

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Vliv akreditace na pacienta**

Bakalářská práce

Autor práce: Lucie Krasničanová

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2013

## **Abstrakt**

### **Název bakalářské práce: Vliv akreditace na pacienta**

#### **Základní teoretická východiska**

V současné době je akreditace nemocnic velmi aktuálním tématem. Během posledních let došlo ke změně životního stylu společnosti. Prohloubení poznatků, vývoj v medicíně a uplatnění nejmodernějších postupů způsobuje stále více, že léčba onemocnění je nákladnější a klade vyšší nároky na odbornost, kvalitu a bezpečnost péče. V rámci poskytovaných služeb roste počet pacientů, kteří vyhledávají kvalitnější zdravotnická zařízení s nabídkou odbornější péče. Pro pacienta je rozpoznání kvality zdravotnického zařízení poměrně obtížné. Základním vodítkem pro pacienta je informace o tom, zda je zdravotnické zařízení akreditováno. Akreditace nemocnice je pro pacienta zárukou, že postupy používané v nemocnici splňují předepsané standardy. Standardizace péče zaručuje jednotný přístup k pacientovi a vede k bezpečnější a kvalitnější péči.

#### **Cíle práce**

- Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem mají vybrané nemocnice zaveden „Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb v nemocnici s akreditací (JCI)“?
- Cíl 2: Prozkoumat vliv akreditace (JCI) na pacienta, jeho spokojenost a úroveň zpětné vazby.
- Cíl 3: Definovat přínos akreditace v nemocnici s JCI vůči zařízení bez JCI z pohledu pacienta.

#### **Výzkumné otázky**

- 1) Jak pacient vnímá úroveň péče, její dostupnost a kontinuitu v zařízení s akreditací?
- 2) Jak pacient vnímá komplexní péči týmu odborně vzdělaného personálu (lékařů, všeobecných sester, edukačních sester, nutričních terapeutů)?

- 3) Jak pacient hodnotí informovanost o veškeré péči související s jeho zdravím v průběhu hospitalizace?
- 4) Jaký rozdíl v péči spatřuje pacient v nemocnici s akreditací vůči jinému zařízení bez ní?

### **Metodika**

K získání potřebných informací bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření, použita technika metody dotazování s technikou polostrukturovaného rozhovoru na předem připravený okruh otázek. Rozhovory byly nahrány na diktafon a následně přepisovány. Osloveno bylo celkem 6 pacientů hospitalizovaných v Nemocnici Na Homolce. O výzkumu bylo informováno vedení nemocnice písemnou formou. Výzkum byl realizován od ledna do dubna 2013. Respondenti byli kontaktováni osobně.

### **Výsledky**

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že pacienty vnímaná ošetrovatelská péče byla na velmi dobré úrovni. Dva pacienti v rozhovorech uvedli, že se o ně sestry staraly funkční metodou ošetrovatelské péče, ačkoliv akreditace JCI požaduje poskytování komplexní ošetrovatelské péče. Dále dotázaní pacienti uvedli, že péče dle jejich potřeb byla dostupná jak z hlediska časového, tak organizačního a v rámci kontinuity byli pacienti s vyšetřeními spokojeni. Nikde zbytečně nečekali, byli přijati na čas a spolupráce v rámci ošetrovatelského týmu fungovala dobře.

Pacienti se během hospitalizace setkali s multidisciplinárním týmem a spolupráce pro ně měla význam zejména v uspokojování potřeb v rámci ošetrovatelského procesu, pacienti zejména oceňovali práci psychologa. Z výzkumu vyplynulo, že by bylo vhodné do ošetrovatelské péče více zapojit blízké nemocného, jelikož veškeré informace o zdravotním stavu sdělovali pacienti svým blízkým sami, bez účasti zdravotnického týmu.

Informovanost vnímali pacienti jako dostatečnou. Z výzkumu vyplynulo, že sestry informace pacientům podaly, ale neověřily si v procesu komunikace, zda pacienti všemu dobře porozuměli.

Rozdílly si v poskytované péči, oproti předchozí hospitalizaci v nemocnici bez akreditace, uvědomovali čtyři pacienti.

## **Závěr**

Z rozhovorů vyplynulo, že pacientům byla během hospitalizace v akreditované nemocnici JCI poskytována ošetrovatelská péče dle celkové nebo funkční metody. Péče byla dle potřeb pacientů dostupná z hlediska časového i organizačního. V jediném případě nebylo zajištěno lůžko. Situace se vyřešila dohodou personálu s pacientem.

Důležitou součástí příjmu pacienta do akreditované nemocnice bylo představení se personálu pacientům, který tak učinil, vyjma jednoho pacienta. Dále se všichni pacienti shodli, že je lékař na oddělení denně navštěvoval. Spolupráce multidisciplinárního týmu dle pacientů fungovala, zejména oceňovali práci psychologa. Během hospitalizace se všichni pacienti setkali s informovaným souhlasem.

Rozdílly v péči pacienti spatřovali v bezpečnostních opatřeních a z hlediska dostupnosti z rozhovorů vyplynulo, že se dva respondenti setkali s dlouhou čekací lhůtou na plánovanou operaci v neakreditované nemocnici. Úroveň poskytované ošetrovatelské péče hodnotili pacienti pozitivně. Jedna pacientka uvedla porovnání péče se Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze a popsala blíže průběh hospitalizace.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že většina pacientů si uvědomovala rozdílly v poskytované péči. Vliv má jistě i vzdělanost sester v komunikaci s nemocným, kdy bylo shledáno, že je potřeba komunikaci více rozvinout.

Výsledky šetření této bakalářské práce budou poskytnuty akreditované nemocnici, ve které bylo uskutečněno výzkumné šetření.

Výstupem bakalářské práce je návrh praktického semináře pro sestry, který by měl obsahovat základní informace o efektivní komunikaci s nemocným zaměřený zejména na zpětnou vazbu.

**Klíčová slova: pacient, akreditace, ošetrovatelská péče, komunikace, multidisciplinární tým**

## **Abstract**

### **Title of the bachelor's thesis: Influence of accreditation on patient**

#### **Basic theoretical background**

Nowadays the accreditation of hospitals is very current topic. During the last years there has been a change in the way of life of society. More knowledge, development in medicine and application of the most modern procedures causes more and more that illness treatment is more expensive and it places higher demands on speciality, quality and safety of care. Within the provided services, the number of patients seeking higher quality medical facilities with specialist care rises. It is quite difficult to recognise the quality of medical facility for patient. The basic lead for patient is the information about accreditation of the medical facility. The accreditation of the hospital is guarantee for patient that procedures used in the hospital comply with the prescribed standards. Standardization of care provides a unified approach to the patient and leads to safer and higher quality care.

#### **Thesis objectives**

- Objective 1: To find out how the selected hospitals introduce "Program of improving the quality and safety of the services provided in a hospital accredited (JCI)"
- Objective 2: To explore the impact of accreditation (JCI) on patient satisfaction and quality of feedback.
- Objective 3: To define the benefits of accreditation at the hospital with JCI against the facility without JCI from the patient's perspective.

#### **Research questions**

- 1) How does patient perceive the level of care, its accessibility and continuity in the accredited facility?

- 2) How does patient perceive the complex care of team of trained personnel (doctors, nurses, educational nurses, nutritional therapists)?
- 3) How does patient evaluate the awareness about all care related to his/her health during hospitalization?
- 4) What difference in care is there for patient at the hospital with accreditation from the other facility without it?

### **Methodology**

To obtain the necessary information, a qualitative research was carried out and the methods of questioning with the technique of semi-structured interview on a pre-prepared set of questions were used. The interviews were recorded on a tape recorder and subsequently transcribed. A total of 6 patients hospitalized in Hospital Na Homolce were interviewed. The hospital management was informed about the research in writing. The research was realised from January to April 2013. The respondents were contacted in person.

### **Results**

The results of the survey showed that the patients' perceived nursing care was very good. Two patients said in the interviews that the nurses took care about them by functional method of nursing care, although JCI accreditation requires provision of the complex nursing care. In addition, the interviewed patients reported that care according to their needs was available in terms of both time and organization and within the continuity the patients were satisfied with their examinations. They didn't wait anywhere unnecessarily, they were accepted in time and the cooperation within the nursing team worked well.

The patients met with a multidisciplinary team during hospitalization and the cooperation had meaning for them especially in satisfying of their needs within the nursing process, the patients particularly appreciated the work of a psychologist. The research showed that it would be appropriate to involve close people of the patient to

nursing care more, because the patients gave out all information about health condition to their close people themselves, without the participation of the health care team.

The patients perceived their awareness as sufficient. The research showed that nurses gave information out to the patients, but they didn't verify in the process of communication, whether the patients had understood everything well.

Four patients were aware the differences in the provided care from the previous hospitalisation at the hospital without accreditation.

## **Conclusion**

The interviews revealed that the patients were provided by nursing care according to general or functional method during the hospitalisation in JCI accredited hospital. The care was available according to the patients' needs in terms of time and organisation. In one case a bed wasn't arranged. The situation was resolved by agreement of staff with the patient.

An important part of patient admission to the accredited hospital was staff presentation to patients, which was done, except for one patient. Furthermore, all patients agreed that a physician in the department had attended them every day. The cooperation of the multidisciplinary team worked well according to the patients. They particularly appreciated the work of a psychologist. All patients met with informed consent during their hospitalisation.

Patients saw differences in the care in the security measures and in terms of availability, the interviews revealed that two respondents had experienced a long waiting time to scheduled surgery at a hospital without accreditation. The patients evaluated positively the level of provided nursing care. One patient compared the care with the "Všeobecná fakultní nemocnice v Praze" and described the process of hospitalisation in more details.

The results of the survey show that most of patients were aware of the differences in provided care. There is surely an influence of education of the nurses in the communication with patients, when was found out that it is needed to develop the communication more.

The results of this bachelor's thesis will be provided to the accredited hospital where the research was carried out.

The output of this thesis is a proposal of practical seminar for nurses, which should contain basic information about an effective communication with the patient, particularly aimed to feedback.

**Key words: patient, accreditation, nursing care, communication, multidisciplinary team**



## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2013

.....

Lucie Krasničanová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Aleně Polanové za její laskavé vedení a pomoc při zpracování této bakalářské práce. Další poděkování patří všem respondentům, díky kterým jsem mohla svůj výzkum uskutečnit. V neposlední řadě patří velký dík mé rodině, hlavně mému příteli, který mi byl po celou dobu psaní této práce velikou morální podporou a ze všech sil mi pomáhal.

## Obsah

<b>Seznam použitých zkratk</b> .....	<b>12</b>
<b>Úvod</b> .....	<b>13</b>
<b>1 Současný stav</b> .....	<b>14</b>
1.1 Akreditace a její přínos pro pacienta.....	14
1.2 Vliv akreditace na ošetrovatelství.....	15
1.3 Druhy akreditací v České republice.....	17
1.3.1 Spojená akreditační komise České republiky (SAK).....	17
1.3.2 Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations (JCAHO).....	18
1.3.3 Joint Commission International (JCI) .....	18
1.3.4 Zásady akreditace Joint Commission International.....	19
1.3.5 Mezinárodní bezpečnostní cíle .....	22
1.4 Mezinárodní akreditační standardy zaměřené na pacienty .....	24
1.4.1 Oblast standardů: dostupnost a kontinuita péče (ACC) .....	24
1.4.2 Oblast standardů: práva pacienta a jeho blízkých .....	26
1.4.3 Oblast standardů: diagnostická péče .....	27
1.4.4 Oblast standardů: terapeutická péče .....	29
1.4.5 Oblast standardů: anesteziologická a chirurgická péče .....	30
1.4.6 Oblast standardů: skladování, předepisování a podávání léčiv .....	32
1.4.7 Oblast standardů: edukace pacientů a jejich blízkých.....	32
1.5 Význam a výhody akreditace JCI a její vliv na pacienta .....	33
<b>2 Cíle práce a výzkumné otázky</b> .....	<b>34</b>
2.1 Cíle práce.....	34
2.2 Výzkumné otázky .....	34
<b>3 Metodika</b> .....	<b>35</b>
3.1 Metodika a technika šetření .....	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	35
3.3 Realizace výzkumu .....	35
<b>4 Výsledky</b> .....	<b>36</b>
4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty.....	36
<b>Diskuse</b> .....	<b>45</b>
<b>Závěr</b> .....	<b>56</b>
<b>Seznam použitých zdrojů</b> .....	<b>58</b>
<b>Seznam příloh</b> .....	<b>63</b>

## **Seznam použitých zkratk**

CRP – C- reaktivní protein

FNKV – Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

FN Motol – Fakultní nemocnice Motol

HIV – Human Immunodeficiency Virus

ICN – International council of nurses

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

JCI – Joint Commission International

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České Republiky

PET – pozitronová emisní tomografie

SAK ČR – Spojené akreditační komise ČR

SAK o.p.s. – Spojená akreditační komise, obecně prospěšná společnost

ÚVN – Ústřední vojenská nemocnice v Praze

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

WHO – World Health Organization

## Úvod

**„Může to znít podivně, když říkám, že nemocnice by především neměly pacienty poškozovat.“**

*Florence Nightingale*

Současná zdravotní péče v nemocnicích je stále více ovlivňována zvyšujícími se požadavky na kvalitnější a bezpečnější péči. Citát Florence Nightingale jsem si zvolila, protože jde o první autorku na světě, která vytvořila a publikovala teorii ošetřovatelství. F. Nightingale napsala knihu *Poznámky o ošetřovatelství*, ve které klade důraz na zdravé prostředí, v němž se musí dbát na čistý vzduch, čistou vodu, čistotu prostředí, světlo a funkční kanalizaci. Vypomáhala během Krymské války v britských vojenských lazaretech a setkala se tam s otřesnými hygienickými podmínkami, které měly za následek vysokou úmrtnost. Florence bojovala všemi prostředky, aby této katastrofě zabránila. Vypracovala díky svým schopnostem první ošetřovatelský výzkum a statisticky jej zpracovala (Pavlíková, 2006; Večeřová, Lankašová, 2011).

Hlavním úkolem této bakalářské práce je zjistit, jaký má akreditace vliv na pacienta. Práce se zabývá mezinárodní akreditací JCI. Cílem je posoudit, zda nemocnice s akreditací přináší pacientovi kvalitnější a bezpečnější péči. Slovo akreditace v překladu znamená důvěryhodné prokázání způsobilosti, kde se zdravotnické zařízení zavazuje poskytovat bezpečnou a kvalitní péči. Celosvětově stoupá zájem o akreditaci. Vliv trendů přicházejících zejména z USA a zvyšující se kvalita péče o pacienta jsou podpořeny tzv. projekty mezinárodní akreditace, konkrétně Joint Commission International (JCI), které byly v ČR uděleny několika nemocnicím. Příkladem je Nemocnice na Homolce. V teorii bakalářské práce je popisováno, co je to akreditace, jaké druhy akreditací může v České republice zdravotnické zařízení získat a co to je mezinárodní akreditace JCI. Dále jsou mapovány sledované standardy JCI ve vybrané nemocnici a posuzován jejich vliv na pacienta. Práce může přinést nový pohled na akreditaci, jakožto ukazatele certifikace, s posouzením vhodného nastavení standardů. Nemocnice mohou tuto práci dodatečně využít k náhledu a zamyšlení se nad tím, co je třeba více rozvinout nebo změnit v péči o pacienty (Joint Commission International, 2011).

# 1 Současný stav

## 1.1 Akreditace a její přínos pro pacienta

V současné době stále více pacientů vyhledává zdravotní péči, která je poskytována v akreditovaných zdravotnických zařízeních. Důvod, proč tak pacienti činí, je ten, že akreditovaná nemocnice se zavazuje na základě udělení certifikátu ke kontinuálnímu zvyšování kvality péče. Akreditovaná zdravotnická zařízení kladou důraz na kvalitní a bezpečnou péči pro pacienty. Cílem nemocnice je prohlubovat individuální přístup k pacientovi, zvyšovat jeho spokojenost a důvěru (Joint Commission International, 2011).

Význam slova akreditace pochází z latinského jazyka „credere“, což znamená důvěřovat. Ve zdravotnictví se tento pojem užívá v souvislosti s akreditací zdravotnického zařízení. V překladu lze akreditaci nemocnice chápat jako důvěryhodné prokázání způsobilosti (Brabcová, 2007).

Akreditace je rozhodnutí akreditačního orgánu, jenž potvrzuje, že příslušné zařízení postupuje v souladu s příslušnými standardy. Akreditační proces je kontinuální proces, v rámci kterého musí zdravotnické zařízení prokázat, že poskytuje bezpečnou a kvalitní péči v souladu se standardy a s doporučeními bezpečnostních cílů. Zdravotnické zařízení je hodnoceno organizacemi externího původu, většinou nestátního. Akreditace bývá zpravidla dobrovolná a poskytuje viditelný závazek hodnocenému zařízení (Joint Commission International, 2011).

Akreditace zlepšuje důvěru veřejnosti a zajišťuje bezpečné a efektivní pracovní prostředí, které přispívá ke spokojenosti zaměstnanců. Naslouchá pacientům a jejich blízkým, respektuje jejich práva a zapojuje je do procesu poskytování zdravotní péče. Vytváří kulturu, která je otevřena procesu učit se z včasného hlášení mimořádných událostí a bezpečnostních rizik. Stanovuje podmínky týmové spolupráce, klade důraz na kvalitu péče a bezpečnost pacienta na všech úrovních řízení (Joint Commission International, 2008).

## ***1.2 Vliv akreditace na ošetrovatelství***

„Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví“ (MZČR, 2004 str. 3).

