajištěn v jídelně původní, která se nachází v protilehlé části budovy s vlastním vstupem. U jídelny je navrhována kancelář stravovací referentky, přístupná strávníkům v době výdeje oběda. Zmiňovaná vzdálenost nového stravovacího provozu od ostatních pavilonů nemocnice navýší spotřebu času nutričních terapeutek, které dochází za pacienty na oddělení. Navrženo je zřízení nutriční poradny v areálu PNKM, kam by chodící pacienti ve stanovenou dobu docházeli a nutriční terapeutky by si lépe rozplánovaly pracovní den.

7.5 Vyhodnocení vhodného řešení

Důležitým parametrem pro vyhodnocení vhodnější alternativy ze dvou projektů přestavby stravovacího provozu PNKM bylo zabezpečení provozu stravovací služby včetně dodržo-

vání standardů nutriční péče, zabezpečení odpovídající léčebné výživy pro pacienty, zachování pestrosti jídelního lístku a náklady na projekt. Ke komparaci obou variant řešení je využito zpracované nákladové, časové a rizikové analýzy u projektu přestavby stravovacího provozu ve stávající budově a projektu výstavby nového provozu stravování. V uvedených analýzách jsou jako první v pořadí uvedeny analýzy projektu přestavby současné budovy a následují analýzy projektu výstavby nové budovy. Obě řešení projektu jsou podrobena multikriteriální analýze.

7.5.1 Nákladová analýza

Psychiatrická nemocnice v Kroměříži je specializovaný psychiatrický léčebný ústav, jehož zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Přestavba a modernizace stravovacího provozu, v budově stávající nebo ve zcela novém objektu, je finančně velmi nákladným projektem. K realizaci projektu je potřeba mít k dispozici odpovídající množství finančních prostředků. Významným zdrojem financování projektů jsou dotace. Za podstatnou výhodu dotací jako zdroje financování projektů lze považovat nulové náklady na získání a držbu daného zdroje, neboť dotace představují nenávratný a neúročený finanční zdroj. Navrhovaný projekt lze financovat na základě poskytnuté účelové finanční dotace Ministerstva zdravotnictví České republiky s 20% spoluúčastí jmenované nemocnice. Bez poskytnuté dotace by uvedené zdravotnické zařízení nemohlo projekt realizovat.

Projektové řešení nedostatků stávající budovy stravovacího provozu kombinuje potřebu rekonstrukce a modernizace chátrající budovy při současném dodržení požadavků orgánů památkové péče. Značný díl z celkových nákladů odčerpá odstranění vlhkosti z budovy. Pravděpodobnost navýšení plánovaných nákladů je zpracována v rizikové analýze. Pro odhad nákladů spojených s přestavbou budovy stravovacího provozu byla použita architektonická studie PNKM (Interní dokument, 2014), pro odhad cen technologického a interiérového vybavení bylo použito katalogových cen produktů. Realizace projektu přestavby stravovacího provozu ve stávající budově s sebou nese potřebu řešení zajištění náhradních prostor pro úschovu a výdej celodenní stravy pacientům, výdej obědů zaměstnancům, náhradní kanceláře s IT vybavením a přípojkami, šatny a sociální zařízení pro pracovníky stravovacího provozu během přestavby. V provizorních prostorách bude s maximální mírou využito současného vybavení provozu nebo budoucího vybavení, které se využije v provozu novém, aby nevznikly zbytečné náklady. K odhadovaným nákladům na projekt, znázorněným v dále uvedené tabulce (Tab. 13), v průběhu realizace přibudou náklady na

dovoz stravy od smluvních dodavatelů, v objemu cca 37.000 porcí hlavního pokrmu včetně polévky měsíčně.

Tab. 13. Náklady na přestavbu stravovacího provozu ve stávající budově (vlastní zpracování).

Popis položky	Náklady v Kč (bez DPH)
Projekční a přípravné práce	6.000.000
Stavební úpravy uvnitř objektu a venkovní úpravy	69.300.000
Nákup a montáž vzduchotechniky	6.500.000
Výtahy	2.000.000
Gastrotechnologie	20.000.000
Vybavení interiérů	1.100.000
Zřízení provizorního stravovacího provozu	100.000
CELKEM	105.000.000

Následující tabulka (Tab. 14) uvádí odhad nákladů spojených s výstavbou nové budovy.

Tab. 14. Náklady na výstavbu stravovacího provozu v nové budově (vlastní zpracování).

Popis položky	Náklady v Kč (bez DPH)
Projekční a přípravné práce	6.000.000
Stavební práce	38.200.000
Venkovní úpravy a přípojky	5.000.000
Nákup a montáž vzduchotechniky	6.500.000
Gastrotechnologie	20.000.000
Vybavení interiérů	1.100.000
Nová jídelna pro zaměstnance, kancelář stravovací referentky, nutriční poradna	3.500.000
CELKEM	80.300.000

Pro odhad nákladů u výstavby nové budovy stravovacího provozu bylo použito cenových ukazatelů. Cenové ukazatele vyjadřují hodnotu základních rozpočtových nákladů. Pro výpočet cenových ukazatelů byly stanoveny jako základní měrné jednotky u oborů pozemního stavitelství m³ obestavěného prostoru. Pro budovy společného stravování s konstrukcí silnou nosnou montovanou z dílů betonových tyčí jsou stanoveny pro rok 2017 na 6.931 Kč na m³ bez DPH (České stavební standardy, 2017). Plánované rozměry jednopodlažní budovy nového stravovacího provozu jsou 20 m x 55 m x 5 m, tedy 5.500 m³, v analýze nákladů zaokrouhleno nahoru na celé statisíce. Při umístění nového stravovacího provozu na okraj areálu nemocnice, bude potřeba zřízení ústavní jídelny v centrální části areálu PNKM, aby byla odpovídající dostupnost pro všechny zaměstnance. V projektu výstavby nového provozu stravování byl návrh umístění jídelny popsán, stejně jako vybudování kanceláře stravovací referentky a nutriční porady pro nutriční terapeutky.