Ošetrovatelství se přirozeně vyvíjelo od dob starověku. Jednalo se v začátcích o prvky opatrování a pečování. V historickém vývoji jsou známé tři základní systémy zdravotní péče, které odrážely hodnoty dané společnosti a byly úzce vázané na sociální, ekonomické, politické a náboženské organizace. Jedná se o lidový, neprofesionální systém, pečovatelský systém a oficiální, profesionální, zákonem upravený systém. Z historického hlediska všechny na sebe postupně navazují (Marková, 2012; Pohlová 2008).

Současné ošetrovatelství je charakterizováno těmito oblastmi: poskytováním aktivní ošetrovatelské péče, poskytováním individualizované péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu, poskytováním ošetrovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem, holistickým přístupem k nemocnému, preventivním charakterem péče, poskytováním péče ošetrovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků (Trachtová, 2005; Tóthová, 2000).

V akreditované nemocnici JCI je kladen důraz na poskytování péče, která plně odpovídá holistickému přístupu k nemocnému. Sestra během hospitalizace poskytuje pacientovi pomoc v uspokojování fyzických, psychických, sociálních, spirituálních potřeb a sama je i aktivně vyhledává (Dossey, Keegan, 2012; Tóthová, 2000).

Akreditace JCI požaduje po sestrách, aby ve své práci využívaly ošetrovatelský proces, který má pět fází. První fází je anamnéza (viz příloha č. 1). Druhá fáze ošetrovatelského procesu zahrnuje stanovení ošetrovatelské diagnózy. Ve třetí fázi dochází k plánování ošetrovatelské péče a k stanovení reálného cíle (viz příloha č. 2). Čtvrtou fází je realizace ošetrovatelského plánu, provádění aktivní, individualizované ošetrovatelské péče vycházející z ošetrovatelského plánu, z ordinací lékaře a z aktuálního zdravotního stavu pacienta. Vede se záznam plánovaných a provedených intervencí v jednotlivých směnách s daty a časovými údaji o četnostech intervencí (viz

příloha č. 3). Poslední fází číslo pět je hodnocení poskytované péče (viz příloha č. 4), (Gutová, Pavelková, 2007).

V oblasti poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu všeobecnou sestrou je důležité řádně vést ošetřovatelskou dokumentaci, blíže viz kapitola 1. 4. 1., obsahující údaje o stavu a vývoji individuálních potřeb a ošetřovatelských problémů pacienta. JCI má zavedený jednotný postup v poskytování ošetřovatelské péče založený na jednoduchosti, který všeobecným sestram velmi usnadňuje práci a šetří jim čas (Bezděková Iva, 2009; Mastiliaková, 2010).

Proces akreditace je v současné době nejúčinnějším nástrojem, jak dosáhnout kvalitní ošetřovatelské péče. Důležité také je, aby všichni zdravotničtí pracovníci pochopili filozofii kvality, získali sebevědomí, profesionalitu a cílevědomost. Pro ošetřovatelský personál je nezbytné pochopit, co je to kvalita. Neméně důležité je také uvědomit si význam akreditace pro odbornou práci (Somrová, Bártlová, 2012).

Kvalita nepředstavuje pouze soubor metod, technik a pracovních postupů, závisí také na faktorech, jakými jsou hodnoty, chování a postoje zaměstnanců. V moderním pojetí je kvalita vnímána jako filozofie, která je spjata s organizační kulturou. Kvalitu můžeme vyjádřit definicí podle Palmera:

„Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi.“ Kvalitu také definuje WHO, a to jako stupeň dokonalosti péče ve vztahu k úrovni znalostí a technologického rozvoje (Škrlovi, 2003).

Dalším charakteristickým rysem současného ošetřovatelství je poskytování péče ošetřovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků. V akreditované nemocnici JCI se péče účastní celé týmy jako rovnocenní partneři, a to všeobecné sestry, lékaři, nutriční terapeuti, zdravotní laboranti, fyzioterapeuti, radiologičtí asistenti (Farkašová a kol., 2006).

Příkladem kvality ošetřovatelské péče je vzájemná spolupráce multidisciplinárního týmu z hlediska každodenní organizace, efektivní a kvalitní práce. Pracovníci ošetřovatelského týmu musí mít jasně dané kompetence činností, čímž přebírají zodpovědnost, pravomoci při rozhodování a plnění daných léčebných, diagnostických a ošetřovatelských úkolů. Součástí kvalitní ošetřovatelské péče je vzájemná spolupráce



s pacientem a jeho rodinou založená na důkladném poskytování informací pacientovi a jeho blízkým (Bezděková Iva, 2010; Vybíhalová, 2012).

### ***1.3 Druhy akreditací v České republice***

Nemocnice v České republice mají v dnešní době možnost získat národní nebo mezinárodní akreditaci. Zdravotnická zařízení se tímto zavazují ke zvyšování kvality péče o pacienty a k zajištění bezpečného prostředí pro pacienty i zaměstnance. Jedním z cílů akreditace je snížit ohrožení pacientů na minimum. Nemocnice si může zvolit, o kterou akreditaci bude usilovat. Vstup je zcela dobrovolný. Součástí akreditačního procesu jsou vytvořené postupy, tzv. standardy, které vedou k přesné identifikaci pacienta, k zhodnocení jeho potřeb a k řádnému vedení dokumentace. Akreditace a její část, týkající se práv pacientů, je velmi detailní, zejména v oblasti ochranného práva na informace a v oblasti práva rozhodovat sám o sobě. (Bohatý, 2010; Papoušková, Otásková, Brabcová, 2009).

#### ***1.3.1 Spojená akreditační komise České republiky (SAK)***

Spojená akreditační komise České republiky byla založena v roce 1998 Ministerstvem zdravotnictví (dále jako SAK – ČR). V současné době se snaží zajistit porovnatelné podmínky v oblasti fyzického stavu nemocnic, v oblasti technického vybavení, ve způsobu personálního obsazení, v poskytování ošetrovatelské a léčebné péče. Cílem SAK – ČR je trvalé zvyšování kvality a poskytování bezpečné zdravotní péče. Nemocnice mohou využít poradenskou činnost nebo se informovat pomocí dokumentů a publikací, které SAK – ČR vydává. Příkladem je nové, třetí vydání akreditačních standardů pro nemocnice, jehož platná účinnost je od 1. 1. 2014. Doplněna byla kapitola o resortních bezpečnostních cílech (Marx; Vlček, 2009; Spojená akreditační komise, o. p. s., 2013).

Posláním SAK – ČR je poradenská činnost a pomoc zdravotnickým zařízením připravujících se na akreditaci. Zajišťuje a podporuje regionální i celostátní vzdělávací programy, vydává publikace zaměřené na problematiku kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů. SAK – ČR spolupracuje s dalšími státními i nestátními organizacemi, které se

zabývají zvyšováním kvality zdravotní péče a jinak kooperují s orgány státní a veřejné správy ve zdravotnictví (Spojená akreditační komise, o. p. s., 2008; Marx, 2008).

### *1.3.2 Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations (JCAHO)*

V mezinárodním měřítku je akreditační proces chápán jako efektivní nástroj hodnocení a řízení kvality poskytované péče. Poprvé byl tento proces uplatněn ve Spojených státech amerických v roce 1951, kdy byla založena nevládní, nezisková organizace Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations (JCAHO). Organizace působí po celém území USA a v současné době je JCAHO největším poskytovatelem akreditací v zemi. S postupem času a novými přístupy mělo o akreditaci zájem stále více zdravotnických zařízení v celosvětovém měřítku. JCAHO na tuto skutečnost reagovala založením dceřiné společnosti Joint Commission International (JCI) v roce 1998. Právě JCI umožňuje získávat akreditaci mimo území Spojených států amerických, tedy i v Evropě (Škrla, 2005; Škrlovi, 2003)

V České republice do současnosti získala osvědčení od JCI tato zařízení: Fakultní nemocnice v Ostravě, Masarykův onkologický ústav, Nemocnice Na Homolce, pražský Ústav hematologie a krevní transfúze (Joint Commission International, 2012).

### *1.3.3 Joint Commission International (JCI)*

Posláním JCI je zlepšit kvalitu a bezpečnost zdravotní péče v rámci mezinárodního společenství. Světoví poskytovatelé zdravotní péče udržují tempo s globalizací a uspokojují poptávku po vysoce kvalitní a dostupné péči. JCI pomáhá organizacím najít správnou cestu v těchto třech oblastech: akreditace a certifikace, vzdělávání a technická podpora. Cílem Joint Commission International je snaha přinést udržitelné výsledky, které fungují. To je důvod, proč s touto organizací spolupracuje také Světová zdravotnická organizace (WHO). JCI chápe a pomáhá uspokojit potřeby různých systémů zdravotní péče ve více než 90 zemích v Severní Americe, Evropě, na Středním Východě a v Asii. Kromě práce s jednotlivými poskytovateli spolupracuje JCI také s ministerstvy zdravotnictví, agenturami veřejného zdravotnictví a vládními agenturami (Joint Commission International, 2012; Brabcová, 2007).

JCI vychází z principů, ve kterých jsou součástí akreditačního programu standardy vypracované mezinárodní pracovní skupinou a schválené mezinárodní správní radou. Standardy vycházejí ze zásad řízení kvality, jejího kontinuálního zvyšování a z akreditačního procesu akceptujícího právní prostředí jednotlivých států, který vnímá jejich náboženské a kulturní odlišnosti. Akreditační komise je sestavena dle velikosti hodnoceného zařízení a akreditace JCI se získává na základě spolehlivého, objektivního a pravdivého hodnocení. Mezinárodní akreditační výbor vynáší konečný výrok na základě posouzení výsledku místního šetření (Joint Commission International, 2012).

#### *1.3.4 Zásady akreditace Joint Commission International*

Přihlášení k akreditaci začíná podáním žádosti o akreditační šetření v písemné či elektronické podobě. Následuje plánování akreditačního šetření a ve spolupráci se zdravotnickým zařízením stanovení termínu, ve kterém dojde k uskutečnění šetření. Se žadatelem komunikuje JCI komisí pověřený pracovník. (Joint Commission International, 2011).

Zdravotnická zařízení, která chtějí získat akreditaci JCI, musí splňovat řadu parametrů. Mezi základní podmínky patří důležitá ustanovení, jako je obecná způsobilost pro akreditační šetření, kdy o akreditaci může žádat zdravotnické zařízení poskytující péči a splňující veškeré požadavky národní legislativy. Jedním z parametrů je závazek nemocnice ke stálému zvyšování kvality poskytované péče a služeb. Dalším požadavkem se stanovuje, že zdravotnické zařízení poskytuje formy a druhy zdravotní péče v souladu se standardy JCI (Joint Commission International, 2011).

Účelem akreditačního šetření je posouzení, zda zdravotnické zařízení dodržuje standardy JCI a plní jejich indikátory. Nástroji pro hodnocení jsou například rozhovory se zaměstnanci či místní šetření inspektorů. Náplní práce inspektorů je edukace zaměstnanců s cílem podporovat zvyšování kvality zdravotní péče. Akreditační šetření probíhá ve všech oblastech činností akreditovaného zdravotnického zařízení, které jsou upraveny standardy, probíhá i na všech pracovištích poskytujících péči pacientům. Bere se také ohled na kulturní či legislativní rozdíly dané země (Joint Commission International, 2011).

Základem akreditačního šetření JCI ve zdravotnickém zařízení je metoda „STOPAŘ.“ Ta využívá informace poskytnuté v přihlášce k akreditačnímu šetření, ověřuje proces poskytování péče pacientům v posuzovaném zařízení a dává pravomoc inspektorům důkladně prověřit jednotlivé procesy péče o pacienty s návazností na ně. Účelem metody je posouzení poskytované zdravotní péče a služeb v dané nemocnici konkrétním pacientům z hlediska naplňování mezinárodních akreditačních standardů. V průběhu akreditačního šetření se používá „STOPAŘ péče o konkrétního pacienta“, což znamená, jaké má pacient zkušenosti s poskytováním péče v nemocnici. Součástí práce inspektorů je sledování konkrétního pacienta v rámci aktuální hospitalizace a s ním je posuzována veškerá dokumentace (Joint Commission International, 2011).

Hodnoceny jsou vztahy mezi jednotlivými pracovišti, programy a týmy v nemocnici při poskytování zdravotní péče a služeb. Pacienta si vybírají inspektoři na základě předloženého seznamu hospitalizovaných osob. Při výběru pacientů se vychází z následujících kritérií, mezi která patří například přeložení pacienta z jiného zdravotnického zařízení nebo pacienti, u nichž je daný den či noční nazítří plánováno propuštění. Inspektor bude v rámci šetření sledovat veškerou péči poskytnutou vybranému pacientovi. Cílem je posouzení funkčnosti zavedených systémů v nemocnici. Zejména se jedná o to, jak tyto systémy a jejich složky zajišťují kvalitní a bezpečnou péči poskytovanou pacientům. Inspektor v rámci „stopování“ sleduje dokumentaci pacienta a provádí její analýzu za přítomnosti osoby, která odpovídá za poskytování aktuální péče. Dále se inspektor věnuje přímému pozorování péče poskytované pacientovi. Posuzuje i přípravu a podávání léků. Účastní se přímého pozorování činností spojených s prevencí a kontrolou infekcí a jeho přítomnost nechybí ani u přímého pozorování plánované péče. Inspektor posuzuje prostředí, ve kterém se péče poskytuje z hlediska možného rizika pro pacienty a pro pracovníky nemocnice. K posouzení jsou třeba ještě další sledování v různých oblastech, vše záleží na aktuální situaci a výkonech, které se u vybraného pacienta provádí (Joint Commission International, 2008).

Stopař zaměřený na účelnost jednotlivých systémů sleduje vybrané procesy v rámci nemocnice a inspektor hodnotí jejich funkčnost. Součástí posuzování je

komunikace mezi jednotlivými pracovišti a oblastmi činností. Inspektor tuto oblast prošetřuje formou diskuse s pracovníky nemocnice, podílejícími se na daném systému. Stopař pracuje i s daty, konkrétně jak nemocnice analyzuje, interpretuje a využívá tato data ke zvýšení kvality a bezpečí poskytované péče. Dalšími „Stopaři“ jsou prevence a kontrola infekcí, skladování, předepisování a podávání léků. (Joint Commission International, 2011).

Jednou ze zásad akreditačního šetření JCI je posuzování, zda daná nemocnice reaguje včas na výstražné události. JCI se těmito kroky snaží zajistit své poslání zvyšovat bezpečí a kvalitu zdravotní péče poskytované v mezinárodní komunitě. Výstražná událost je neočekávaná událost, která vede k úmrtí nebo k rozsáhlé a trvalé ztrátě funkce, která není způsobena onemocněním nebo úrazem pacienta. Tato událost může vzniknout při záměně pacienta, diagnózy či strany při operačním výkonu. Výstražná je proto, že signalizuje nutnost okamžitého vyšetřování a nápravného opatření (Joint Commission International, 2008).

Následující zásadou pro udělení akreditace JCI je dosažení přijatelné úrovně plnění standardů, které jsou číselně ohodnoceny. Akreditační výbor na základě dostatečného číselného ohodnocení uděluje akreditovanému zařízení certifikát. Zde je uvedeno přesné hodnocení plnění jednotlivých standardů. Rozhodnutí o akreditaci je platné tři roky, před jejichž uplynutím musí nemocnice požádat o úplně nové šetření (reakreditaci), jelikož platnost se automaticky neprodlužuje. Během tohoto tříletého období může být z některých důvodů akreditační rozhodnutí přehodnoceno, příkladem je nedodržování standardů dle požadavků JCI (Joint Commission International, 2011).

Samotným výsledkem akreditačního šetření je rozhodnutí akreditačního výboru JCI, který se vyjádří zdravotnickému zařízení několika způsoby: akreditace je buď udělena, nebo neudělena, může být také odložena. Zde může jít o období, v němž nemocnice napraví zjištěné nedostatky nebo se může jednat o rozhodnutí JCI akreditačního šetření opakovat v celém rozsahu. Udělení akreditace pro zdravotnické zařízení znamená potvrzení, že plní na přijatelné úrovni standardy JCI včetně Mezinárodních bezpečnostních cílů. (Joint Commission International 2012).

### *1.3.5 Mezinárodní bezpečnostní cíle*

Mezinárodní bezpečnostní cíle jsou od 1. ledna 2008 nedílnou součástí akreditačního šetření pro nemocnice certifikované dle Mezinárodních akreditačních standardů (Joint Commission International, 2008).

První bezpečnostní cíl se zabývá správnou identifikací pacienta, která je důležitá, protože pacienti mohou být tlumeni, dezorientováni, zmateni, mohou si splést svůj pokoj, své lůžko. Tento cíl sleduje dva účely: řádná identifikace pacienta a zajištění poskytnutí správné péče správnému pacientovi. Minimálně jsou požadovány dva způsoby identifikace (datum narození, čárový kód na identifikačním náramku, pacientovo jméno či jiný způsob). Vše je dopodrobna popsáno ve vnitřních předpisech nemocnice. Práce se zabývá výzkumem uskutečněným v Nemocnici na Homolce a ve vnitřních předpisech se stanovuje identifikování pacienta těmito způsoby: při příjmu pacienta na oddělení všeobecná sestra na základě posouzení zdravotního stavu dává pacientovi na ruku identifikační náramek. Barva náramku znázorňuje určité riziko, které pacientovi hrozí - riziko pádu (červená) a riziko dekubitů (zelená). U pacienta nemusí hrozit žádné riziko, pásek je tedy bílé barvy (viz příloha č. 5). Sestra v ošetrovatelské anamnéze vyplní příslušné tabulky a dle bodového ohodnocení zjistí u pacienta případná rizika (viz příloha č. 1). Identifikace pacienta se provádí vždy před podáním léčiv, krve a transfuzních přípravků, před odebráním krve či jiných vzorků pro laboratorní a podobná vyšetření, kdy sestra zkontroluje náramek a zeptá se na pacientovo jméno. Údaje musí souhlasit. Dále se identifikace provádí před diagnostickými a terapeutickými výkony (Joint Commission International, 2011).