7.5.2 Časová analýza

Časová analýza popisuje posloupnost jednotlivých aktivit procesu. Harmonogram projektu vyobrazuje začátky a konce operací, jejich obsah a rovněž částečný souběh. Cílem tvorby časového plánu projektu je získání nástroje k monitorování stavu rozpracovanosti projektu podle jednotlivých aktivit tak, aby mohl být vyhodnocen vývoj projektu a případně aby mohly být řízeny změny oproti původnímu plánu. Ukončení projektu je takový stav, kdy byly splněny všechny naplánované činnosti a odstraněny vady při kontrolách jednotlivých etap. Velmi vhodné je v tomto kontextu vidět věci z tzv. zákaznické perspektivy. Např. firma, která bude realizovat stavební práce, může vnímat cíl jako „postaveno“. Z pohledu uživatele projektu je však cílový stav vnímán spíše jako „ můžeme se nastěhovat“. Jedná se o dva rozdílné stavy. Správná formulace cílového stavu ukončení projektu z pohledu příjemce může předejít nedorozuměním, změnám a zdržením. V uvedených časových harmonogramech obou projektů je v poslední fázi uveden zkušební provoz, ověření, zda ukončený projekt odpovídá požadavkům a je využitelný při provozní zátěži.

U časové analýzy obou projektů je třeba v úvodní fázi počítat přibližně jeden rok na činnosti přípravy stavby, a to výběr dodavatele projektové dokumentace, zaměření a projektová stavební dokumentace, ohlášení stavby a výběrové řízení na stavební společnost. V tabulce (Tab. 15) jsou popsány činnosti a jejich časová náročnost u přestavby stravovacího provozu ve stávající budově.

Tab. 15. Časová analýza přestavby stravovacího provozu ve stávající budově (vlastní zpracování).

Krok	Činnost	Délka trvání (v týdnech)
1	Vyklizení objektu, vystěhování nábytku a varné technologie	2
2	Rekonstrukce střešní krytiny a části krovu	6
3	Bourací práce uvnitř objektu, sanace suterénu, demolice, stavební práce, nové příčky a konstrukce, výtahová šachta aj.	18
4	Přípojky sítí, rekonstrukce rozvodů vody	4
5	Vnitřní instalace v celé budově – silnoproud, slaboproud, vytápění, plynoinstalace, hromosvod	8
6	Výměna a repase oken, rekonstrukce vnějších přístřešků	6
7	Venkovní úpravy, demontáž a oprava opláštění rampy, opravy zídek, oplocení, brány, nové zpevněné plochy	8
8	Instalace technologie, vzduchotechniky, chladíren, výtahů	6
9	Úklidové práce	4
10	Vybavení interiéru včetně výpočetní techniky	2
11	Zkušební provoz	2

Časový harmonogram přestavby stravovacího provozu PNKM ve stávající budově je rozložen na 6 měsíců, za předpokladu, že budou práce koordinovány a budou probíhat v některých celcích současně a v období mimo zimu (optimální podmínky). Na základě časového plánu je možné provádět porovnání skutečného a plánovaného stavu projektu a zjištění, zda jsou plněny důležité termíny. V případě jejich ohrožení je potřebná analýza odchylek časového plánu. Při jakémkoliv zpoždění je nutno provádět okamžitá opatření k nápravě, např. u vybraných prací změnou vazeb tak, aby bylo možné překrýt současně více činností v jednom časovém intervalu nebo zvýšením počtu přidělených zdrojů, je-li to možné z kapacitních i prostorových hledisek nebo změnou pracovní doby u vybraných profesí (zavedení přesčasové práce). Časový harmonogram tohoto projektu znázorňuje

následující tabulka (Tab. 16). Značení 1. měsíc znamená první počáteční měsíc realizace přestavby, není myšlen leden, jako první kalendářní měsíc.

Tab. 16. Harmonogram přestavby stravovacího provozu ve stávající budově (vlastní zpracování).

Krok	1. měsíc		2. měsíc		3. měsíc		4. měsíc		5. měsíc		6. měsíc	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												

Proces výstavby nového objektu stravovacího provozu a vybavení objektu vykazuje některé činnosti odlišné od předešlého řešení přestavby původní budovy. Při rekonstrukci staré budovy je možno ve větším měřítku překrývat různé pracovní fáze, tedy že nová fáze začíná před tím, než je předešlá fáze dokončena a tím dochází ke zkracování času potřebného k dokončení projektu. Např. bourací práce ve sklepě můžou probíhat současně se stavebními pracemi v 1. NP, v 2. NP, opravou střechy a stavební úpravou okolí. Stavba nové budovy by podle harmonogramu probíhala postupně, čas potřebný ke kompletnímu dokončení stavebních prací nelze k jeho správnému provedení uspěchat. Práce jako konstrukce stavby, hrubé stavební práce, vnitřní stavební úpravy atd. jsou v tabulce časové analýzy výstavby stravovacího provozu v nové budově (Tab. 17) uvedeny dohromady.

Tab. 17. Časová analýza výstavby stravovacího provozu v nové budově (vlastní zpracování).

Krok	Činnost	Délka trvání (v týdnech)
1	Vybudování stavebních základů	2
2	Stavba budovy včetně rozvodů, instalací a přípojek, vnitřních úprav, podlah, obkladů, vymalování aj.	62
3	Venkovní úpravy	4
4	Instalace technologie, vzduchotechniky, chladíren	6
5	Úklidové práce	4
6	Vybavení interiéru včetně výpočetní techniky	2
7	Zkušební provoz	2

Z harmonogramu projektu výstavby nového provozu stravování lze vyčíst rozplánování projektu na 18 měsíců, tedy v porovnání s předchozím harmonogramem přestavby současné budovy stravovacího provozu je tato varianta časově náročnější.

Tab. 18. Harmonogram výstavby nové budovy stravovacího provozu (vlastní zpracování).

Krok	Měsíc																	
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		

7.5.3 Riziková analýza

S realizací každého projektu jsou spojena rizika, která je třeba předvídat a definovat. Například velmi pravděpodobné riziko nesplnění časového plánu se stalo skutečností již při výstavbě dnešní Psychiatrické nemocnice. Z dochovaných historických záznamů, které do publikace o Psychiatrické nemocnici zpracoval Doněk (1999, s. 23) lze vyčíst, že z důvodu stávky stavebních dělníků a nedostatku pracovních sil v době podzimních polních prací roku 1907, nebyly dokončeny práce na kuchyni dle plánu do konce roku, ale až v létě roku 1908, tedy s více jak půlročním zpožděním.

Riziko je vyšší tím, čím je více pravděpodobné, že může nastat a čím závažnější následky na projekt má. Snaha je rizikům předcházet, eliminovat jejich dopad na realizaci projektu (preventivní opatření) nebo provést nápravné opatření, pokud k riziku dojde.

Rizika byla identifikována zamyšlením nad možnými událostmi, které mohou nastat a negativně ovlivnit provádění nebo výsledek navrženého projektu. Pro určení úrovní hodnoty rizika byla použita matice pravděpodobnosti a dopadu. Hodnota rizika je určena jako součin pravděpodobnosti a dopadu. Výskyt rizika byl nastaven do tří stupňů pravděpodobnosti, kde nízký stupeň pravděpodobnosti výskytu rizika má hodnotu 1, střední stupeň pravděpodobnosti výskytu rizika má hodnotu 3 a vysoká pravděpodobnost výskytu rizika je ohodnocena 5. Stupeň negativního dopadu rizika na projekt je vyjádřen také ve třech stupních, kde každý stupeň je ohodnocen dvojnásobkem hodnoty předchozího stupně. Nízký stupeň negativního dopadu rizika má hodnotu 2, střední stupeň negativního dopadu rizika je ohodnocen 4 a vysoký stupeň negativního dopadu rizika na projekt má hodnotu 8. Výsledek rizika v intervalu 2–6 je nízkým rizikem, střední riziko je v intervalu 8–12 a vysoké riziko v intervalu 20–40, znázorněno v tabulce (Tab. 19). Rizika malé hodnoty stačí monitorovat, střední rizika by měla být ošetřena a vysoká rizika musí být snížena minimálně na střední úroveň, jinak nelze projekt spustit.

Tab. 19. Matice pro určení hodnoty rizika (vlastní zpracování).

Pravděpodobnost	Nízký dopad	Střední dopad	Vysoký dopad
Nízká	2	4	8
Střední	6	12	24
Vysoká	10	20	40

Analýza rizik projektu přestavby stravovacího provozu PNKM ve stávající budově je vyhodnocena v tabulce níže (Tab. 20).

Tab. 20. Analýza rizik projektu přestavby stravovacího provozu ve stávající budově (vlastní zpracování).

Riziko	Pravděpodobnost výskytu rizika			Stupeň negativního dopadu rizika			Výsledná hodnota rizika
	Nízká 1	Střední 3	Vysoká 5	Nízký 2	Střední 4	Vysoký 8	
Nedostatek financí	x				x		4
Neschválení projektu	x					x	8
Časové zpoždění projektu		x			x		12
Navýšení nákladů		x			x		12
Nekvalitní dodavatelé	x				x		4
Narušení statiky	x					x	8
Negativní postoj zaměstnanců provozu	x			x			2
Negativní postoj strávníků		x			x		12
Zásah vyšší moci	x					x	8

Bez dostatečného množství finančních prostředků by nešlo projekt realizovat, finančně náročná modernizace provozu je oddalována hlavně z důvodu nedostatku financí. Pokud budou na projekt schválené dotace, prostředky na investice do přestavby budou zajištěny, proto riziko nedostatku finančních prostředků bylo vyhodnoceno jako nízké.

Středním rizikem bylo vyhodnoceno riziko neschválení projektu, které má malou pravděpodobnost výskytu, ale vysoký negativní dopad na realizaci. Dané riziko lze eliminovat důkladnou přípravou, vhodnou volbou projektanta a precizním zpracováním projektové dokumentace.

Středním rizikem se jeví nedodržení harmonogramu realizace. Při rekonstrukci staré budovy lze předpokládat, že se narazí na nečekaný stavební problém, jehož vyřešení posune celý časový plán realizace projektu. Během rekonstrukce stavby bude dodávka stravy zajištěna dodavatelskou firmou nebo více firmami. Časové zpoždění dokončení projektu by znamenalo komplikace se zabezpečením kvalitní stravy pro strávníky – vázáno na prodloužení smluvních ujednání či uzavření nových smluv, časově limitované využívání náhradních prostor, omezený jídelníček aj.

Navýšení nákladů bylo také ohodnoceno jako střední riziko. Při rekonstrukci památkově chráněného objektu budou obklady, fasáda, vstupní dlažba, okna, střešní krytiny, klempířské výrobky aj. repasovány nebo nahrazeny identickými kopiemi – po konzultaci s příslušným orgánem památkové péče. Mezi jednotlivými variantami jsou cenové rozdíly a zvolení dražší varianty u většiny komponentů může vést k navýšení celkových nákladů. Velmi finančně náročné budou sanační práce v suterénu. O technice provedené sanace bude rozhodnuto po provedení řady průzkumných prací, cena zvoleného konkrétního opatření k zabránění škodlivého působení povrchové a podzemní vody může převyšovat plánované náklady. Celkové navýšení nákladů na stavební úpravy může mít negativní dopad v hledání úspor na straně technologického vybavení provozu. Eliminací tohoto rizika je plánování nákladů s finanční rezervou.

Nízké riziko nekvalitních dodavatelů stavebních prací a technologií lze eliminovat pečlivým výběrem se zaměřením na reference a recenze ucházejících se dodavatelů.

V současné době je podzemní podlaží zmiňovaného objektu vystaveno působení zemní vlhkosti a srážkové vody, což má za následek pokročilou degradaci stavebních konstrukcí. Při průzkumných a stavebních pracích v budově může být odhaleno poškození konstrukcí s rizikem ztráty stability budovy. Riziko je vyhodnoceno jako málo pravděpodobné, ale s vysokým negativním dopadem na realizaci projektu.

Negativní postoj ze strany zaměstnanců provozu, je ohodnocen nízkým rizikem s nízkým negativním dopadem. Z důvodu provozního omezení služeb stravovacího provozu a jiné organizace práce v náhradních prostorách či snížení počtu pracovních míst po dobu rekon-

strukce lze předpokládat riziko nespokojenosti pracovníků stravovacího provozu. Eliminovat toto riziko lze dobrou komunikací, včasnou informovaností, vysvětlením důvodů změn.