Druhý bezpečnostní cíl, efektivní komunikace, má za úkol, aby komunikace byla včasná, přesná, úplná, jednoznačná a srozumitelná mezi osobami poskytující péči pacientům. Snižuje výskyt pochybení při poskytování zdravotní péče a vede ke zvýšení bezpečí pacientů. Nemocnice v rámci týmové spolupráce vytvoří standardy upravující správný postup při ústní a telefonické komunikaci. Třetí bezpečnostní cíl, zvýšení bezpečí u rizikových léků, je zaměřen na odpovídající postupy při manipulaci s léky. Jedná se například o manipulaci a podávání koncentrovaných elektrolytů a jejich umístění na oddělení (Joint Commission International, 2011).

Čtvrtý bezpečnostní cíl je zaměřen na prevenci záměny pacienta, výkonu a lokalizaci provedení. Doporučovaný postup představuje Univerzální protokol JCI, kde jsou stanoveny základní postupy (označení místa výkonu, předoperační verifikační proces a předoperační bezpečnostní procedura). Cílem předoperačního verifikačního procesu je ověření, zda se jedná o správného pacienta, o správnou lokalizaci a o správný výkon. Další součástí je zajištění dostupnosti veškeré nutné dokumentace, výsledků zobrazovacích vyšetření i ověření, zda jsou k dispozici veškeré nástroje a vybavení. V dokumentaci pacienta musí být řádně vyplněný a podepsaný verifikační protokol kompetentními pracovníky, bez kterého nelze operační zákrok zahájit (viz příloha č. 6), (Joint Commission International, 2011).

Nemocnice na Homolce před zahájením invazivních výkonů v anestézii a sedaci provádí Time – out, bez kterého nesmí být invazivní výkon zahájen. Při Time - outu se ověřuje jméno pacienta, druh operačního výkonu, údaje o alergii, dostupnost krevních derivátů, dostupnost a připravenost potřebného vybavení, v případě výkonů s možností záměny lokalizace se kontroluje i shoda údajů ve Verifikačním protokolu a označení lokalizace výkonu na těle pacienta. Provedení Time - outu je zaznamenáno do anesteziologického záznamu. Po řádné kontrole všech těchto důležitých údajů je protokol na operačním sále vyplněn a podepsán dvěma lékaři – operátorem a anesteziologem. Důkladná identifikace samozřejmě probíhá ještě před příjezdem pacienta na operační sál na standardním nemocničním oddělení. Verifikační protokol slouží pouze k ověření dříve zjištěného (Joint Commission International, 2011).

Pátý bezpečnostní cíl se zaměřuje na snížení rizika nozokomiálních infekcí, které vyžadují velkou pozornost v celosvětovém měřítku, jelikož jejich výskyt stoupá a představuje významný problém pro pacienty i pro osoby, které jim poskytují zdravotní péči. Jedním z účinných nástrojů, jak eliminovat infekce, je řádná hygiena rukou. Nemocnice vypracuje pomocí týmové spolupráce postupy, které uplatňují publikovaná doporučení pro hygienu rukou, a zavede doporučení do praxe. Poslední pátý bezpečnostní cíl se zaměřuje na snížení rizika poškození pacientů pády. Cílem je zavedení preventivních opatření vedoucí ke snížení rizika pádu a ke snížení rizika

poranění u pacientů, u nichž k pádu došlo (Joint Commission International, 2011; Mařar, Podstatová, Řehořová, 2006).

#### ***1.4 Mezinárodní akreditační standardy zaměřené na pacienty***

Standard je popis očekávané úrovně výkonu, struktury či procesu a umožňuje objektivní hodnocení poskytované péče. Jsou metodickým návodem pro nemocnice, které se jimi řídí při poskytování péče. Součástí každého standardu je audit, kterým rozumíme kontrolu, revizi, prověřování a zjištění rozdílu mezi skutečností a napsaným standardem. Hodnotí se, zda je standard stále platný a aktuální. Akreditační pracovníci hodnotí úroveň vypracovaných standardů, zda odpovídají požadavkům, které akreditační komise považuje za přijatelné. První standardy, zaměřené na ošetrovatelský proces a stanovení indikátorů kvality, sestavila Florence Nightingalová. V počátcích se tyto standardy rozvíjely v USA (Mášová, Havrdlíková, 2009; Pohlová 2008).

V současné době mezinárodní akreditace JCI obsahuje standardy zaměřené na pacienty a standardy zaměřené na řízení. V této bakalářské práci jsou blíže popsány pouze standardy zaměřené na pacienty (Joint Commission International, 2011).

##### ***1.4.1 Oblast standardů: dostupnost a kontinuita péče (ACC)***

Dostupnost ambulantní nebo lůžkové zdravotní péče poskytované nemocnicí má být zajištěna na základě potřeb pacientů v souladu se spektrem poskytovaných služeb a s dostupnými zdroji. Při prvním kontaktu s nemocnicí je pacientovi provedeno vyšetření, posuzuje se aktuální zdravotní stav a jeho potřeby. Velmi důležitý je efektivní postup rozhodující o bezprostředně nutném způsobu léčby.

Vstupní vyšetření pacienta slouží k posouzení jeho potřeb a k vhodnému zahájení péče. Nemocnice stanoví obsah a rozsah vstupního vyšetření, časový interval, ve kterém se vyšetření vykoná, a způsob dokumentace vyšetření. Velmi důležité je zhodnotit aktuální stav pacienta a vstupní vyšetření mu přizpůsobit. Toto vyšetření pacienta musí být co nejdříve zaznamenáno do dokumentace, aby mohla být včas zahájena správná léčba. Nemocnice má stanovené časové limity, které znamenají provést vstupní vyšetření pacienta lékařem a sestrou do 24 hodin po přijetí. Součástí vstupního vyšetření



každého pacienta je kromě anamnézy a fyzikálního vyšetření zhodnocení psychosociální a ekonomické situace (Joint Commission International, 2011).

Při přijetí je pacientovi a jeho blízkým poskytnuto dostatečné množství informací, které se týkají navrhované zdravotní péče, očekávaných výsledků a možné finanční spoluúčasti, například pokud nebudou potřebné úkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Nemocnice zajišťuje péči různým skupinám obyvatel a má za cíl realizovat opatření, která zmenší nebo odstraní vzniklé překážky během celého procesu poskytování zdravotní péče (Joint Commission International, 2011; Mastiliáková 2001).

Kontinuitou péče se rozumí optimální návaznost péče od přijetí do propuštění nebo do překlady pacienta. Na péči se podílí celá řada oddělení, proto je pro dosažení optimální spolupráce a při poskytování péče potřeba stálého posilování koordinace práce lékařů, ošetrovatelského personálu a dalších zdravotnických pracovníků (Joint Commission International, 2011).

Během poskytované péče je pacientovi v zájmu zajištění kontinuity jasně určeno, která osoba má odpovědnost za poskytování péče na daném oddělení. V průběhu hospitalizace pacienta na oddělení odpovídá tato osoba za koordinaci veškeré péče vedoucí ke zlepšení kontinuity a kvality (Joint Commission International, 2011).

Příkladem, jak má kontinuita péče vypadat, je zdravotnická dokumentace obsahující souhrn poskytované péče, popis aktuálního zdravotního stavu, přehledný, čitelný, chronologický záznam, který je aktuální, průkazný a pravdivý. Součástí dokumentace je kontinuita záznamů vedené všeobecnou sestrou dle jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Pacient má během celé své hospitalizace jednu zdravotnickou dokumentaci a ta se v případě překlady na jiné oddělení překládá spolu s ním. Všeobecné sestry vyplní v ošetrovatelské části překladyovou zprávu a lékař napíše závěrečnou zprávu. Při překlady na jiné oddělení je odpovědná osoba změněna a pacientovi jsou poskytnuty informace, o koho se jedná (Joint Commission International, 2008).

Propuštění pacienta z nemocnice musí mít stanovený postup, součástí je zajištění následných kontrol a doporučení další péče. Nemocnice poskytne pacientovi a jeho blízkým stručné a jasné informace o propuštění a následné péči. Informace se podávají

v písemné formě, která je pro pacienta nejnázne srozumitelná. Překlad pacienta do jiného zdravotnického zařízení je prováděn dle jeho potřeb a závisí na jeho aktuálním zdravotním stavu (Joint Commission International, 2011).

#### *1.4.2 Oblast standardů: práva pacienta a jeho blízkých*

Osobnost každého pacienta je jedinečná, každý má specifické potřeby, silné stránky a vlastní hodnotový systém. Cílem zdravotnického zařízení je vytvořit atmosféru důvěry a otevřené vzájemné komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty. Důležité je respektování kulturních, psychosociálních a spirituálních hodnot každého pacienta. Proces prosazování práv pacientů ve zdravotnickém zařízení začíná definováním těchto práv, pokračuje edukací pacientů i zaměstnanců. Pacienti jsou ošetřujícím personálem informováni o svých právech a také o tom, jak se jich mají dožadovat. Zaměstnanci jsou poučeni o tom, jaká práva pacienti mají a musí je respektovat. Cílem zaměstnanců je vytvářet podmínky pro poskytování ohleduplné a taktní péče, která respektuje důstojnost pacienta (Joint Commission International, 2011).

Zdravotnické zařízení respektuje právo pacientů rozhodovat o tom, které informace o jeho zdravotním stavu mohou být sděleny jeho blízkým. Pokud si pacient nepřeje informace rodině a jeho blízkým sdělovat, respektuje lékař přání pacienta. Rozhodnutí pacienta je zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci, aby celý multidisciplinární tým věděl, že nelze sdělovat informace jeho blízkým (Joint Commission International, 2008; Haškovcová, 1996).

Pacient si do nemocnice s sebou přináší svůj systém hodnot. Hodnoty mohou být sdíleny s více pacienty (například hodnoty náboženské nebo ryze individuální). Pacientovi je dovoleno prezentovat svůj systém hodnot, který respektuje hodnoty druhých. Zdravotnické zařízení stanoví postup zajišťování duchovních či spirituálních služeb. Komunikace mezi ošetřujícími pracovníky a pacienty je velmi důležitá a správné pochopení vede k větší důvěře a spolupráci při poskytování komplexní zdravotní péče (Joint Commission International, 2008; Venglářová, Mahrová, 2006).

Při všech diagnostických a léčebných úkonech i transportu je důležité respektovat pacientovu potřebu soukromí. Pacient se podílí na poskytování zdravotní péče a činí

rozhodnutí, pokládá dotazy, má právo odmítnout navrženou zdravotní péči a v případě, že tak učiní, lékař informuje pacienta o možných důsledcích a odpovědnosti z toho vyplývající. Pacienti a jejich blízcí mají nárok na informace v průběhu poskytování péče. Důležité je, aby pacienti byli informováni o veškerých změnách, které se objeví během léčby, a aby jim byly sděleny veškeré informace včas. Příkladem jsou neočekávané výsledky léčby, komplikace chirurgických výkonů nebo změna medikamentózní léčby (Joint Commission International, 2008; Mastiliáková 2001).

Hospitalizovaný pacient je v nemocnici informován o právech, která se zaměřují na přiměřené zhodnocení a léčbu bolesti. Sestra hodnotí bolest na základě jím poskytnutých informací. Dle objektivního a subjektivního zhodnocení je pacientovi poskytnuta pomoc. Je třeba zdůraznit, že neléčená bolest má negativní vliv na somatický a psychický stav. Reakce pacienta na bolest je obvykle ovlivněna místními a společenskými tradicemi. Umírající pacient má právo na důstojnou a citlivou péči (Joint Commission International, 2008).

Pacienti mají právo podat stížnost v oblasti péče, která jim byla poskytnuta. Během péče mohou vznikat určité rozpory a neshody. Nemocnice má stanovený postup při řešení těchto situací včetně osob, které se podílejí na řešení rozporů. Zdravotnické zařízení má také v písemné podobě vypracovaný přehled práv pacientů a jejich blízkých. Pacienti mají přehled k dispozici při vstupu do nemocnice i v průběhu celého pobytu. Nejdůležitější je informovaný souhlas, který slouží k zajištění účasti pacientů na rozhodování o jim poskytnuté zdravotní péči. Informovaný souhlas je svolení s výkonem či léčbou uskutečněný před jejich zahájením, a to na základě úplné informace o povaze, rizicích a alternativách výkonu či léčby. Po obdržení informace pacient buď souhlasí, či nesouhlasí. Informovaný souhlas se podepisuje před chirurgickými výkony, před poskytnutím anestezie, před podáváním krve a krevních derivátů a před výkony s vysokou mírou rizika (Joint Commission International, 2011).

#### *1.4.3 Oblast standardů: diagnostická péče*

Diagnostická péče se zaměřuje na vyšetření pacienta, které je prováděno pracovníky mající odborné vzdělání, znalosti, dovednosti a kteří prošli praktickým

výcvikem. Při vyšetřování pacientů je nutné stanovit, kteří zdravotní pracovníci jsou oprávněni jednotlivé typy vyšetření provádět, a písemně definovat rozsah jejich kompetencí. Důležité je vyšetřování pacientů v akutních stavech a při posuzování potřeb ošetrovatelské péče. Seznam takto pověřených pracovníků je umístěn v příslušné pracovně sester daného oddělení. U každého pacienta se provádí řada vyšetření v nemocnici i na externích pracovištích s různou specializací. Výsledkem jsou informace z rozličných vyšetření a laboratorních výsledků uvedené v pacientově dokumentaci. Pro něho je výhodné, když všichni pracovníci, kteří se podílejí na jeho péči, analyzují výsledky vyšetření společně a na základě provedené analýzy formulují vzájemně celkový obraz jeho zdravotního stavu. (Joint Commission International, 2011).

Klinická vyšetření, která se pravidelně opakují, jsou prováděna odbornými pracovníky, kteří se podílejí na zdravotní péči, hodnotí její správnost a přiměřenost. Pravidelné a nejčastější je vyšetření lékařem. V nemocnici probíhá vyšetření lékařem na lůžkových odděleních denně včetně svátků a víkendů. Vyšetření pacientů provádí osoby odborně kompetentní, tedy osoby definované dle vnitrostátní legislativy a oborových předpisů. Oprávnění provádět vyšetření pacientů má odborný personál zaznamenané v osobním spise v písemné podobě (Joint Commission International, 2008).

Organizace a dostupnost laboratorních služeb je nastavena dle potřeb pacientů a požadavků národní legislativy. Tyto služby musí být dostupné pro akutní případy i v mimopracovní dobu. Nemocnice vnitřním řádem stanovuje, v jakém časovém intervalu mají být výsledky laboratorních vyšetření dostupné a jaký je časový interval pro statimová vyšetření. Zdravotnická zařízení mají vypracované a zavedené postupy, které upravují objednávání vyšetření, odběr vzorků a jejich označování, přepravu, skladování a uchování, přijímání vzorků a jejich evidenci. Vyšetření prováděné pomocí zobrazovacích metod v rámci nemocnice musí odpovídat potřebám pacientů, přičemž způsob zajištění a organizace poskytování těchto metod musí být v souladu s legislativou. Nemocnice opět určuje časové intervaly, kdy mají být výsledky zobrazovacích vyšetření dostupné (Joint Commission International, 2011).

#### *1.4.4 Oblast standardů: terapeutická péče*

Cílem zdravotnického zařízení je péče o pacienty. Nejdůležitější je pak z pohledu standardizace péče, která vnímá a respektuje potřeby pacienta. Tato péče vyžaduje důsledné plánování a výbornou koordinaci, kterou zajišťují kompetentní pracovníci (lékaři, všeobecné sestry, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti a další). Pacienti, kteří trpí podobnými zdravotními problémy a mají i stejnou potřebu zdravotní péče, mají právo v nemocnici na to, aby jim byla poskytnuta péče na stejné úrovni kvality. Stejnou úroveň se rozumí dostupnost a přiměřenost v dané organizaci ve všech oblastech poskytované péče. Samotné výkony a veškerá další péče jsou zapisovány kompetentními pracovníky do dokumentace, která je jednotná v rámci zdravotnického zařízení. Velmi důležitá je její jednoduchost a přehlednost (Joint Commission International, 2011).

Léčebný proces je kontinuální cyklus obsahující vyšetření pacientů, plánování a hodnocení výstupů poskytované péče v nemocnici. Pacienti a jejich blízcí jsou pravidelně ošetřujícím lékařem informováni o výsledcích uskutečněných vyšetření, o plánované péči a léčebných postupech. Součástí léčby je i včasné podání informací o neočekávaných výsledcích ošetřujícím lékařem v průběhu léčení (Joint Commission International, 2011).

Zdravotnická zařízení poskytují péči různým skupinám pacientů s různou mírou potřeby zdravotní péče. Vysoká míra rizika u některých pacientů je dána jejich věkem, zdravotním stavem nebo specifickou povahou jejich potřeb. Do skupiny pacientů s vysokou mírou rizika obvykle zařazujeme děti a seniory. Děti většinou neumějí přesně vyjádřit své požadavky a často nerozumí úplně procesu poskytování péče. Podobná situace nastává u pacientů urgentně ošetřovaných v bezvědomí nebo u osob se zmateností a s úzkostmi – ti všichni nejsou schopni porozumět procesu poskytování péče v situaci, kdy je potřeba postupovat účinně a rychle. Do skupiny vysoce rizikové léčby se řadí i některé druhy péče poskytované za použití složitých moderních technologií. Jedná se o péči pacientů ve stavu vážného ohrožení života, jako jsou například dialyzovaní pacienti (Joint Commission International, 2011).