V porovnání s předchozím odstavcem, je vyšším rizikem vyhodnocen negativní postoj strávníků, a to pacientů i zaměstnanců nemocnice. Pravděpodobnost výskytu rizika je střední, protože omezení jídelníčku a dalších služeb, na které jsou strávníci zvyklí, bude zřejmé (užší nabídka pokrmů – pokrmy jednoduché na ohřev a výdej, pouze studené večeře, komplikací může být velikost porcí a chuť pokrmů). Stupeň negativního dopadu rizika byl určen jako střední, může se projevit nespokojeností pacientů, poškozením dobrého jména stravovacího provozu i celého zdravotnického zařízení. Omezit riziko je možné včasnou informovaností zainteresovaných osob o nutnosti dočasných změn vedoucí k pozdějšímu pozitivnímu efektu a zlepšení kvality stravovací služby. Velmi důležitou roli bude mít pečlivý výběr spolehlivého dodavatele dovážené stravy.

Riziko zásahu vyšší moci zastupují živelné pohromy, kterými jsou např. požár, povodeň, vytopení. Toto riziko je ve výsledku ohodnoceno jako střední riziko. Následky tohoto rizika lze snížit vhodným pojištěním nemovitého majetku, tj. budovy a vnitřního zařízení.

Analýza rizik projektu výstavby nové budovy stravovacího provozu PNKM je vyhodnocena v tabulce na následující straně (Tab. 21).

Vyhodnocení rizika nedostatku financí a neschválení projektu je stejné jako u předchozí varianty.

Riziko časového zpoždění projektu může oddálit termín dokončení a posunout výsledné datum slavnostního otevření nového provozu. Riziko bylo shledáno jako málo pravděpodobné s nízkým stupněm dopadu. Na rozdíl od předchozí analýzy rizik u rekonstrukce staré budovy, není u stavby nové budovy předpoklad vyšší pravděpodobnosti nenadálého výskytu komplikací stavebního rázu, a také by v tomto případě nebyl tak vysoký dopad rizika v podobě nezabezpečení stravy pro pacienty a zaměstnance. Riziku časového zpoždění u nově budované stavby se dá zamezit důsledností stavebního dozoru, včasným rozpoznáním odchylky od časového plánu a přijmutím opatření k minimalizaci rizika.

Navýšení nákladů bylo ohodnoceno nízkým rizikem. Eliminovat riziko, způsobené změnami v plánu, vícepracemi a předělávkami, lze dobře zpracovaným projektem a důsledným stavebním dozorem.

Vyhodnocení rizika nekvalitních dodavatelů stavebních prací a rizika zásahu vyšší moci je shodné u obou návrhů.

Tab. 21. Analýza rizik projektu výstavby nové budovy stravovacího provozu (vlastní zpracování).

Riziko	Pravděpodobnost výskytu rizika			Stupeň negativního dopadu rizika			Výsledná hodnota rizika
	Nízká 1	Střední 3	Vysoká 5	Nízký 2	Střední 4	Vysoký 8	
Nedostatek financí	x				x		4
Neschválení projektu	x					x	8
Časové zpoždění projektu	x			x			2
Navýšení nákladů	x				x		4
Nekvalitní dodavatelé	x				x		4
Zásah vyšší moci	x					x	8

Při porovnání variant je patrné, že varianta přestavby stravovacího provozu ve stávající budově s sebou nese více identifikovaných rizik a také závažnost dopadu rizik je vyšší z důvodu ohrožení zajištění dodávky kvalitní stravy pro pacienty a zaměstnance.

7.5.4 Multikriteriální analýza

K rozhodování mezi oběma variantami řešení přestavby stravovacího provozu a hledání výhodnější varianty je využita metoda multikriteriální analýzy. Rozhodovací analýzy jsou nástrojem, který pomáhá vybrat z navrhovaných variant. Předpokladem použití multikriteriální analýzy je větší počet kritérií, která jsou do rozhodování zahrnuta. Kritéria znamenají hlediska, dle kterých jsou varianty posuzovány. První krok analýzy obsahoval identifikaci

dvou alternativ projektového řešení: rekonstrukce stávající budovy stravovacího provozu a stavba nové budovy stravovacího provozu. Dále bylo stanoveno devět kritérií zahrnutých do rozhodování.

- Kritérium K1: cena projektu. Levnější varianta je předpokládána jako výhodnější.
- Kritérium K2: čas potřebný k realizaci projektu. Kratší čas realizace je preferován.
- Kritérium K3: dispoziční uspořádání. Kritérium zahrnuje volnost v řešení prostorových dispozic, možnost volit velikost místností a návaznost místností podle potřeby. Preferována je možnost dispozičního řešení bez značného omezení prostorem.
- Kritérium K4: potřeba výtahu. Nevyhnutelnost používat výtah při pracovních procesech přináší trvalé náklady na provoz, údržbu a případné opravy. Výhodnější se jeví možnost nepoužívat výtah, což by splňovala jednopodlažní budova.
- Kritérium K5: samostatný vstup pro zaměstnance provozu. Preferována je varianta uvažující samostatný vstup pracovníků stravovacího provozu do objektu.
- Kritérium K6: ústavní jídelna zaměstnanců nemocnice v budově provozu. Ústavní jídelna jako součást celého objektu stravování je výhodnějším řešením, než jídelna mimo budovu, kde obědy budou muset být dováženy a obsluha docházet.
- Kritérium K7: vzdálenost od centra areálu nemocnice. Rozdílná vzdálenost budovy stravovacího provozu v obou alternativách od centrální části nemocnice ovlivní řadu provozních činností, mimo jiné i dobu rozvozu stravy. Čím menší je vzdálenost k ostatním nemocničním pavilonům, tím výhodnější je varianta pro toto kritérium.
- Kritérium K8: dopad průběhu realizace projektu na zajištění kvality poskytované služby, na spokojenost strávníků. Preferováno je plynulé zajištění dodávky stravovací služby bez citelných změn, které by znamenaly omezení pro strávníky v průběhu přestavby stravovacího provozu.
- Kritérium K9: dopad průběhu realizace projektu na zaměstnance stravovacího provozu. Méně výhodná se jeví varianta, při níž by bylo potřebné v průběhu realizace přestavby provozu zřídit provizorní prostory náhradního pracoviště zaměstnanců popisovaného provozu a snížit počty pracovníků stravovacího provozu.

Jednotlivým kritériím K1–K9 byly metodou párového hodnocení přiděleny váhy. Při větším množství kritérií je výhodné srovnávat navzájem pouze dvě, o kterých lze snáze rozhodnout, které je důležitější. Možnost pro vyhodnocení těchto srovnání poskytuje tzv. Fullerův trojúhelník, za předpokladu, že jednotlivá kritéria jsou pevně očíslována pořado-

vými čísly 1, 2,…,n. Systém využití Fullerovy metody, tvořené dvojřádky, kde v horním řádku je jedno kritérium, které se porovnává s ostatními kritérii ve spodním řádku, předkládá následující tabulka (Tab. 22). Preferované kritérium je tučně zvýrazněno.

Tab. 22. Fullerův trojúhelník (vlastní zpracování).

K1	K1	K1	**K1**	**K1**	K1	K1	**K1**
K2	**K3**	**K4**	K5	K6	**K7**	**K8**	K9
K2	K2	**K2**	**K2**	K2	K2	**K2**	
K3	**K4**	K5	K6	**K7**	**K8**	K9	
K3	**K3**	**K3**	K3	K3	**K3**		
K4	K5	K6	**K7**	**K8**	K9		
K4	K4	K4	K4	K4			
K5	**K6**	**K7**	**K8**	**K9**			
K5	K5	K5	K5				
K6	**K7**	**K8**	**K9**				
K6	K6	K6					
K7	**K8**	**K9**					
K7	**K7**						
K8	K9						
K8							
K9							

Dále byl vyhodnocen počet získaných preferencí. Pro každé kritérium bylo spočítáno, kolikrát je označené jako preferované před jiným kritériem. Počet preferencí pro každé kritérium byl vydělen počtem všech porovnávání (36), tím byly získány váhy kritérií.

Z uvedené tabulky (Tab. 23) je zřejmé, že nejvýznamnějším kritériem jsou kritéria K8 (dopad na kvalitu služby), K7 (vzdálenost) a K3 (dispoziční uspořádání), sestupně dále pak K1 (cena), K2 (čas) a K9 (dopad na zaměstnance). Zbylá kritéria K4 (výtah), K6 (jídelna v objektu) a K5 (samostatný vstup) jsou méně důležitá, protože získala malou váhu.

Tab. 23. Váhy kritérií určené metodou párového hodnocení (vlastní zpracování).

Kritérium	Preference	Váha (preference/36)
K1	4	0,11
K2	3	0,08
K3	6	0,17
K4	2	0,06
K5	1	0,03
K6	2	0,06
K7	7	0,19
K8	8	0,22
K9	3	0,08
Celkem	36	1

Variantám bylo postupně podle všech kritérií přiděleno pořadí od méně výhodné po výhodnější a jejich postupné očíslování přirozenými čísly 1, 2. V případě analyzovaných dvou variant byla alternativa méně výhodná ohodnocena číslem nižším (1) a varianta výhodnější číslem vyšším (2). Výsledky výhodnosti jednotlivých variant je možno porovnat v tabulce níže (Tab. 24).

Tab. 24. Určení pořadí alternativ (vlastní zpracování).

Alternativy	Kritérium a váha kritéria									Součet
	K1 0,11	K2 0,08	K3 0,17	K4 0,06	K5 0,03	K6 0,06	K7 0,19	K8 0,22	K9 0,08	
Rekonstrukce staré budovy	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1,33
Stavba nové budovy	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1,67

Výsledky k porovnání variant byly získány jako součty součinů odhodnocení alternativ v jednotlivých kritériích a vah těchto kritérií. Tzn. alternativa rekonstrukce staré budovy (0,11 + 0,16 + 0,17 + 0,06 + 0,03 + 0,12 + 0,38 + 0,22 + 0,08 = 1,33) a alternativa stavby nové budovy (0,22 + 0,08 + 0,34 + 0,12 + 0,06 + 0,06 + 0,19 + 0,44 + 0,16 = 1,67). Ohod-

nocení 1 nebo 2 v řádcích alternativ projektového řešení u každého kritéria je vynásobeno váhou, která byla tomuto kritériu metodou Fullerova trojúhelníku přidělena. Pro každou alternativu jsou všechny takové násobky sečteny a výsledek je uveden ve sloupci Součet. Jestliže bylo určeno, že výhodnější alternativa bude hodnocena vyšším číslem, lepší alternativa projektového řešení se nachází na řádku, který má v posledním sloupci tabulky vyšší hodnocení. Vyšší ohodnocení získala varianta výstavby stravovacího provozu v nové budově, tato varianta je multikriteriální analýzou vyhodnocena jako výhodnější.

7.6 Zhodnocení projektu z hlediska jeho implementace do praxe

Ke zhodnocení projektu z hlediska jeho implementace do praxe se vyjádřil náměstek hospodářsko-technické služby, jemuž byl výsledný projekt předložen. Náměstek hospodářsko-technické služby koordinuje činnost celého úseku, jsou mu podřízeni vedoucí jednotlivých oddělení a úseků, tedy i stravovacího provozu. Součástí těchto činností je i příprava a realizace technických řešení, úprav, oprav a rekonstrukcí staveb, technologických celků, strojů a zařízení od projektové dokumentace přes povolovací dokumenty orgánů státní správy až po uvedení do provozu tak, aby byly splněny technické, hygienické a bezpečnostní normy a předpisy za účelem udržení provozuschopnosti nemocnice.

Náměstek hospodářsko-technické služby vyhodnotil alternativy řešení jako reálné a výsledný projekt přestavby stravovacího provozu Psychiatrické nemocnice v Kroměříži v porovnání s finančními možnostmi nemocnice, jako realizovatelný. Posoudit bylo třeba, zda je možné výstavbu stravovacího provozu ekonomicky zvládnout a v jakém časovém horizontu. Při schválení finančních dotací k projektovému zpracování odbornou firmou se navrhovaná varianta dopracuje do všech podrobností a je možno přistoupit k jejímu praktickému zavádění. Projekt nového stravovacího provozu splňuje legislativní požadavky, přináší úsporu manuální práce, je energeticky úspornější, zabezpečuje dobré pracovní podmínky, s navrhovaným dispozičním a technologickým řešením provozu lze uspokojit stravovací potřeby a požadavky pacientů a docílit jejich spokojenost s kvalitou poskytované služby.