Zdravotnické zařízení má vypracované postupy, které umožňují zaměstnancům nemocnice rozeznávat tyto skupiny pacientů a dovolují jim reagovat jednotným, kvalifikovaným a systematickým způsobem. Dalším úkolem vedoucích pracovníků a manažerů je společné vypracování příslušných závazných postupů a provedení zacvičení personálu v uplatňování stanovených předpisů (Joint Commission International, 2008).

Pro zlepšení zdravotního stavu pacientů a pro jejich brzké uzdravení je důležité jejich stravování. Zdravotnické zařízení zajišťuje pravidelnou dostupnost stravy přiměřeně věku pacienta i jeho kulturním a stravovacím zvyklostem. Strava musí být pro pacienty vhodná i v souladu s jejich zdravotním stavem. Ti se dle možností podílejí i na plánovaném výběru potravy. Ošetřující lékař nebo jiný kvalifikovaný pracovník předepisuje stravu na základě zhodnocení pacientova zdravotního stavu, jeho potřeb a léčebného plánu. Do dokumentace se zapisuje ordinace nutričního režimu, která vychází i ze vstupního vyšetření, v němž je zhodnocen nutriční stav pacienta všeobecnou sestrou. Pacienti patřící do skupiny nutričního rizika jsou v průběhu hospitalizace vyšetřeni nutričním specialistou, a pokud se nutriční riziko potvrdí, zahájí se plánování jeho nutriční léčby. Tento stav pacienta je pravidelně sledován a dále zaznamenáván ošetřujícím lékařem nebo kvalifikovaným personálem do jeho dokumentace. I nutriční léčba je plánována, zajišťována a vyhodnocována ve spolupráci s lékaři, ošetrovatelským personálem, dietní sestrou, a pokud je třeba, tak i s blízkými (Joint Commission International, 2008).

#### *1.4.5 Oblast standardů: anesteziologická a chirurgická péče*

Podmínkou provádění anestézie, sedace a chirurgické péče je důkladné vyšetření pacienta. Jedná se zejména o kontinuální monitorování životních funkcí. Anesteziologická péče závisí na potřebách pacientů a její poskytování je v souladu s národní i oborovou legislativou, odbornými standardy a s vnitřními předpisy nemocnice (Joint Commission International, 2008).

Anesteziologická péče musí být v provozu nepřetržitě. Středně těžká či hluboká sedace znamená pro pacienta riziko a její poskytování pacientovi je nutné upravit dle

přesných a jasných definic. Předpisy obsahují přesný popis práce při aplikaci sedace u dospělých, dětí a seniorů. Dokumentace musí být jasná a srozumitelná pro veškeré zodpovědné osoby pečující o pacienta. V předpisech jsou zahrnuty požadavky na kontinuální monitorování pacientů a požadavky na dostupnost přístrojového vybavení. Pracovníci podílející se na poskytování sedace musí mít odborné kompetence a potřebnou kvalifikaci. Odpovědná osoba před aplikací sedace pacienta vyšetří, aby mu byla poskytnuta přiměřená hloubka sedace a její vhodný typ. U sedace musí být přítomna ještě další osoba, která má odpovědnost za trvalý monitoring pacientových životních funkcí a která poskytuje asistenci při péči o pacienta včetně případné resuscitace (Joint Commission International, 2008; Woleská, 2012).

Provedení anestezie se pečlivě plánuje, jelikož zahrnuje vysokou míru rizika. Základním vyšetřením je předanestetické vyšetření pacientů. V případě porodu či akutního stavu se provádí vyšetření ve zkrácené formě, přičemž těsně před uvedením do anestezie musí být vyšetřeni všichni pacienti. Anesteziologická péče se také zaznamenává, a to do speciální anesteziologické dokumentace. Důležitou součástí plánování anesteziologické péče je edukace pacienta o rizicích nebo možných komplikacích, kterou provádí anesteziolog (Joint Commission International, 2011).

Před podáním anestezie musí pacient podepsat informovaný souhlas s anestézií. Pooperační péče o pacienta probíhá na „dospávacím“ pokoji, kde je pacient napojen na monitor sledující kontinuálně jeho životní funkce. Monitoring pacienta probíhá až do propuštění kvalifikovanou osobou, a to na jiné pracoviště s méně intenzivní péčí (Joint Commission International, 2008).

Chirurgická péče je dobře plánovaná činnost, kde je základem k indikaci chirurgického výkonu přiměřené vyšetření pacienta. Veškeré úkony řádně zapisuje kvalifikovaná osoba do dokumentace pacienta, jejíž součástí je i operační protokol, v němž je uvedena diagnóza, popis operačního výkonu, jméno operátora a asistentů a pooperační diagnóza. Pooperační péče se poté odvíjí od kontinuálně sledovaných fyziologických hodnot (Joint Commission International, 2011).

#### *1.4.6 Oblast standardů: skladování, předepisování a podávání léčiv*

Součástí paliativní, symptomatické, preventivní a kurativní zdravotní péče je proces skladování, předepisování a podávání léčiv. Jedná se o systém obsahující veškeré postupy při poskytování farmakologické léčby pacientům. Nemocnice se řídí vnitřními předpisy o nakládání s léčivy a má taktéž vypracované seznamy léčiv, které odpovídají potřebám hospitalizovaných pacientů. Sledováno je spravování tohoto seznamu a spotřeba jednotlivých léčiv, neboť ta musí být chráněna před odcizením a ztrátou. Pracovníci manipulující s léčivy znají postupy, jak zajistit nedostupné léky v době, kdy jsou uzavřeny veřejné lékárny. Návykové a další zneužitelné látky jsou skladovány dle požadavků, které jsou uvedeny v legislativě ČR. Koncentrované elektrolyty, např. KCl v koncentraci 2 mmol/ml nebo NaCl v koncentraci vyšší než 0,9%, jsou skladovány mimo oddělení. Pokud je přesto nutné skladovat elektrolyty na daném pracovišti, musí být zabezpečeny proti záměně a nesprávnému podání. Většinou jsou takovéto prostředky skladovány v uzamykatelné skříni ve zcela jiné místnosti, než je pracovna sester, protože údaje z odborné literatury potvrzují, že častým problémem z hlediska bezpečnosti při podávání léků je neúmyslné podání koncentrovaných elektrolytů. Nemocnice také stanoví postup, který informuje o tom, jak skladovat a označovat léky vnesené do zdravotnického zařízení pacienty. Ve zdravotnické dokumentaci pacienta je zapsáno, která léčiva dostává, jaké má být jejich dávkování a frekvence podávání, to vše včetně léků doplňovaných dle potřeby (Joint Commission International, 2008).

#### *1.4.7 Oblast standardů: edukace pacientů a jejich blízkých*

Edukace pacienta a jeho blízkých je účinným nástrojem pro zajištění jejich přímé účasti na procesu poskytování zdravotní péče a umožňuje také lepší rozhodování. K edukaci dochází při kontaktu pacienta s lékařem nebo ošetřujícím personálem. Účinná edukace začíná posouzením toho, co se musí pacient a jeho blízcí dozvědět, kdy se posuzuje, které informace je vhodné sdělit a jakým způsobem je sdělit. Zdravotnické zařízení podporuje edukační proces metodou učení, která je jednou z nejúčinnějších. Edukace zahrnuje informace, které pacient dostává v průběhu poskytování zdravotní péče a které obsahují detaily o probíhající a následné péči po propuštění domů nebo po



přeložení do jiného zařízení. Součástí podání informovaného souhlasu je i edukace, která je zapisována kompetentní osobou do dokumentace pacienta. Edukace se musí naplánovat s ohledy na hierarchii hodnot pacienta a jeho blízkých, neschopnost číst a psát, na citové bariéry a fyzická či mentální omezení. Důležité je též předání informací při propouštění pacienta z nemocnice. Poskytují se informace zejména o preventivních opatřeních, případně o tom, jak se má pacient začít postupně vyrovnávat se svým onemocněním (Joint Commission International, 2008; Křivohlavý, 2002).

### ***1.5 Význam a výhody akreditace JCI a její vliv na pacienta***

Akreditace JCI je pro zdravotnické zařízení změnou, jedná se zejména o dodržování vyzkoušených standardů. Pacientům akreditace přináší užitek v poskytování bezpečnější a kvalitnější péče dle jejich potřeb. Zmapovat a pochopit smysl akreditace JCI je velmi složitý proces zejména pro pracující personál. Pracovat dle standardů JCI vyžaduje motivaci, trpělivost, schopnost porozumět a učit se novým věcem. Zdravotnický personál se musí přizpůsobit novému myšlení v postupech své práce a pochopit smysl psaní potřebné dokumentace. Též se musí naučit spolupracovat s nutričními terapeuty, edukačními pracovníky a dalšími specialisty zabývajícími se péčí o pacienta dle jeho aktuálních potřeb. Výhodou JCI akreditace je zavazování se ke kontinuálnímu zvyšování kvality péče o pacienty a zajišťování bezpečného prostředí pro nemocné i zaměstnance. Zdravotnické zařízení zodpovídá za své pacienty a akreditace umožňuje snížit ohrožení pacientů na minimum (Svobodová, 2010; Somrová, Bártlová 2012).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem mají vybrané nemocnice zaveden Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb v nemocnici s akreditací (JCI)?

Cíl 2: Prozkoumat vliv akreditace (JCI) na pacienta, jeho spokojenost a úroveň zpětné vazby.

Cíl 3: Definovat přínos akreditace v nemocnici s JCI vůči zařízení bez JCI z pohledu pacienta.

### **2.2 Výzkumné otázky**

- 1) Jak pacient vnímá úroveň péče, její dostupnost a kontinuitu v zařízení s akreditací?
- 2) Jak pacient vnímá komplexní péči týmu odborně vzdělaného personálu (lékařů, všeobecných sester, edukačních sester, nutričních terapeutů)?
- 3) Jak pacient hodnotí informovanost o veškeré péči související s jeho zdravím v průběhu hospitalizace?
- 4) Jaký rozdíl v péči spatřuje pacient v nemocnici s akreditací vůči jinému zařízení bez ní?

## **3 Metodika**

### ***3.1 Metodika a technika šetření***

K získání potřebných informací bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření, použita technika metody dotazování s technikou polostrukturovaného rozhovoru na předem připravený okruh otázek (viz příloha č. 7). Rozhovory byly nahrány na diktafon a následně přepisovány.

Technika rozhovoru v ošetrovatelství je velmi přínosná, neboť poskytuje přímý kontakt s respondentem. Kromě sdělených informací si výzkumník může všimnout i neverbálního vyjádření respondenta. Osloveno bylo celkem 6 pacientů hospitalizovaných v Nemocnici Na Homolce. O výzkumu bylo informováno vedení nemocnice písemnou formou (viz příloha č. 8).

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný vzorek byl tvořen pacienty hospitalizovanými v Nemocnici Na Homolce. Pacienti jsou různého věku, vzdělání, pohlaví a délky a způsobu léčby. Pět respondentů bylo po operaci a jedna respondentka čekala na operační výkon. Rozhovor tvořilo několik kategorizačních oblastí, které se skládaly z podotázek (příloha č. 7).

### ***3.3 Realizace výzkumu***

Výzkum byl realizován od ledna do dubna 2013. Respondenti byli kontaktováni osobně. Stručně byli informováni o obsahové a časové náročnosti výzkumu. Dle jejich časových možností jsem s nimi naplánovala rozhovor, v kterých mohl být realizován. Respondenti souhlasili s použitím multimediálního zařízení.

## 4 Výsledky

### 4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty

#### Seznam kategorizačních skupin

1. Délka čekání na přijetí do nemocnice
2. Návaznost a průběh vyšetření
3. Zkušenosti pacientů s příjmem na oddělení
4. Zkušenosti pacientů s poskytovanou péčí během hospitalizace
5. Zkušenosti pacienta v poskytované péči odborně vzdělaným týmem pracovníků
6. Způsob získávání informací o onemocnění
7. Způsob předávání informací příbuzným
8. Znalost výrazu akreditace pacientem
9. Zkušenosti pacientů při hospitalizaci v jiném zařízení
10. Pacientem vnímaný rozdíl v poskytované péči

#### 1. Délka čekání na přijetí do nemocnice

V kategorizované formě odpovědi na otázku „Délka čekání na přijetí do nemocnice“ uvedli čtyři respondenti krátkou čekací dobu v rozmezí jednoho až pěti týdnů. Tito respondenti byli odesíláni od svého ambulantního specializovaného lékaře a na základě jeho doporučení byli přijati do Nemocnice na Homolce. Respondentka č. 3 čekala na operaci čtyři měsíce z důvodu předchozí léčby konzervativní metodou. Docházela od listopadu do února na chirurgickou ambulanci, kde jí lékař pravidelně kontroloval zdravotní stav a aplikoval injekce. Následně rozhodl o operaci, kterou pacientka podstoupila začátkem března. Respondentka č. 5 byla přijata akutně, naplánovaný termín operace byl o měsíc později. Vzhledem ke zdravotním problémům přišla pacientka na ambulanci o několik týdnů dříve a po provedených vyšetřeních a krevních odběrech bylo zjištěno, že je potřeba zahájit léčbu bezodkladně. Respondentku si v nemocnici ponechali a následně začali s léčbou onemocnění.

## 2. *Návaznost a průběh vyšetření*

Návaznost péče při příjmu do nemocnice. Pět respondentů uvedlo v rozhovorech, že příjem do nemocnice proběhl bez komplikací. Šestý respondent vypověděl: „Když jsem přišel do nemocnice na příjem, zjistil jsem, že nemají pro mě lůžko. Situaci vyřešili tak, že mě přijali a poslali domů se vyspat. Bydlím 2km odsud, takže to pro mě není žádný problém dojet domů. Autobusem to mám deset minut. Takže jsem odjel domů se vyspat, přes noc jsem se pročistil a ráno jsem se v půl osmé dostavil na oddělení připravený. Než mě přijali na lůžko, trvalo jim to asi 10- 15 minut.“

Průběh vyšetření dle výpovědí respondentů. Všichni dotazovaní zbytečně během vyšetření nikde nečekali a vše dle jejich názoru navazovalo tak, jak mělo. Respondent č. 1 uvedl „*Předoperační vyšetření jsem měl uskutečněné jinde, ale byl jsem zde na rentgenu a vyšetření proběhlo dle plánu a nikde jsem nečekal.*“ Pacientka č. 2 se vyjádřila, že vyšetření u ní proběhla v pořádku. Dle výpovědi pacientky měla vyšetření návaznost a kontinuitu. Respondent č. 4 je profesorem v oboru lékařská fyzika, pracující na Akademii věd ČR, a na tuto otázku mi odpověděl „*Měl jsem spoustu vyšetření. Někdy jsem čekal dlouho, ale připadalo mi to v mezích normy. Jsem připravený na čekání, jelikož jsem pacient, musím být trpělivý. Vzal jsem si čtení a četl jsem si. Jinak podmínky jsou luxusní. Čekal jsem v křeslech v příjemném prostředí. Některé ambulance jsou velmi stísněné. Dále se pacient zajímal o podrobnosti při probíhajícím vyšetření, zejména o jeho princip. Dle JCI požadavků by měli mít pracovníci, kteří obsluhují vyšetřovací přístroje, kvalifikované vzdělání. Respondent č. 4 vypověděl: „Ze zvědavosti u náročnějších vyšetření, například magnetická rezonance, jsem se ptal na nějaké podrobnosti. Kdysi dávno, jako student, jsem dostal cenu za přístroj měření magnetického pole pomocí protonové rezonance. Zde jsem ten přístroj viděl v celé podobě a lidé, co ho obsluhují, vědí, jak to funguje. Jednak jsou to inženýři anebo lidé z oboru. Technika je obrovský pokrok a habilitoval jsem vlastně na lékařské fyzice.“*

## 3. *Zkušenosti pacientů s příjmem na oddělení*

Z výpovědí respondentů na otázku „Zkušenosti pacientů s příjmem na oddělení“ v kategorizované formě je patrné, že všichni dotazovaní neměli komplikace s příjmem

na oddělení. Respondenti ve svých odpovědích uvedli, že čekali v rozmezí 20 až 60 minut, než se dostali z příjmové kanceláře na oddělení. Respondent č. 1 uvádí, že většinu čekací doby vyplňoval potřebnou dokumentaci: „Musel jsem na příjmu podepsat souhlas s hospitalizací a s vyšetřením na virus lidského imunodeficitu (HIV).“

V příjmové kanceláři byli dotázáni všichni respondenti, komu mohou poskytovat informace o jejich zdravotním stavu. Respondenti podepsali souhlas a napsali jména blízkých, kterým může lékař informace podávat, zmíněné osoby dostaly heslo pro telefonní kontakt.

Při příjmu na lůžko respondent č. 1 uvádí: „Dostal jsem veškeré informace o chodu oddělení i informace, kde co najdu. Když budu potřebovat něco bližšího vysvětlit, mám si zazvonit na zvoneček a sestřička mi informace doplní.“ Dále byl informován, kde má tento zvoneček. Sestra mu sdělila důvod, proč musí nosit identifikační náramek a sepsala s ním ošetřovatelskou dokumentaci, kde si ověřovala jeho tělesné údaje, alergie.