ZÁVĚR

Kvalita poskytovaných služeb, její zjišťování a kontinuální zvyšování se stává prioritou. Posláním zdravotnických institucí je poskytovat kvalitní, účinnou, hospodárnou a vysoce odbornou péči o pacienty. Za tímto účelem je nutné vytvářet prostředí, v němž lze takovéto cíle uskutečňovat.

Cílem diplomové práce bylo vypracování projektu přestavby stravovacího provozu Psychiatrické nemocnice Kroměříž, projektu, který odpovídá na otázky jak, kde a za kolik vytvořit prostředí a odpovídající pracovní podmínky zaměstnancům stravovacího provozu, jejichž pracovním cílem je poskytování kvalitní služby a spokojený pacient.

Diplomová práce nabízí dvě možnosti řešení havarijního stavu budovy stravovacího provozu, se závěrečným vyhodnocením vhodnější varianty. Ani jedna z navrhovaných alternativ není perfektní, každá má své přednosti a nedostatky. Obě alternativy však splňují předpoklady moderního stravovacího zařízení, schopné vyhovět měnícím se stravovacím potřebám a zvyklostem strávníků a garantující bezpečný systém poskytování stravy.

Jak vyznívá z úvodního citátu, o kvalitu je třeba soustavně pečovat, realizace projektu přinese nové výzvy a příležitosti na změny, zaměstnance v novém prostředí bude třeba podporovat, aby o své práci přemýšleli a přicházeli s nápady, jak práci zlepšit, zjednodušit, zkvalitnit. Dotazníkovým šetřením stravovacího provozu bude nadále pravidelně monitorována spokojenost pacientů s podávanou stravou. Spokojenost pacientů je jedním z důležitých ukazatelů kvality zdravotnických služeb. Jak míra celkové spokojenosti, tak spokojenost v jednotlivých dílčích oblastech péče, jsou důležitými a užitečnými informacemi o situaci v daném zařízení. Výsledky sledování spokojenosti pacientů jsou dobrou zpětnou vazbou pro personál i management zařízení. Vedení stravovacího provozu bude získané informace využívat jako vhodný zdroj podnětů pro zlepšování kvality péče.

Při zpracování diplomové práce bylo respektováno Zadání diplomové práce a uvedené Zásady pro vypracování. Teoretické poznatky se staly východiskem ke konkrétním analýzám. Na základě analýz byl identifikován problém, jehož projektové řešení směřující ke zvyšování kvality a bezpečnosti poskytované zdravotní péče lze uplatnit v praxi. Cíl práce byl naplněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTÁK, Jan, 2007. *Personální management v procesu změn*. Praha: Univerzita J. A. Komenského, 228 s. ISBN 978-80-86723-28-0.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Helena HNILICOVÁ, 2000. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: IDV PZ, 118 s. ISBN 80-7013-311-2.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetřovatelství.* 2. vydání, přepracované a dopln. Brno: NCO NZO, 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.

BENNETT, J. Michael a Danny HO, 2014. *Project management for engineers*. Singapore: World Scientific, 379 s. ISBN 978-981-4447-92-8.

DOBERSKÝ, Přemysl, Róbert ŠIMONČIČ a Andrej BUČKO a kol., 1983. *Dietní systém pro nemocnice I*. Martin: Osveta, 488 s. 70-104-83.

DOLANSKÝ, Václav, Vladimír MĚKOTA a Vladimír NĚMEC, 1996. *Projektový management*. Praha: Grada, 372 s. ISBN 80-7169-287-5.

DOLEŽAL, Jan, 2016. *Projektový management: komplexně, prakticky a podle světových standardů*. Praha: Grada, 424 s. ISBN 978-80-247-5620-2.

DOLEŽAL, Jan, Pavel MÁCHAL a Branislav LACKO, 2009. *Projektový management podle IPMA*. Praha: Grada, 507 s. ISBN 978-80-247-2848-3.

DONĚK, Emanuel, 1999. *Kroměřížská psychiatrická léčebna v průběhu devíti desetiletí.* Kroměříž: Psychiatrická léčebna k příležitosti 90. výročí založení ústavu. 125 s.

FERJENČÍK, Ján, 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši.* 2. vydání. Praha: Portál, 256 s. ISBN 978-80-7367-815-9.

FRESHWATER, Dawn a Veronica BISHOP, 2004. *Nursing research in context, appreciation, application and professional development*. Bristol, 209 s. ISBN 0-333-99354-3.

GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví.* Brno: Computer Press, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

HENDL, Jan, 2004. *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál, 584 s. ISBN 80-7178-820-1.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

JANIŠOVÁ Dana a Mirko KŘIVÁNEK, 2013. *Velká kniha o řízení firmy*. Praha: Grada, 400 s. ISBN 978-80-247-4337-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

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

MÁCHAL, Pavel, Martina KOPEČKOVÁ a Radmila PRESOVÁ, 2015. *Světové standardy projektového řízení pro malé a střední firmy*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-5321-8.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MURDOCK, Andrea a Barbara GRIFFIN, 2013. How is patient education linked to patient satisfaction? *Nursing*. **43**/6, 43–44. ISSN 0360-4039.

PELOUŠEK, Jan, 2000. *Technické vybavení provozů společného stravování I*. Vyškov: Vojenská škola pozemního vojska. 179 s.

POLIT, Denise F. a Cheryl Tatano BECK, 2006. *Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 554 s. ISBN 0-7817-4972-7.

ROSENAU, Milton D., 2010. *Řízení projektů: příprava, plánování, načasování a zahájení, řízení lidských zdrojů, provádíme změny, vyhodnocení úspěšnosti*. 3. vydání. Brno: Computer Press, 344 s. ISBN 978-80-251-1506-0.

SVOBODOVÁ, Dita, 2012. Zavádění a udržování kvality a bezpečí zdravotní péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR. *Florence*. **IX**/6, 28–34. ISSN 1801-464X.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha: Advent – Orion, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

TASHAKKORI, Abbas a Charles TEDDLIE, 2003. *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. London: Library of Congres Cataloging, 768 s. ISBN 0-7619-2073-0.