Respondentka č. 2 uvádí, že se sestra na příjmu také ptala na osobní údaje a aktuální problémy. Byla upozorněna, že kdykoli bude něco potřebovat, má si zazvonit na zvoneček, který jí ukázala. Respondentka č. 3 dostala od sestry informace jen o pořadí operace a ještě jí ukázala lůžko, kde si má lehnout. Při příjmu s ní ošetřovatelskou dokumentaci vyplňovala, ale neřekla jí, k čemu jí dává identifikační náramek. Pacient č. 4 na otázku, zda se mu představil ošetřující personál při příjmu na oddělení, odpověděl: „Nepředstavil se mi všechen personál. Důležité pro mě je, že se mi představili sestry a lékař. Všichni nosí vizitky se jménem, ale bez brýlí to nepřečtu.“ Respondentka č. 5 byla sestrou informována o chodu oddělení, ukázala jí, kde co má na pokoji, a vyplnila s ní ošetřovatelskou dokumentaci od duchovní péče až po informace, zda je vegetariánka. Respondent č. 6 uvedl: „Ptala se na moje osobní údaje, na zdravotní stav, jestli jsem diabetik nebo zda mám problémy se spánkem. Zajímala se o to, zda bych chtěl využít duchovní služby.“

#### *4. Zkušenosti pacientů s poskytovanou péčí během hospitalizace*

Z výpovědí respondentů vyplývá, že během příjmu na oddělení se všem respondentům představili jako první pracovníci příjmové kanceláře. Následně při

příchodu na oddělení se pěti respondentům představil ošetřující personál včetně lékaře. Respondent č. 1 znal lékaře ze své ambulance, kam za ním docházel před hospitalizací, sestry se mu představily postupně. Pacient v rozhovoru uvedl, že na neurochirurgickém oddělení je zavedený funkční systém ošetrovatelské péče, a proto si pokaždé přečte na vizitce jméno sestry, která se o něj stará. Dále z výsledků vyplývá, že během hospitalizace byli všichni respondenti spokojeni s ošetrovatelskou péčí a hodnotí ji jako velmi dobrou. Respondentka č. 2 uvedla: „Velmi dobrá úroveň péče, sestřičky mají vše dobře zorganizované. Prostředí ve mně vzbuzuje důvěru a pocit, že jsem na správném místě a nemusím se ničeho bát.“

Na otázku, zda se sestra aktivně zapojuje do péče a zda se jich ptá sama od sebe, odpověděli všichni respondenti kladně.

#### 5. *Zkušenosti pacienta v poskytované péči odborně vzdělaným týmem pracovníků*

Zkušenosti v poskytování péče odborně vzdělaným týmem mají všichni respondenti. Setkali se během hospitalizace s péčí lékařů, sester, sanitářů a před operací je navštívil psycholog a anesteziolog. Následně se po operaci potřebovali někteří respondenti naučit zacházet s novými pomůckami. Respondent č. 1 po operaci potřeboval pomoc rehabilitační sestry, která ho správně naučila si sedat a vstávat do chodítka. Informace dle pacienta byly dostačující. Respondentka č. 5 se setkala během hospitalizace s fyzioterapeutkou, dostala od ní pomůcku na zlepšení dýchání a vysvětlila jí, jak do toho foukat. Pacientka vypovídá: „Dostala jsem na zlepšení dýchání krabičku s kuličkami, do které mám foukat. Nejdříve mi vyšla jedna, pak mi vyšly dvě a dokonce pak tři.“

#### 6. *Způsob získávání informací o onemocnění*

Na otázku „Způsob získávání informací o onemocnění“ v kategorizované formě respondent č. 1 odpověděl, že informace o onemocnění získával po celou dobu hospitalizace pravidelně od svého ošetřujícího lékaře. Ostatní respondenti byli stejně jako respondent č. 1 pravidelně informováni o svém zdravotním stavu. Dále byl položen dotaz, zda respondenti byli seznámeni s jejich právy. Pět respondentů mi odpovědělo, že

byli informováni a ví, kde si je na oddělení si mohou přechíst. Pouze respondentka č. 3 vůbec nevěděla, co to je. Během rozhovoru jsem jí přiblížila, o co se jedná, a pacientka mi odpověděla, že je tu hospitalizována teprve druhý den a na všechno si zvyká. Informace nedostala a nic nestuduje. V oblasti předávání informací mezi ošetřujícím personálem a lékařem se všichni respondenti shodli na bezproblémové a rychlé komunikaci. Uvedli, že pomoc přišla rychle a včas. S informovaným souhlasem se setkalo pět respondentů během hospitalizace. Respondentka č. 3 odpověděla, že neví, co to je. Lékař ji pouze informoval, jakou metodou bude operace provedena. Informace o propuštění byly u všech respondentů dostačující.

#### *7. Způsob předávání informací příbuzným*

Na otázku „Způsob předávání informací příbuzným“ v kategorizované formě uvedl respondent č. 1: „Vždy, když se chtějí moji blízcí zeptat na můj zdravotní stav, tak jim informace podávám já. Volají mi a já jim sdělím, jak mi je a co potřebuji. O všem si rozhoduji sám. Veškerá komunikace probíhá přese mne a já jim podávám informace.“ Dalších pět dotazovaných pacientů odpovědělo podobně. Následně byli pacienti dotázáni, jak často je mohou příbuzní navštěvovat. Všichni shodně odpověděli, že denně.

Po operaci měli možnost bližní zavolat, jak je na tom po zdravotní stránce pacient Bližní pacientů, kteří volali do nemocnice, museli nejprve říci heslo a následně jim zdravotnický tým podal potřebné informace. Všichni respondenti vypověděli, že na příjmu jim bylo sděleno heslo potřebné pro telefonickou komunikaci.

#### *8. Znalost výrazu akreditace pacientem*

Výraz akreditace popsali tři pacienti. Respondenti č. 3 a 5 neví, co akreditace znamená, respondent č. 1 uvedl: „Slyšel jsem o akreditaci v jiném prostředí. Pohybují se kolem laboratoří chemických, takže znám akreditaci laboratoří a vím, že doktoři musí mít taky nějaké atesty nebo akreditaci. A akreditace asi je, že musí splňovat nějaké normy, vzdělání, praxi určitě musí mít.“ Dále si čtyři respondenti myslí, že akreditovaná nemocnice přináší pacientovi větší míru bezpečné a kvalitní péče.



## 9. Zkušenosti pacientů při hospitalizaci v jiném zařízení

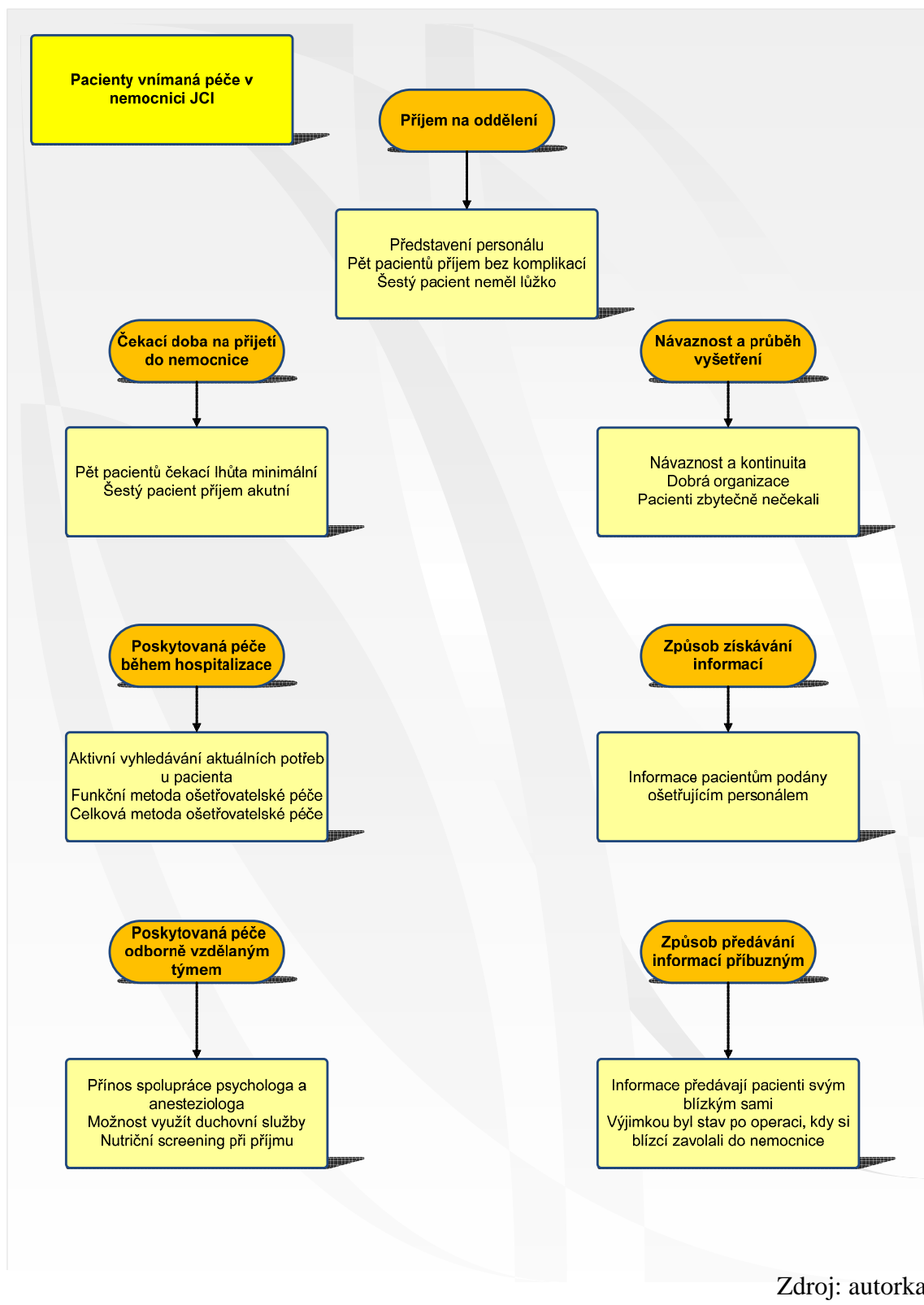
Zkušenosti pacientů při hospitalizaci v jiném zařízení popsala respondentka č. 2, protože byla hospitalizovaná ve fakultní nemocnici U Svaté Anny v Brně na dvou předchozích operacích v roce 2006. Zažila v této nemocnici špatný přístup od lékaře, který ji operoval, hlavně po odborné stránce. Respondentka č. 3 byla hospitalizována ve Fakultní nemocnici Motol v roce 2011. Uvádí své zkušenosti, že po operaci kotníku se k ní choval špatně lékař a sestry, stěžovala si na velké bolesti, ale nikdo nevěnoval jejím potřebám dostatečnou pozornost. Respondent č. 4 byl též hospitalizován ve Fakultní nemocnici Motol v roce 2008 a v rozhovoru vypověděl: „*Technická úroveň v Motole byla mnohem menší než zde. Nasazení lékařů to nedokázalo úplně dohnat. Snaha lékařů a sester byla evidentně vysoká, ale byl tam například veliký počet pacientů na dvě sestry a jednoho lékaře.*“ Respondent č. 1 (hospitalizace ve Fakultní nemocnici Motol) a č. 6 (hospitalizace Fakultní nemocnice Královské Vinohrady) byl s předchozí hospitalizací spokojen, tvrdí, že úroveň péče je obdobná jako zde v nemocnici.

## 10. Pacientem vnímaný rozdíl v poskytované péči

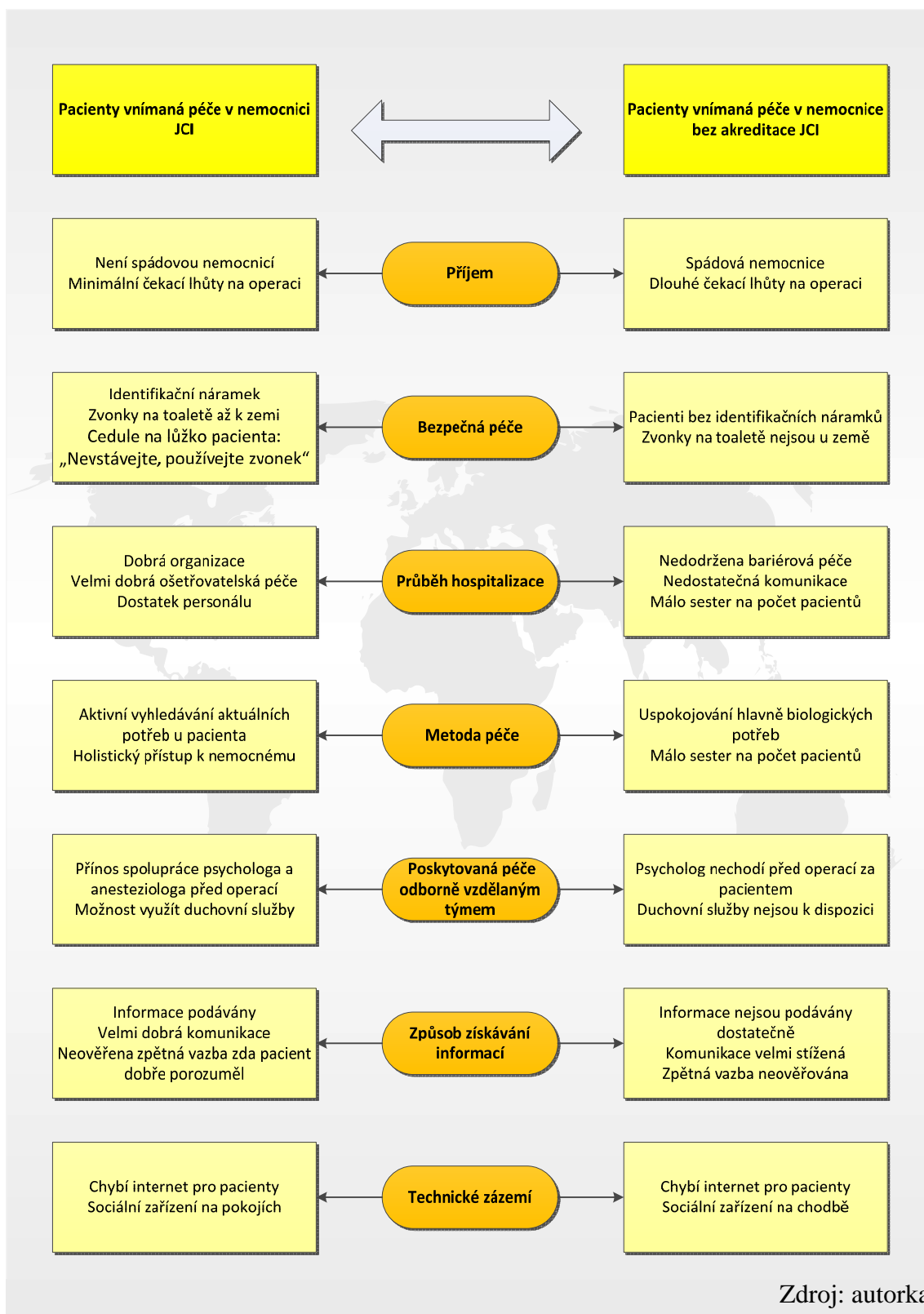
Hlavním důvodem výběru nemocnice u všech dotazovaných je především včasná dostupnost operačních termínů a kvalita nabízené péče. Respondent č. 1 vypověděl, že rozdíl v poskytované péči zde a v předchozím zařízení vidí minimální. Respondentka č. 2 uvedla: „*Po operaci v Brně jsem se nemohla pohnout, cítila jsem bolesti a neustále zvracela. Sestra několikrát přišla a jen se na mě podívala a zase odešla. Vůbec na mě nebrala ohledy, a ani když jsem je prosila o pomoc, se nesnažily. Řekly, že zavolají pana doktora a ten za půl hodiny přišel a odpověděl mi, že je to běžný pooperační stav. Zde jsem po operaci měla možnost kdykoli oslovit sestřičku, přišla a ochotně se mi věnovala. Hlavně je úžasný jejich přístup, jsou usměvavé a milé.*“ Respondentka č. 3 uvedla, že předchozí hospitalizace pro ni byla nepříjemný zážitek, zde se cítí dobře a personál vyslechne její přání. Respondent č. 4 vypověděl, že na velký počet pacientů bylo v předchozí nemocnici, kde byl hospitalizován, málo lékařů a sester. Zde je spokojený a oceňuje snahu nemocnice zajistit co nejvíce bezpečný přístup. V předchozí nemocnici neměli například na toaletě zvonky až na zem. Respondentka č. 5 uvedla srovnání se

Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze. Pacientka popsala průběh hospitalizace a operace, při které jí bylo dle jejího názoru poškozeno zdraví. Zde se cítí v bezpečí a nebojí se, čeká na operaci a léčí infekci, kterou získala během předchozí hospitalizace, kde nedodrželi základní postupy bariérové péče. Respondent č. 6 je spokojený s péčí, kterou mu poskytli zde, a oproti předchozí hospitalizaci nevidí v poskytované péči žádný rozdíl. Pacient v rozhovoru vypověděl: *„Uvítal bych, kdyby úroveň ošetrovatelské péče byla stejná všude jako tady nebo ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, neboť jsem četl v odborném tisku, že je to různé. Zde je takový řád a pracoviště, které vyžaduje disciplínu a který dbá na lidský přístup, vzbuzuje v lidech důvěru.“*

Obr. 1 – Pacienty vnímaná péče v nemocnici s akreditací JCI



Obr. 2 – Pacienty vnímaná péče v nemocnici s akreditací JCI a v nemocnici bez akreditace JCI



## Diskuse

V současné době je akreditace nemocnic velmi aktuálním tématem. Během posledních let došlo ke změně životního stylu společnosti. Prohloubení poznatků, vývoj v medicíně a uplatnění nejmodernějších postupů způsobuje stále více, že léčba onemocnění je nákladnější a klade vyšší nároky na odbornost, kvalitu a bezpečnost péče. V rámci poskytovaných služeb roste počet pacientů, kteří vyhledávají kvalitnější zdravotnická zařízení s nabídkou odbornější péče. Pro pacienta je rozpoznání kvality zdravotnického zařízení poměrně obtížné. Základním vodítkem pro pacienta je informace o tom, zda je zdravotnické zařízení akreditováno. Akreditace nemocnice je pro pacienta zárukou, že postupy používané v nemocnici splňují předepsané standardy. Standardizace péče zaručuje jednotný přístup k pacientovi a vede k bezpečnější a kvalitnější péči. Postupem času dospívá k těmto zjištěním i starší generace, která chce být ve svém životě při změně životního stylu co nejdéle aktivní. Přeje si dostávat co nejlepší a nejodbornější péči. Tato skutečnost má velký podíl na zvyšujícím se počtu pacientů, kteří vyhledávají nemocnice s udělenou akreditací (Joint Commission International, 2011).

V rámci diskuse jsou hodnoceny výsledky kvalitativního výzkumného šetření zaměřeného na vliv akreditace na pacienta. Prvním cílem bylo zjistit, jakým způsobem mají vybrané nemocnice zaveden „Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb v nemocnici s akreditací (JCI)“. Druhým cílem bylo prozkoumat vliv akreditace (JCI) na pacienta, jeho spokojenost a úroveň zpětné vazby. Třetím cílem bylo definovat přínos akreditace v nemocnici s JCI vůči zařízení bez JCI z pohledu pacienta.

Do výzkumného šetření byli zahrnuti pacienti hospitalizovaní v Nemocnici Na Homolce, kteří splňovali podmínky pro zařazení do výzkumného vzorku. Podmínkou pro zařazení do vzorku byla zkušenost pacienta s hospitalizací v nemocnici bez mezinárodní akreditace. Pro zjištění informací byla použita metoda dotazování technikou polostrukturovaných rozhovorů. Otázky položené pacientům zjišťovaly jejich názor na poskytovanou péči v Nemocnici Na Homolce a také jejich názor na předchozí hospitalizaci v nemocnici bez akreditace JCI. Rozhovory s pacienty byly zpracovány pomocí rámcové analýzy (kategorizovaných skupin).

V rámci rozhovoru byl pacientům položen soubor otázek, který měl zjistit jejich názor na péči poskytovanou v nemocnici s JCI akreditací a jejich zkušenosti s předchozí hospitalizací v zařízení bez akreditace JCI.

První výzkumná otázka byla: „Jak pacient vnímá úroveň péče, její dostupnost a kontinuitu v zařízení s akreditací?“ Mezinárodně akreditovaná nemocnice musí respektovat národní legislativu, jejíž součástí je Koncepce ošetrovatelství vydaná MZČR v roce 2004. V této koncepci uvádí MZČR (2004) charakteristické rysy ošetrovatelství, mezi které patří: poskytování aktivní ošetrovatelské péče, poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu, poskytování ošetrovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem, holistický přístup k nemocnému, preventivní charakter péče, poskytování péče ošetrovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků (vícestupňový způsob). Ve zdravotnických zařízeních se lze setkat s několika metodami přístupu ošetrovatelského personálu v péči o pacienta. Použitá ošetrovatelská metoda ovlivňuje úroveň péče.

Jako základní lze označit celkovou ošetrovatelskou metodu, která podporuje holistický přístup k pacientovi dle požadavků JCI. Holistický přístup znamená poskytování přímé péče jednou sestrou. Při tomto přístupu je produktivita práce vysoká a sestra má možnost vykonávat ošetrovatelský proces v celém rozsahu. Celková metoda je zaměřena zejména na aktivní vyhledávání potřeb pacienta. V rámci této metody je úroveň péče hodnocena na základě bezpečného prostředí, ve kterém se péče poskytuje. Dále se hodnotí dostupnost, přiměřenost, kontinuita, účinnost, efektivnost a včasnost poskytované péče.

Další metoda je funkční metoda, která klade důraz na přidělování úloh ošetrovatelskému personálu, které je potřeba splnit. Metoda je zaměřena především na plnění úkolů ošetrovatelského personálu. Individualita pacienta a jeho potřeby se ztrácí. Blíže metodu popisuje Farkašová (2006) ve své knize Ošetrovatelství - teorie.

Z rozhovorů vyplývá, že pacientům byla během hospitalizace v akreditované nemocnici JCI poskytována ošetrovatelská péče dle obou metod. Respondent č. 1 se setkal na oddělení neurochirurgie s funkční metodou ošetrovatelské péče. Respondentka

č. 2 naopak uvedla, že na cévním oddělení se sestry starají o pacienty celkovou metodou ošetrovatelské péče.

Výskyt funkční metody v akreditované nemocnici dle JCI je zajímavou skutečností. Dle Joint Commission International (2011) by se metoda funkční ošetrovatelské péče neměla vyskytovat v zařízení, které má udělenou JCI akreditaci. Funkční metoda ošetrovatelské péče nepodporuje holistický přístup k nemocnému.

Dalším kritériem kvality péče dle JCI je její dostupnost. Každý pacient by měl mít možnost získat potřebné služby z hlediska geografického, finančního, časového, sociálně kulturního i organizačního. Pět pacientů v rozhovorech uvedlo, že péče dle jejich potřeb byla dostupná jak z hlediska časového, tak i organizačního.

Výjimkou je pacient č. 4, který vypovídá, že měl dopředu naplánovaný operační zákrok, a když se dostavil do nemocnice, zjistil, že pro něj na chirurgickém oddělení neměli zajištěné lůžko. Pacient vyřešil situaci s personálem domluvou. Protože bydlel blízko nemocnice, vrátil se na noc domů. Ráno přišel na příjem znovu a na chirurgickém oddělení měli připravené lůžko. Tato situace je z organizačního hlediska zásadní selhání. Ačkoliv byla napravena, výrazně tak změnila pacientovy plány. V případě, že by přijel z delší vzdálenosti, nastal by patrně u pacienta problém s jeho ubytováním. Tato situace je v rozporu s požadavky JCI, podle kterých by měla být péče pro pacienty dostupná a příjem na oddělení dobře organizovaný.

Jednou z dalších součástí příjmu pacienta do akreditované nemocnice je představení personálu. Představení personálu výrazně ovlivňuje i kontinuitu péče. Pacienti vědí, na koho se obrátit se svými požadavky. Pěti pacientům se představil ošetřující personál. Respondentovi č. 4 se všechen personál nepředstavil. Důležité pro něho bylo, že poznal sestry a lékaře. Dále uvedl, že zdravotnický tým nosil vizitky se jmény, ale bez brýlí si nemohl přečíst, o koho se jednalo. Pro snazší rozpoznání personálu má Nemocnice Na Homolce vizitky, které mají příslušnou barvu dle funkce personálu. Lékař má například jinou barvu než ošetřující sestra. Zde vidím přínos pro pacienta, že rozpozná sestru například od sanitáře. Domnívám se, že by na vizitkách mohlo být větší písmo, aby pacienti měli možnost přečíst jméno. Větší písmo je důležité zejména pro pacienty trpící poruchou zraku včetně starších lidí.

Kontinuita péče, definována dle pravidel JCI, vyjadřuje stupeň koordinace péče o jednotlivé pacienty mezi poskytovateli v rámci jednoho zařízení a v rámci času, během kterého je péče poskytována. V případě, že péče není koordinována, dochází ke zvýšení nároků jak pro pacienty, tak pro nemocnice. Jako příklad může být už uvedená špatná organizace příjmu u pacienta č. 4. Kromě tohoto problému z rozhovorů vyplývá, že všichni pacienti byli s vyšetřeními, které se u nich uskutečnily, spokojeni. Nikde zbytečně nečekali, byli přijati včas a spolupráce v rámci ošetrovatelského týmu fungovala dobře.

Dalším příkladem kontinuity péče jsou například klinická vyšetření, která se pravidelně opakují, jsou prováděna odbornými pracovníky, kteří se podílejí na zdravotní péči, hodnotí její správnost a přiměřenost. Pravidelné a nejčastější je vyšetření lékařem. V nemocnici probíhá vyšetření lékařem na lůžkových odděleních denně včetně svátků a víkendů. Vyšetření pacientů provádí osoby odborně kompetentní, tedy osoby definované dle vnitrostátní legislativy a oborových předpisů. Výpovědi všech respondentů se shodují, že lékař je na oddělení navštěvoval denně a vše s nimi řádně prokonzultoval.

Další výzkumná otázka zní: „Jak pacient vnímá komplexní péči týmu odborně vzdělaného personálu (lékařů, všeobecných sester, edukačních sester, nutričních terapeutů)?“ Dle Joint Commission International (2011) je cílem zdravotnického zařízení péče o pacienty a nejdůležitější je standardizace péče, která vnímá a respektuje potřeby pacienta. Jak už bylo uvedeno, standardizace péče je důležitá, protože sjednocuje dané postupy a tím pacientovi umožňuje lepší orientaci mezi zdravotnickými zařízeními. Komplexní péče vyžaduje důsledné plánování a výbornou koordinaci, kterou zajišťují kompetentní pracovníci (lékaři, sestry, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti a další).

Joint Commission International (2011) klade důraz na poskytování komplexní péče pacientovi multidisciplinárním týmem zahrnující zejména dobrou spolupráci mezi členy ošetrovatelského týmu a mezi pacientem a jeho blízkými.

Pacienti vnímali, že se o ně starali členové zdravotnického týmu a poskytovali jim potřebnou péči dle jejich odborných kompetencí, což odpovídá požadavkům JCI.



Dokázali vyjmenovat role nejdůležitějších zdravotnických pracovníků a v případě potřeby věděli, na koho se obrátit. Součástí ošetřovatelské anamnézy je informace o duchovních potřebách pacienta. Respondent č. 4 popsal, že mu sestra při příjmu nabízela možnost, zda by si přál popovídat s knězem. Ostatním pacientům při příjmu sestra dala stejnou možnost, ale pacienti nepřikládali duchovním potřebám velký význam.

V Nemocnici Na Homolce je členem multidisciplinárního týmu také psycholog, který chodí před operací za pacienty a konzultuje s nimi jejich aktuální potřeby. Wolesská (2012) uvádí, že předoperační psychologická péče pro pacienta znamená pozornost, zájem, informace, vysvětlení a podporu. Pro pacienta je důležité, aby vnímal, že personál je s ním. Cítil jeho strach, slyšel a vnímal jeho pocity a porozuměl jim. Dále uvádí, že je potřeba říci pacientovi pravdu, hledal vyjádření a formulace, které pro něj vyzní v pozitivním smyslu. Zkušenosti s psychologem popsal například respondent č. 1, který uvedl, že psycholog je důležitý, jelikož zjišťuje, zda s operací je dotyčný srovnaný a zda je ztotožněný s plánovaným zákrokem. Domnívám se, že se jedná o velmi rozumné rozhodnutí nemocnice zaměstnávat psychology a myslím si, že pacientům rozhovor před operací pomůže zmírnit strach a obavy, kterého ho sužují. V rámci mého zaměstnání jsem si uvědomila, že pacienti, kteří jdou na operaci, mají velký strach z anestezie a bojí se, že se neprobudí. Psycholog má v těchto případech nezastupitelnou roli a zmírnění strachu vede dle mého mínění k lepšímu průběhu anestezie. V knize Psychologie nemoci (Křivohlavý, 2002) je uváděno, že během posledních let se v USA zdvojnásobil počet psychologů se specializací v psychologii zdraví, kteří pracují v nemocnicích. Jejich úkolem je pomoci pacientovi ve zvládnání jeho těžkostí, vyrovnání se s nemocí a zbavení se případných stresů.

Sestry dle požadavků JCI při příjmu pacienta na oddělení posuzují nutriční stav pacienta a dle výsledků kontaktují nutričního terapeuta. Jedním z bodů anamnézy jsou pacientovy požadavky ohledně stravování. Například zda je pacient vegetarián.

Jedním z požadavků JCI je spolupráce multidisciplinárního týmu s blízkými pacienta. Podobný názor zastávají Mastiliáková (2001) i Vybíhalová (2012), která ve své knize blíže popisuje spolupráci zdravotnického personálu, pacienta a jeho rodiny.

Spolupráce blízkých se zdravotnickým personálem je základem holistického pojetí ošetrovatelské péče. Rodina má nezastupitelnou roli v životě člověka a její význam stoupá v době hospitalizace a ještě více po propuštění domů. Hlavně tehdy, kdy nemocný není schopen samostatného žití a potřebuje pomoc druhé osoby. Pacient č. 4 uvedl, že ho informoval lékař ohledně propuštění a ptal se ho, zda se o něj bude starat někdo doma. Pacient uvedl, že doma má manželku, která se o něho bude starat. Informace o svém zdravotním stavu podával manželce sám, když za ním přišla na návštěvu nebo když mu telefonovala.

Dle mého mínění by měl zdravotnický tým konzultovat zároveň vše s blízkými pacienta, aby dostali mnohem přesnější informace a mohli se rovnou zeptat na další podrobnosti. Vedlo by to ke vzájemnému snížení strachu, vytvoření a navázání důvěrnějšího vztahu. Podpora blízkých by mohla pacientovi přinést větší morální a psychickou podporou. Kromě psychické podpory by nedocházelo ke zkreslení informací o následné péči o pacienta po propuštění z nemocnice. Domnívám se, že spolupráce blízkých se zdravotnickým týmem by měla být ve větší míře, jelikož všichni pacienti v rozhovorech vypověděli, že jejich blízké kontaktují sami. Konzultují s nimi svůj zdravotní stav bez osobní účasti zdravotnického týmu. Výjimkou byl stav po operaci, kdy si mohli jejich blízcí zavolat a zeptat se, jak dopadla operace. Dle výpovědí respondentů na příjmu na oddělení dostali jejich blízcí heslo a to při telefonické komunikaci museli jako první uvést. Jména osob, kterým se mohly podávat informace, byla zaznamenána do dokumentace, aby zdravotnický tým ošetřující pacienta věděl, komu informace podat.

Dalším požadavkem JCI je spolupráce fyzioterapeuta s pacientem a multidisciplinárním týmem. Blíže se s fyzioterapeutkou setkala pacientka č. 5, která byla hospitalizována na cévním oddělení. V rozhovoru vypověděla pacientka, že dostala od fyzioterapeutky krabičku s kuličkami na zlepšení dýchání, do které měla foukat. Na otázku, zda ji bylo vysvětleno, jak s tím má správně zacházet odpověděla: „ To mi řekla, jak do toho foukat. Nejdříve mi vyšla jedna kulička, pak mi vyšly dvě a pak dokonce tři.

Zajímavé je, že do krabičky se nefouká, ale kuličky se zvedají pomocí aktivního nádechu, kdy se pravidelným tréninkem zlepšuje kapacita plic. Z rozhovoru vyplývá, že buď podané informace byly nepřesné, nebo je pacientka špatně pochopila.

Domnívám se, že by to dokonce mohlo poškodit i její zdraví. Zde nastává opět rozpor s akreditací JCI, která má ve svých požadavcích, aby úkony u pacientů prováděly osoby odborně kompetentní, tedy osoby definované dle vnitrostátní legislativy a oborových předpisů. Pokud fyzioterapeutka měla dostatečné vzdělání a potřebné kompetence, je řešením se nad tím pozastavit a zamyslet se, zda by bylo vhodné zlepšit komunikaci mezi pacientkou a fyzioterapeutkou. Pacientka byla během celého rozhovoru vnímavá a velmi bystrá. Neměla žádné komplikace v pochopení podaných otázek a velmi dobře spolupracovala na rozdíl od respondentky č. 3. Zde je řešením dle mého názoru více rozvíjet komunikaci, zejména si ověřit zpětnou vazbou, zda pacientka všemu dobře porozuměla. Případné špatné postupy co nejdříve napravit, jelikož byla v přímém ohrožení sama pacientka.

Třetí výzkumná otázka zní: „Jak pacient hodnotí informovanost o veškeré péči související s jeho zdravím v průběhu hospitalizace?“

Dle Joint Commission International (2011) při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je velmi důležité pacienta během hospitalizace řádně o všem informovat. Cílem zdravotnického zařízení je vytvořit atmosféru důvěry a otevřené vzájemné komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty. Osobnost každého pacienta je jedinečná, má specifické potřeby, silné stránky, vlastní hodnotový systém dle Farkašové (2006).

Velmi důležitý je informovaný souhlas, který slouží k zajištění účasti pacientů na rozhodování o jim poskytnuté zdravotní péči, jak uvádí Joint Commission International (2011). Informovaný souhlas je svolení pacienta s výkonem či léčbou. Důležitý je pro pacienta z hlediska podání informací o daném výkonu, který se bude u něj provádět. Součástí informovaného souhlasu jsou informace o průběhu vyšetření včetně možných rizik. Pacient po přečtení dokument podepíše a tím potvrzuje souhlas s daným výkonem.

Pět respondentů se během hospitalizace s informovaným souhlasem setkalo. Respondent č. 4 uvádí „*Informovaný souhlas jsem obdržel před vyšetřeními, zvláště před*

*těmi radioaktivními. Jsou v něm popsány detaily plánovaného výkonu nebo vyšetření. Psáno je to velmi srozumitelně. Zajímavé je, že když jsem byl na vyšetření PET, informovaný souhlas jsem si musel předem přečíst a podepsat ho na místě před personálem, který to vyšetření uskutečňoval. U jiných vyšetření jsem vždy informovaný souhlas podepsal a vrátil ho sestře nebo lékaři, který mi ho dal.“* Oproti tomu pacientka č. 3 odpověděla, že neví, co informovaný souhlas znamená. Z rozhovoru vyplývá, že potřebnou dokumentaci podepsala, ale nebyla nejspíše dostatečně informovaná, k čemu informovaný souhlas slouží. Domnívám se, že zde nastává prostor k zamyšlení nad tím, zda pacientka byla dostatečně informována zdravotnickým personálem.