VLČEK, Radim, 2011. *Strategie hodnotových inovací: tvorba, rozvoj a měřitelnost inovací.* Praha: Professional Publishing, 196 s. ISBN 978-80-7431-048-5.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: *Portál veřejné správy* [online]. [cit. 2017-02-27]. Dostupné z: https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content

ČESKÉ STAVEBNÍ STANDARDY, 2017.*Cenové ukazatele ve stavebnictví pro rok 2017*. [online]. [cit. 2017-03-24]. Dostupné z: http://www.stavebnistandardy.cz/doc/ceny/thu_2017.html

EVROPSKÁ UNIE, 2004. Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 852/2004 ze dne 29. dubna 2004 o hygieně potravin. In: *Portál Eur-Lex* [online]. [cit. 2017-02-27]. Dostupné z: http://eur-lex.europa.eu/search.html?qid=1488204736714&text=852/2004&scope=EURLEX&type=quick&lang=cs

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, ©2010. *Sledování spokojenosti pacientů*. [online]. [cit. 2017-02-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/sledovani-spokojenosti-pacientu_7503_2900_29.html

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE V KROMĚŘÍŽI, ©2012a. *Naše nemocnice.* [online]. [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: http://www.pnkm.cz/cs/nase-lecebna/vize--poslani-a-motto-pn-kromeriz

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE V KROMĚŘÍŽI, ©2012b. *Naše nemocnice.* [online]. [cit. 2017-02-27]. Dostupné z: http://www.pnkm.cz/cs/oddeleni-lecebny

KALINA, Jiří, 2014. *Správným směrem*. [online]. [cit. 2017-02-20]. Dostupné z: http://spravnym.smerem.cz/Tema/Multikriteri%C3%A1ln%C3%AD%20anal%C3%BDza

KHS Zlín, ©2015. *Krajská hygienická stanice Zlínského kraje – legislativa.* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http:// www.khszlin.cz/24924-legislativa

MAPY. CZ, ©1996–2017 Seznam.cz, a. s. *Běžné mapy* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: https://mapy.cz/zakladni?x=17.3746825&y=49.2937586&z=17&source=firm&id=232064

OSTATNÍ ZDROJE

INTERNÍ ZDROJ, 2013a. *Standard č. 51 Program zvyšování kvality a bezpečí.*

INTERNÍ ZDROJ, 2013b. *Standard č. 31 Sledování spokojenosti pacientů.*

INTERNÍ ZDROJ, 2014. *Rekonstrukce objektu č. 29 – kuchyň PN v Kroměříži*.

INTERNÍ ZDROJ, 2016. *Rozvojová studie areálu Psychiatrické nemocnice v Kroměříži*.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

abs.	absolutní
aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
A4	formát papíru 210 x 297 mm
BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
cca	přibližně
č.	číslo
č.j.	číslo jednací
čet.	četnost
ČR	Česká republika
ČSN	Česká technická norma
ČSR	Česká socialistická republika
DPH	daň z přidané hodnoty
EP	Evropský parlament
ES	Evropské společenství
GN	gastronádoba
HACCP	analýza nebezpečí a kritické kontrolní body
ISO	Mezinárodní organizace pro standardizaci
IT	Information Technology
JCAHO	Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení
JCIA	Mezinárodní společná akreditační komise
Kč	Koruna česká
KHS	Krajská hygienická stanice

kol.	kolektiv
ks	kus
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
např.	například
NP	nadzemní podlaží
obr.	obrázek
odst.	odstavec
PNKM	Psychiatrická nemocnice v Kroměříži
popř.	popřípadě
PO	požární ochrana
PP	podzemní podlaží
r.	rok
rejstř.	rejstřík
rel.	relativní
resp.	respektive
s.	strana
SAK	Spojená akreditační komise
Sb.	Sbírka (zákonů)
SMART	technika k definování cílů
SWOT	analýza silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb
tab.	tabulka
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný
UNIV 2 KRAJE	národní projekt Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy
USA	Spojené státy americké
UTB	Univerzita Tomáše Bati

SEZNAM GRAFŮ A OBRÁZKŮ

Graf 1. Porovnání celkové spokojenosti se stravováním v PNKM v letech 2013–2016….54

Obr. 1. Budova stravovacího provozu PNKM…….....68

Obr. 2. Mapa areálu Psychiatrické nemocnice v Kroměříži…….84

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Výsledky spokojenosti pacientů s kvalitou jídla dle ústavního Dotazníku spokojenosti s léčbou, z let 2013–2016……..……49

Tab. 2. Návratnost dotazníků stravovacího provozu v letech 2013–2016……...…50

Tab. 3. Vyhodnocení otázky: "Jak jste spokojen/a s velikostí porcí?" v letech 2013–2016…….……51

Tab. 4. Vyhodnocení otázky: "Jak jste spokojen/a s chutí pokrmů?" v letech 2013–2016……...……...51

Tab. 5. Vyhodnocení otázky: "Jak jste spokojen/a s pestrostí stravy?" v letech 2013–2016……..52

Tab. 6. Vyhodnocení otázky: "Jak jste spokojen/a s teplotou pokrmů?" v letech 2013–2016……..…52

Tab. 7. Vyhodnocení otázky: "Jak jste spokojen/a se způsobem servírování?" v letech 2013–2016……...……..…….……..53

Tab. 8. Vyhodnocení otázky: "Jak jste spokojen/a s prostředím jídelny?" v letech 2013–2016…….….53

Tab. 9. Vyhodnocení otázky: "Jak jste spokojen/a s dobou podávání jídla?" v letech 2013–2016……..54

Tab. 10. Odpovědi na otázku: „Víte, jako dietu máte předepsanou?" v porovnání let 2013–2016……...……...……55

Tab. 11. Počet obědů pro pacienty PNKM v letech 2013–2016……..……56

Tab. 12. Počet vegetariánských obědů a počet obědů speciální geriatrické diety v letech 2013–2016…….……..……....57

Tab. 13. Náklady na přestavbu stravovacího provozu ve stávající budově…….……91

Tab. 14. Náklady na výstavbu stravovacího provozu v nové budově…….…….91

Tab. 15. Časová analýza přestavby stravovacího provozu ve stávající budově…….……..93