Dle Joint Commission International (2008) je komunikace mezi ošetřujícími pracovníky a pacienty velmi důležitá, správné pochopení vede k větší důvěře a spolupráci při poskytování komplexní zdravotní péče. Domnívám se, že pacientce informace zdravotnický personál poskytl, ale neověřil si, zda dobře všemu porozuměla a k čemu jí podané informace měly sloužit. Zdravotní personál by mohl pacientce pomoci větší podporou v rozvoji efektivní komunikace, která obsahuje zejména ověření zpětné vazby.

Poslední výzkumná otázka zní: „Jaký rozdíl v péči spatřuje pacient v nemocnici s akreditací vůči jinému zařízení bez ní?“ Mezinárodní akreditace požaduje po zdravotnických zařízeních plnění mnoha požadavků, které pacient ani často nevnímá. Cílem těchto opatření je poskytování bezpečnější a kvalitnější péče dle individuálních potřeb pacienta, jak už bylo několikrát zmíněno. Bezpečnější proto, že nemocnice musí splňovat mezinárodní bezpečnostní cíle. Jedním z cílů, který je přímo definovaný JCI, je prevence pádu u rizikových pacientů. Toto nebezpečí si mnoho pacientů ani neuvědomuje. Ke zvýšení bezpečnosti může často vést i úprava běžného vybavení. Jako příklad může být uvedena zkušenost pacienta č. 4, který vypověděl: „*V Motole například byl porouchaný zvonek na toaletě, sestry tam po značné chvíli našly pacienta, který spadl a nedokázal si přivolat pomoc. Jsem moc rád, že zde v koupelně jsou zvonky až na zem. Shledávám v tom výrazné zlepšení a snížení rizika.*“ Domnívám se stejně jako pacient, že zvonky až na zem jsou v případě pádu velmi přínosné, zejména pro hospitalizované osoby s omezenými schopnostmi pohybu a pro starší pacienty.

Zdravotnické zařízení by mělo dle JCI provést screening u každého pacienta přijímaného k hospitalizaci a záznam uvést v ošetřovatelském příjmu. Ošetřovatelský personál má za úkol screening aktualizovat každý den hospitalizace.

Aby bylo ošetřovatelskému personálu na první pohled jasné, jaká rizika mohou u pacienta očekávat, používají se další identifikační opatření. Jedním z opatření je identifikační náramek, který sestry při příjmu dávají pacientovi na pravou ruku. Na náramku je označení, zda má pacient riziko pádu, které znázorňuje žlutá barva. Dále se riziko pádu zaznamenává do dokumentace pacienta. Sestry mají na inspekčním pokoji také označení u jména pacienta. Označeno je i lůžko pacienta, aby bylo zřejmé, že pacient má riziko pádu.

Součástí plnění bezpečnostního cíle jsou i preventivní opatření, mezi které patří edukace pacienta a zajištění bezpečného prostředí (aretovaná postel, aretovaný stolek, madla ve sprše, protiskluzový povrch, dostatečné osvětlení, dostupná signalizace). Důležitý je také zvýšený dohled zdravotnického personálu. Nemocnice Na Homolce má na lůžkách pro pacienty s rizikem pádu cedule, na kterých je napsáno „Nevstávejte, používejte zvonek“, kdy nemocný nesmí bez asistence personálu opustit lůžko.

V případě pádu pacienta sestry zajistí ošetření pacienta. Vyplní v dokumentaci záznam o pádu. Další povinností sestry je zapsat pád do elektronického formuláře „hlášení pádu pacienta“.

Dostupnost péče je dalším požadavkem JCI. Blíže se jedná o dostupnost plánované operace. Z rozhovorů jsme se dozvěděli, že dva respondenti se setkali s dlouhou čekací lhůtou na plánovanou operaci v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, a proto bylo pro ně snazší si operaci domluvit v Nemocnici Na Homolce, která měla čekací lhůty na plánované operace podstatně kratší. Domnívám se, že Ústřední vojenská nemocnice v Praze má delší čekací lhůty na plánované výkony z důvodů toho, že se jedná o spádovou nemocnici pro Prahu 6 a její povinností je ošetřit všechny pacienty spadající pod tuto oblast. Nemocnice Na Homolce není spádová nemocnice. Tou je sousední Fakultní nemocnice Motol, která je spádová pro Prahu 5 a její široké okolí, zasahující značně do Středočeského kraje. Nemocnice Na Homolce přijímá pacienty na základě dohod s ostatními zdravotnickými zařízeními podle aktuální situace. Zde nastává otázka

k zamyšlení, zda Nemocnice Na Homolce by byla schopna poskytovat péči dle požadavků JCI , kdyby byla zároveň spádovou nemocnicí pro určitou část Prahy.

Úroveň poskytované ošetrovatelské péče hodnotili dva respondenti velmi pozitivně a v rozhovorech uvedli, že by uvítali, kdyby ošetrovatelská péče byla všude stejná jako v Nemocnici Na Homolce nebo ve FNKV. Pacient číslo 6 četl v odborném tisku, že poskytovaná péče pacientům je ve většině zdravotnických zařízení různá, a proto by si přál, aby ošetrovatelská péče byla na stejné úrovni. Dále uvedl, že v Nemocnici Na Homolce vládne řád a pracoviště vyžadující disciplínu je zárukou bezpečné a kvalitní péče. Ošetrovatelský personál má k pacientovi lidský přístup, který v něm vzbuzuje důvěru.

Respondentka č. 5 uvedla porovnání péče se Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze. Pacientka popisuje průběh hospitalizace, při které jí bylo, dle jejího názoru, poškozeno zdraví. Zde se cítí v bezpečí a nebojí se, čeká na operaci a léčí infekci, kterou, dle jejího mínění, získala během předchozí hospitalizace ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Pacientka se domnívá, že ošetřující personál nedodržel základní postupy bariérové péče. Ležela na interním oddělení a na pokoj k ní dali další pacientku. Když respondentka šla na toaletu a vracela se, na dveřích byla cedulka upozorňující, že na pokoji leží infekční pacientka. Vzhledem k tomu, že respondentka měla na zádech otevřenou nezhojenou ránu, domnívá se, že zhoršený průběh a následné rozšíření infekce v ráně bylo způsobeno tím, že sestry nedodržely hygienické předpisy a nakazily ji. Dle mého mínění udělal zdravotní personál chybu v komunikaci, když pacientku neinformoval, že k ní na pokoj dávají pacientku s infekcí. Dále je otázka, zda a jakým způsobem došlo k přenosu infekce. Dle vyprávění pacientky se rána nehojila a nebylo jí dobře. Pacientka se zanedlouho necítila dobře, lékař navrhl udělat krevní odběry a následně se z výsledků zjistila probíhající infekce. Správné postupy bariérové péče jsou popisovány v knize Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi (Maďar, Podstatová, Řehořová, 2006).

Všeobecná fakultní nemocnice nemá akreditaci JCI a z mých zkušeností, kdy jsem tam byla dříve hospitalizována na jednoduchý operační zákrok, vím, že nemocnice je

spádová pro velkou oblast Prahy. Na některých odděleních pracuje málo sester a lékařů a počet pacientů je značně vysoký.

Spádové nemocnice v Praze jsou dle mého názoru velmi často přetížené. Z osobních zkušeností vím, že na jednom oddělení je například 35 pacientů, z toho minimálně polovina ležících. Ve službě se o ně stará lékař a většinou dvě sestry. Domnívám se, že je zcela nemožné poskytovat všem pacientům řádnou péči dle holistické teorie. Tento můj názor podpořil i pacient, který popisuje svoji zkušenost ve fakultní nemocnici Motol, která je spádová pro Prahu 5.

Respondent č. 5 vypověděl: „*Snaha lékařů a sester byla evidentně vysoká, ale byl tam například veliký počet pacientů na dvě sestry a jednoho lékaře.*“

Ostatní respondenti během rozhovorů popsali určité nedostatky, které by neakreditované nemocnice měly změnit, protože by mohly ohrozit zdraví pacienta během hospitalizace.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že čtyři respondenti si uvědomují rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče. Největší rozdíly vnímají v uspokojování psychosociálních potřeb. Podle mého názoru to souvisí s tím, že péče v Nemocnici Na Homolce se soustředí na člověka jako holistickou bytost se všemi jeho potřebami, zatímco v nemocnici bez akreditace je péče zaměřena především na uspokojování biologických potřeb. Domnívám se, že je to způsobeno ve většině případů nedostatečným počtem ošetrovatelského personálu v nemocnici. Vliv má jistě i vzdělanost sester v komunikaci s nemocným, kdy bylo shledáno, že je určitě potřeba komunikaci více rozvinout například pomocí seminářů, přednášek, jak v nemocnici s akreditací JCI, tak především v nemocnicích bez akreditace.

Výstupem bakalářské práce je návrh praktického semináře pro sestry, který by měl obsahovat základní informace o efektivní komunikaci s nemocným zaměřený zejména na zpětnou vazbu (viz příloha č. 9).

## Závěr

Bakalářská práce na téma „Vliv akreditace na pacienta“ měla stanovené tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jakým způsobem mají vybrané nemocnice zaveden program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb v nemocnici s akreditací (JCI). Druhým cílem bylo prozkoumat vliv akreditace (JCI) na pacienta, jeho spokojenost a na úroveň zpětné vazby. Posledním cílem bylo definovat přínos akreditace v nemocnici s JCI vůči zařízení bez JCI z pohledu pacienta.

První výzkumná otázka řešila, jak pacient vnímá úroveň péče, její dostupnost a kontinuitu v zařízení s akreditací. Z rozhovorů vyplynulo, že pacientům byla během hospitalizace v akreditované nemocnici JCI poskytována ošetrovatelská péče dle celkové nebo funkční metody. Dále pět pacientů v rozhovorech uvedlo, že péče dle jejich potřeb byla dostupná jak z hlediska časového, tak i organizačního. V jediném případě nebylo zajištěno lůžko. Situace se vyřešila dohodou personálu s pacientem.

Důležitou součástí příjmu pacienta do akreditované nemocnice je představení personálu, které výrazně ovlivňuje i kontinuitu péče. Pěti pacientům se ošetřující personál představil, u jednoho pacienta se tak nestalo. V nemocnici probíhalo vyšetření lékařem na lůžkových odděleních denně včetně svátků a víkendů. Výpovědi všech respondentů se shodují, že lékař je na oddělení navštěvoval denně a vše s nimi řádně prokonzultoval.

Na druhou výzkumnou otázku, jak pacient vnímá komplexní péči týmu odborně vzdělaného personálu, pacienti odpověděli, že spolupráce multidisciplinárního týmu fungovala, respondenti zejména oceňovali práci psychologa.

Třetí výzkumná otázka hodnotila informovanost o veškeré péči související se zdravím pacienta v průběhu hospitalizace. Pět pacientů se během hospitalizace setkalo s informovaným souhlasem, pouze jedna respondentka vypověděla, že neví, co informovaný souhlas znamená. Z šetření vyplynulo, že potřebnou dokumentaci všichni podepsali a pacientka, která si na tento úkon nepamatovala, byla nejspíše informována, ale sestry si zpětnou vazbou neověřily, zda podaným informacím dobře porozuměla.



Poslední výzkumná otázka zněla, jaký rozdíl v péči spatřuje pacient v nemocnici s akreditací vůči jinému zařízení bez ní. Rozdíly v péči pacienti spatřovali v bezpečnostních opatřeních. Dále z rozhovorů vyplynulo, že se dva respondenti setkali s dlouhou čekací lhůtou na plánovanou operaci v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, a proto pro ně bylo snazší si operaci domluvit v akreditované Nemocnici Na Homolce, která měla čekací lhůty na plánované operace podstatně kratší. Úroveň poskytované ošetrovatelské péče hodnotili dva respondenti velmi pozitivně a v rozhovorech uvedli, že by uvítali, kdyby ošetrovatelská péče byla všude stejná jako v Nemocnici Na Homolce nebo ve FNKV. Jedna pacientka porovnávala péči v akreditované nemocnici se Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze. V rozhovoru popsala průběh hospitalizace ve VFN, při které jí bylo, dle jejího názoru, poškozeno zdraví.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že čtyři respondenti si uvědomovali rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče. Vliv má jistě i vzdělanost sester v komunikaci s nemocným, kdy bylo shledáno, že je určitě potřeba komunikaci více rozvinout například pomocí seminářů, přednášek jak v nemocnici s akreditací JCI, tak především v nemocnicích bez akreditace.

Výsledky šetření této bakalářské práce budou poskytnuty akreditované nemocnici, ve které bylo uskutečněno výzkumné šetření.

Výstupem bakalářské práce je návrh praktického semináře pro sestry, který by měl obsahovat základní informace o efektivní komunikaci s nemocným zaměřený zejména na zpětnou vazbu.

## Seznam použitých zdrojů

BEZDĚKOVÁ, Iva, 2010. Zdravotníci si byrokracii často přidělávají sami. Praha: *Medical Tribune*, [online] Praha, [cit. 2013-02-26]. Dostupné z WWW: <http://www.tribune.cz/clanek/16136>

BEZDĚKOVÁ, Iva, 2009. Sestry mají kvůli papírování méně času na pacienta. Praha: *Medical Tribune*, [online] Praha, [cit. 2013-02-26]. Dostupné z WWW: <http://www.tribune.cz/clanek/16106>

BOHATÝ, Jiří, 2010. Akreditace není klacek ani kouzelná hůlka. Praha: *Zdravotnické noviny*, [online] Praha, [cit. 2012-11-14]. Dostupné z WWW: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2010/akreditace-neni-klacek-ani-kouzelnahulka-381/>

BRABCOVÁ, Iva, 2007. Akreditace a její přínos pro ošetřovatelství. In: *Nové trendy v ošetřovatelství VI.: sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. jihočeské ošetřovatelské dny 20. – 21. 9. 2007*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 48- 51. ISBN 978 -80-7040-992-3.

DOSSEY, Barbara, KEEGAN, Lynn, 2012. *Holistic Nursing: A Handbook for Practise*. USA: Jones & Bartlett Learning, 6. vydání. ISBN: 9781449651756.

FARKAŠOVÁ, Dana a kol.. 2006 *Ošetřovatelství - teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.

GUTOVÁ, Lenka, PAVELKOVÁ, Eva, 2007. Ošetřovatelský proces z hlediska akreditačních standardů SAK ČR. Praha ÚVN: Sak ČR, [online] Praha, [cit. 2013-2-15].

Dostupné z WWW: <http://www.rehabilitacniustav.cz/files/Pavelkova-Gutova-os-proces.pdf>

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1996. Práva pacientů (komentované vydání). Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové. ISBN 80-902163-0-7.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2011. *Accreditation standards for hospitals*. Vyd. 4. Oakbrook Terrace, IL, U.S.A.: Joint Commission Resources. ISBN: 978-1-59940-434-9

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2012. JCI-Accredited-Organizations. Oakbrook Terrace, IL, U.S.A.: Joint Commission Resource: Praha [online] [cit. 2012-12-19]. Dostupné z WWW: <http://www.jointcommissioninternational.org/JCI-Accredited-Organizations/>

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2012. Leading practices shared with the World. Oakbrook Terrace, IL, U.S.A.: Joint Commission Resources: *The world's leading practices delivered*, [online] Praha. [cit. 2012-11-14]. Dostupné z WWW: <http://www.jointcommissioninternational.org/About-JCI/>

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Vyd. 3. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247- 2436-2

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0179-0.

MAĎAR, Rastislav, PODSTATOVÁ, Renata, ŘEHOŘOVÁ, Jarmila, 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1673-9.

MARKOVÁ, Eva, 2012. Pojetí českého profesionálního ošetrovatelství v kontextu světového ošetrovatelství. České Budějovice: *Kontakt*, č. 2, s. 129. ISSN 1212-4117.

MARX, David, VLČEK, František, 2009. *Průvodce akreditačním šetřením spojené akreditační komise, o.p.s. ve zdravotnických zařízeních pro následnou a dlouhodobou péči (manuál a metodika)*, [online] Praha, [cit. 2012-12-13]. Dostupné z WWW: [http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=pr%C5%AFvodce%20akredita%C4%8Dn%C3%ADm%20%C5%A1et%C5%99en%C3%ADm%20spojen%C3%A9%20akredita%C4%8Dn%C3%AD%20komise%2C%20o.p.s.%20ve%20zdravotnick%C3%BDch%20za%C5%99%C3%ADzen%C3%ADch%20pro%20n%C3%A1slednou%20a%20dlouhodobou%20p%C3%A9%C4%8Di%20\(manu%C3%A1l%20a%20metodika\)%2C%20&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sakcr.cz%2Fget\\_file.php%3Ffile%3D.%2Fadmin%2Fupload%2Fdownload%2Fpruvodce-akr-setrenim-np.pdf&ei=liGAUZqlNqSL4gT6xoGwCw&usg=AFQjCNEDgA04N3T7yjYZgNsDO9J3-0BvBw&bvm=bv.45645796,d.ZWU](http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=pr%C5%AFvodce%20akredita%C4%8Dn%C3%ADm%20%C5%A1et%C5%99en%C3%ADm%20spojen%C3%A9%20akredita%C4%8Dn%C3%AD%20komise%2C%20o.p.s.%20ve%20zdravotnick%C3%BDch%20za%C5%99%C3%ADzen%C3%ADch%20pro%20n%C3%A1slednou%20a%20dlouhodobou%20p%C3%A9%C4%8Di%20(manu%C3%A1l%20a%20metodika)%2C%20&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sakcr.cz%2Fget_file.php%3Ffile%3D.%2Fadmin%2Fupload%2Fdownload%2Fpruvodce-akr-setrenim-np.pdf&ei=liGAUZqlNqSL4gT6xoGwCw&usg=AFQjCNEDgA04N3T7yjYZgNsDO9J3-0BvBw&bvm=bv.45645796,d.ZWU)

MARX, David, 2008. *Současný stav akreditací v ČR a výhled do budoucna*, [online] Praha, [cit. 2012-12-22].  
Dostupné z WWW: [http://www.fno.cz/documents/2008\\_02\\_21\\_002.pdf](http://www.fno.cz/documents/2008_02_21_002.pdf)

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2010. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-457- 3.