Tab. 16. Harmonogram přestavby stravovacího provozu ve stávající budově……94

Tab. 17. Časová analýza výstavby stravovacího provozu v nové budově……..…….95

Tab. 18. Harmonogram výstavby nové budovy stravovacího provozu……..…..95

Tab. 19. Matice pro určení hodnoty rizika……..….96

Tab. 20. Analýza rizik projektu přestavby stravovacího provozu ve stávající budově…....97

Tab. 21. Analýza rizik projektu výstavby nové budovy stravovacího provozu…..……...100

Tab. 22. Fullerův trojúhelník……..…102

Tab. 23. Váhy kritérií určené metodou párového hodnocení.……103

Tab. 24. Určení pořadí alternativ……...…….103

SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník spokojenosti pacientů se stravováním

P II Počty obědů pro pacienty podle diet, srovnání v letech 2013–2016

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK SPOKOJENOSTI PACIENTŮ SE STRAVOVÁNÍM

PNKM

Rok 2016

DOTAZNÍK PRO PACIENTY
PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE V KROMĚŘÍŽI

CHUTNÁ VÁM U NÁS?

Vážená paní, vážený pane,
prosíme Vás o vyplnění tohoto dotazníku. Zajímá nás, jak jste spokojeni s podávanou stravou. Vaše názory jsou pro nás velmi cenné. Získané informace využijeme ke zlepšování kvality služeb v našem zařízení. Dotazník je anonymní.

U každé otázky zaznačte, prosím, jednu odpověď.

1. Jak jste spokojen/a

	velmi spokojen/a	spíše spokojen/a	tak napůl	spíše nespokojen/a	velmi nespokojen/a
s velikostí porcí					
s chutí pokrmů					
s pestrostí stravy					
s teplotou pokrmů					
se způsobem servírování					
s prostředím jídelny					
s dobou podávání jídla					

2. Máte na oddělení k dispozici aktuální jídelníček ? ☐ano ☐občas ☐ne

3. Víte, jakou dietu máte předepsanou? ☐ano ☐ne
Při odpovědi „ano“ napište, jakou dietu máte. Dieta:

4. Znáte pravidla Vaší diety? Co smíte jíst, a co ne? ☐ano ☐částečně ☐ne

5. Víte, jakým způsobem kontaktovat nutriční terapeutku při případných dotazech k Vaší dietě a stravování?
☐ano ☐ne

Obraťte, prosím.

6. Podle čeho posuzujete velikost porce? ☐dle pocitu sytosti ☐dle zvyklostí z domova
☐srovnáním s jinými jídelnami ☐znám Vaše normy
☐jiná odpověď .....

7. Máte v průběhu dne dostatek čaje, popř. jiných nápojů? ☐ano ☐ne ☐někdy ano, někdy ne

8. Pokud máte z náboženských či etnických důvodů speciální jídelní požadavky, např. vyloučení některých potravin, jsou Vaše požadavky zohledněny?

☐ano ☐ne ☐nemám žádné speciální požadavky

9. Upřednostňujete „bezmasé" pátky?

☐ano ☐ne ☐je mi to jedno

10. Vaše další připomínky k poskytované stravě:

Nyní několik otázek k Vaší osobě:

11. Jste muž nebo žena? ☐muž ☐žena

12. Jaký je Váš věk? ☐do 30 let ☐31-50 let ☐51-70 let ☐nad 70 let

13. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? ☐základní bez vyučení ☐vyučení bez maturity ☐maturita ☐vysokoškolské

Vyplněný dotazník, prosím, vhoďte do označené schránky na oddělení.

Děkujeme za ochotu a Váš čas věnovaný vyplnění.
Stravovací provoz PN KM

PŘÍLOHA P II: POČTY OBĚDŮ PRO PACIENTY PODLE DIET, SROVNÁNÍ V LETECH 2013–2016

Vlastní zpracování

Dieta	Rok 2013		Rok 2014		Rok 2015		Rok 2016	
	abs. čet.	rel. čet.	abs. čet.	rel. čet.	abs. čet.	rel. čet.	abs. čet.	rel. čet.
BLP	1059	0,33 %	1114	0,33 %	1122	0,34 %	1031	0,32 %
14S	123	0,04 %	157	0,05 %	193	0,06 %	492	0,15 %
0	1314	0,41 %	1417	0,42 %	1502	0,46 %	1436	0,45 %
1	2836	0,89 %	1511	0,45 %	1736	0,54 %	1657	0,52 %
2, 5	43589	13,6 %	48279	14,43 %	46525	14,45 %	42342	13,2 %
4	3347	1,05 %	3215	0,96 %	2479	0,77 %	1844	0,57 %
9S	7650	2,39 %	6389	1,91 %	5553	1,73 %	6747	2,1 %
14	9853	3,07 %	7610	2,27 %	8171	2,53 %	6200	1,93 %
VEG	2426	0,76 %	2716	0,81 %	3808	1,18 %	4268	1,33 %
8	3664	1,14 %	4242	1,26 %	4269	1,33 %	3921	1,22 %
9	54699	17,07 %	60270	18,02 %	55156	17,14 %	53237	16,59 %
3, 15	159654	49,82 %	167457	50,06 %	160537	49,88 %	166762	51,97 %
11	3885	1,21 %	4403	1,32 %	5136	1,6 %	3993	1,24 %
13	25541	7,97 %	24537	7,34 %	24300	7,55 %	25825	8,05 %
BML	333	0,1 %	305	0,09 %	631	0,2 %	383	0,12 %
16	124	0,04 %	185	0,06 %	0	0	67	0,03 %
6	230	0,07 %	122	0,04 %	11	0,01 %	191	0,06 %
BPR	118	0,04 %	588	0,18 %	726	0,23 %	478	0,15 %
celkem	320445	100 %	334517	100 %	321855	100 %	320874	100 %

Značení diet: BLP – bezlepková, 14S – geriatrická speciální, 0 – dieta tekutá, 1 – šetřící kašovitá, 2 – šetřící, 5 – s omezením zbytků, 4 – s omezením tuků, 9S – diabetická šetřící, 14 – geriatrická šetřící, VEG – vegetariánská, 8 – redukční, 9 – diabetická, 3 - racionální, 15 – geriatrická racionální, 11 – výživná, 13 – strava větších dětí, BML - bezlaktózová, 16 – individuální, 6 – s omezením bílkovin, BPR – s omezením purinových látek.