MÁŠOVÁ Renata, HAVRDLÍKOVÁ Markéta, 2009. Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána. Dobříš: *Sestra*, [online] Praha, [cit. 2013-02-04]. Dostupné z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/standardy-oseetrovatelske-pece-podle-donabediana-444784>

MZČR, 2004. *Koncepce ošetrovatelství – Věstník 9*. Praha: MZČR [online] Praha, [cit. 2013-01-06].  
Dostupné z WWW: [http://www.fnusa.cz/files/kliniky/ooop/Koncepce\\_oseetrovatelstvi.pdf](http://www.fnusa.cz/files/kliniky/ooop/Koncepce_oseetrovatelstvi.pdf)

PAPOUŠKOVÁ, Petra, OTÁSKOVÁ, Jiřina, BRABCOVÁ, Iva, 2009. Vyhodnocení kvality ošetrovatelské péče v českobudějovické nemocnici pomocí vybraných indikátorů. *Kontakt*, č. 1, s. 9. ISSN 1212-4117.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3

POHLOVÁ, Andrea, 2008. Osobnosti u zrodu profesionálního ošetrovatelského vzdělávání. Praha: *Sestra*. č. 4, s. 17-18. ISSN: 1210- 0404.

SOMROVÁ, Jana, BÁRTLOVÁ Sylva, 2012. Význam akreditace nemocnic pro ošetrovatelství. České Budějovice: *Kontakt*, č. 4, s. 410. ISSN 1212-4117.

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, o. p. s., 2008. O nás, [online] Praha, [cit. 2012-12-26]. Dostupné z WWW: <http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE o.p.s., 2013. Akreditační standardy pro nemocnice. Praha: Spojená akreditační komise o.p.s. [online] Praha, [cit. 2013-02-06]. Dostupné z WWW: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>

SVOBODOVÁ, Michaela, 2010. Získání akreditace nám může pomoci i ekonomicky. Praha: *Zdravotnické noviny*, [online] Praha, [cit. 2012-12-30]. Dostupné z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/ziskani-akreditace-nam-muze-pomoci-i-ekonomicky-449380?category=z-domova>

ŠKRLA, Petr, 2005. „Především neublížit“ Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-419-4.

ŠKRLOVI Petr a Magda, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion s. r. o ISBN 80- 7172-841-1.

TÓTHOVÁ, Valérie, 2000. *Ošetřovatelství*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 807040454X.

TRACHTOVÁ, Eva, 2005. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2 vydání. ISBN 80-7013-324-4.

VEČEŘOVÁ, Anežka, LANKAŠOVÁ, Rebeca, 2011. Florence Nightingale – žena, ošetřovatelka, matematicka. České Budějovice: *Kontakt*, č. 1, s. 7. ISSN 1212-4117.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1262-8.

VYBÍHALOVÁ, Lenka, 2012. *Komunikace a spolupráce s rodinou nemocného*. Praha: *Sestra*. č. 11, s. 30. ISSN: 1210-0404.

WOLESKÁ, Jana, 2012. Význam psychologické předoperační přípravy u pacientů vyššího věku. Praha: *Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína*, svazek 59, č. 2, s. 27-30. ISSN 1805-4005.

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY, 2008. *WHO surgical safety checklist*. Switzerland: WHO Press, [online] Praha, [cit. 2013-2-18]. Dostupné z WWW: [http://who.int/entity/patientsafety/safesurgery/tools\\_resources/SSSL\\_Manual\\_finalJun08.pdf](http://who.int/entity/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf)

## **Seznam příloh**

### **Příloha č. 1**

Ošetrovatelské vyšetření 1. část

Ošetrovatelské vyšetření 2. část

### **Příloha č. 2**

Plán ošetrovatelské péče 1. část

Plán ošetrovatelské péče 2. část

### **Příloha č. 3**

Realizace ošetrovatelského plánu

### **Příloha č. 4**

Hodnocení plánu péče

### **Příloha č. 5**

Identifikační náramky

### **Příloha č. 6**

Verifikační protokol

### **Příloha č. 7**

Okruhy otázek k rozhovorům pro pacienty


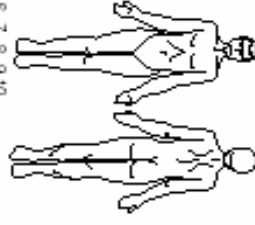


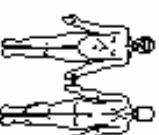
### **Příloha č. 8**

Souhlas Nemocnice Na Homolce s provedením výzkumu

### **Příloha č. 9**

Návrh na praktický seminář pro sestry

**Příloha č. 1 – ošetrovatelské vyšetření 1. část**

<h3 style="margin: 0;">Ošetrovatelské vyšetření</h3> <p style="margin: 0; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> vstupní      <input type="checkbox"/> během hospitalizace      <input type="checkbox"/> při překladu         </p>			
			
Příjemní: _____ Jméno: _____ R.C.: _____			
Datum: _____ Očekované přijetí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Rodna informována: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Fyzilogické hodnoty při přijetí TK: ..... P: ..... TT: ..... D: ..... Hypertenze v anamnéze: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Příjem hod: _____ Očekované přijetí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Alergen: _____ Alergie: _____ Bolesti Lokalizace Intenzita  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Substratnost/profylaktičnost Hodnocení stupně závažnosti <input type="checkbox"/> 0–40 vysoké závažné <input type="checkbox"/> 45–60 závažnost středního stupně <input type="checkbox"/> 65–95 lehká závažnost <input type="checkbox"/> 96–100 nezávažné	Vyznání: _____ Věha / výška: ..... BMI <input type="checkbox"/> schůďlačný <input type="checkbox"/> nesochůďlačný <input type="checkbox"/> parientální karyje zavědona dne: ..... <input type="checkbox"/> enterální scnda zavědona dne: ..... obezta: BMI 30 a výše: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne informuj lékaře a vdje/ NT kontakt NT: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> diabetik: defekt nohou <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Oddělení: _____ Vyznání Vypřazdiování Problémy s močením: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> rezání <input type="checkbox"/> relence <input type="checkbox"/> inkontinence moč,kalčet zavědona dne: Problémy se stolici: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> zápa <input type="checkbox"/> příjem <input type="checkbox"/> stolme <input type="checkbox"/> inkontinence Kůže změny na kůži <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekulitivy <input type="checkbox"/> jiné slupen: 1. zženemání 2. tvorba puchýřů 3. hluboké poškození kůže a tkáně 4. dekulitus na kost   
Dýchání Poltze: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> UPV Kufák: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne dušnost: <input type="checkbox"/> křidová <input type="checkbox"/> cyanosa <input type="checkbox"/> námatová Kášel <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> dráždivý <input type="checkbox"/> s expktozací Spánek Narušeny: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Psychický stav <input type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespokupracuje <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> zmatený Proved praxoum aktuálního psychologického stavu (viz str 21)	Riziko pádi skóre: <input type="checkbox"/> riziko dekulitů N skóre: <input type="checkbox"/> riziko ICHS <input type="checkbox"/> riziko SDN Schopnost edukace nemocný <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne rodina <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Potřeba edukace <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne temaviz edukaci zaznam: ..... Potřeba duchovních služeb: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Rizika Planování propustění <input type="checkbox"/> není schopen vykonávat aktivity denního života a sebepečí <input type="checkbox"/> omezení s dlouhodobými následky <input type="checkbox"/> není orientován (čas, místo, osoba) <input type="checkbox"/> problémy s medkací <input type="checkbox"/> vyzaduje následnou rehabilitaci <input type="checkbox"/> bydlí sám <input type="checkbox"/> je v pečl ..... Kontakt se sociálním pracovníkem <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pochpis a razitko sestry: Datum: _____ Cas: Pochpis a razitko lékaře: _____

UPV - unlit pání vertice; BMI - body mass index; DII - diabetes mellitus; TK - tlakovi; P - pulk; TT - těsnost tepla; NT - nutriční stav; CCGS - Glasgow Coma Scale; SDN - syndrom dekulitace nohy

Zdroj: (Glutová, Pavelková, 2007)



**Příloha č. 1 – ošetrovatelské vyšetření 2. část**

Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové											
cel. Schopnost	vliv	Stav	Průhlednost	Pravidelné	Stav	Ástava	Nečistota	Neudržování	Společ.		
spokojen	plně	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok		
4-10	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
10-20	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
20-30	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
30-40	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok		
ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok		
ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok		
ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok		
ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok		
ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok		
ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok		
ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok		
ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok		
ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok		

HODNOCENÍ NUTRIČNÍHO STAVU											
Bartheliov test zakládáních všedních činností						Posouzení aktuálního psychického stavu					
přijem potravy a tekutin	10	5	0	0	0	A. orientace	1	0	B. emoce	1	0
občasně	10	5	0	0	0	jiného	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koupání	5	0	0	0	0	věk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osobní hygiena	5	0	0	0	0	dobru dostupného dte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kontinence moči	10	5	0	0	0	kde je (míst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kontinence stolice	10	5	0	0	0	kolik je hodin (asi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
použití WC	10	5	0	0	0	počet od 10 - 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
přesun na lůžko	15	10	5	0	0	na výzvu zavřít/otevřít oči	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Score 3 a více	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chůze po rovině	15	10	5	0	0	Score 3 a více	Score 3 a více	inými identifikovat ústa	Score 3 a více	inými identifikovat ústa	Score 3 a více
chůze po schodech	10	5	0	0	0	Score 3 a více	Score 3 a více	inými identifikovat ústa	Score 3 a více	inými identifikovat ústa	Score 3 a více
CELKEM											
Postupují dle medického návodu č. 8/2008											
Skóre: 0 - 60 Informují lékaře a kontaktní fyzioterapeuta											
60 - 100 postupují dle RO - standard 34 - 35 - 36 - 37											

Zjištění rizika pádu											
Aktivita		Skóre						Skóre			
Pohyb	Neomezený	0	Smyslové poruchy			Zdravé			Skóre		
	Použitá pomůcka	1	Vizuální, sluchové,			smyslový deficit					
Výprazdnování	Nedržopen přisunut	1	Meniční status			Orientován					
	Nevyžaduje pomoc	0	Očekávaná noční desorientace			Historie desorientace/demence					
Medikace	Vyžaduje pomoc	1	Věk			18 - 75					
	Neužívá žádné léky	0	75 a výše								
Užívají léky ze skupiny diuretik, antihipertenziv, antiparkinsonik, antilipertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny											
Skóre vyšší než 3, postupují dle čs. standardu č.17.											


Soubor bodů = celkové skóre nutričního stavu / Skóre 2 body a více: kontaktní nutričního terapeuta											
BMI	pacient mladší než 70 let	> 20,5	18,5 - 20,5	< 18,5							
	pacient starší než 70 let	> 22	20 - 22	< 20							
Nechtěně zhubnutí v posledních 3-6 měsících a dle hrdne		< 5 kg	5 - 10 kg	> 10 kg							
Celkový příjem slavy za den (zhrnkem obvyklého množství)		> 3/4	> 1/4 - 3/4	0 - 1/4							

Zdroj: (Glutová, Pavelková, 2007)






Příloha č. 3 – realizace ošetrovatelského plánu



**Realizace ošetrovatelského plánu**



Příjmení: \_\_\_\_\_  
 Jméno: \_\_\_\_\_  
 R.č.: \_\_\_\_\_

Oddělení: \_\_\_\_\_

Datum	M		D		P		U		T		B		O		N		I		R		D		N	
Směna																								
CELKOVÁ KOUPEL																								
Dispozice při hygieně																								
Hygiena rukou																								
Masáž kůže																								
Zvýšená péče o oči, vyplach																								
Křmení																								
Péče o sandu																								
Očkování žal. obsahu																								
Cévkování muže																								
Cévkování ženy																								
Klyzma																								
Péče o močkat. aparátoborní																								
Péče o FZK																								
Péče o CŽK																								
Péče o a. katetr																								
Péče o ETR																								
Péče o epidurální katetr																								
Péče o dleň																								
Výměna Hadsonu																								
Převaz																								
Bandáž																								
Tamponáda																								
Informace																								
Oholení op. pole																								
Endoskopy																								
Podpis a razítko sestry																								

VYSVĚTLIVKY: ZAVEDENÍ CZK - cent. ztl. kat. PZK - perif. ztl. kat. ETR - endotracheální TES - tracheostomická RO - Rehabilitaci ošetrovatelské

Zdroj: (Glutová, Pavelková, 2007)



**Příloha č. 5 – identifikační náramky**



Zdroj: (Glutová, Pavelková, 2007)



## **Příloha č. 7 – okruhy otázek k rozhovorům pro pacienty**

### **1) Jak pacient vnímá úroveň péče, její dostupnost a kontinuitu v zařízení s akreditací**

Byl/a jste zde hospitalizován/a spádově, nebo jste si nemocnici vybral/a sama/ sám?

Byl/a jste hospitalizován/a plánovaně, akutně nebo Vás přeložili z jiného zdravotnického zařízení?

Pokud jste byl/a přijat/a plánovaně, jak dlouho trvalo, než Vás přijali do nemocnice?

Jak dlouho trvalo, než jste se dostal/a od příjmu na oddělení?

Jaká je vaše spokojenost s ošetrovatelskou péčí, která je Vám zde poskytována? Co byste případně chtěl/a zde změnit?

Jaká byla Vaše spokojenost s vyšetřeními, která probíhala během hospitalizace? Jak navazovala jednotlivá vyšetření a jak probíhala?

Byl/a jste seznámen/a s Vašimi právy a kdo Vám tyto informace poskytl?

### **2) Jak pacient vnímá komplexní péči týmu odborně vzdělaného personálu (lékařů, všeobecných sester, edukačních sester, nutričních terapeutů)?**

Při příjmu na oddělení představil se Vám ošetřující personál?

Jak dlouho jste zde hospitalizován/a?

Kteří zaměstnanci nemocnice se o Vás starají?

Jaký je jejich rozsah činností?

Jak Vám vyhoví personál v případě Vašeho přání?

Navštěvuje Vás denně lékař?

Ptají se Vás všeobecné sestry na Vaše potřeby samy od sebe, nebo je musíte vždy upozornit, že Vám něco schází?

Co si myslíte o předávání informací mezi ošetřujícím personálem a lékařem o Vašich přáních (například jste si stěžoval/a, že Vás bolí břicho. Za jak dlouho přišla od ošetřujícího personálu pomoc)?

Byl/a jste informován/a o výkonech a činnostech, které u Vás byly prováděny. Kdo Vás poučil?



Potřeboval/a jste se během hospitalizace naučit zacházet s nějakými novými pomůckami nebo přístroji? Kdo Vás učil, jak s tím manipulovat? (například diabetik a inzulinové pero, které dostal nově).

### **3) Jak pacient hodnotí informovanost o veškeré péči související s jeho zdravím v průběhu hospitalizace?**

Jaké informace Vám podal ošetřující personál při příjmu na lůžko? Chyběly Vám nějaké informace?

Kdo Vám podával informace během hospitalizace a v jaké podobě jste je dostával/a? (ústní nebo písemné)

Popište mi, setkal/a jste se zde během hospitalizace s informovaným souhlasem? Sdělili Vám, k čemu slouží? A když byl písemnou formou, kdo ho dával podepsat?

Na co se Vás ptala všeobecná sestra při příjmu na oddělení?

Na co se Vás ošetřující personál ptá, než Vám uskuteční vyšetření nebo výkony?

Jaké informace Vám byly sděleny ohledně péče po propuštění?

Půjdete domů nebo do jiného zdravotnického zařízení?

Jakým způsobem si přivoláte ošetřující personál, když potřebujete pomoc?

### **4) Jak příbuzní hodnotí informovanost o veškeré péči související se zdravím pacienta v průběhu hospitalizace?**

Jaké informace Vám poskytl lékař při provádění vstupního vyšetření? Ptal se Vás, komu může sdělovat informace o Vašem zdravotním stavu nebo poskytl informace Vaším blízkým bez Vašeho souhlasu?

Ověřoval si někdo Vaši totožnost, že jste osobou, která může získávat informace na základě souhlasu Vašeho blízkého?

Jaké informace jste obdržel/i od ošetřujícího personálu ohledně možnosti spolupráce s Vaším blízkým týkající se například plánování nebo rozhodování o navrhované léčbě?

Jakým způsobem Vám byly sdělovány informace o zdravotním stavu vašeho blízkého? (ústně, písemně, telefonicky)

Jaké informace jste získali telefonicky o Vašem blízkém, který je hospitalizován?

Jak často Vás mohou Vaši blízcí navštěvovat?

Jak vnímáte spolupráci ošetřujícího personálu s pacientem? Chtěli byste něco změnit?

Jaké informace Vám byly sděleny o pacientovi ohledně péče po propuštění? Půjde domů nebo jiného zdravotnického zařízení?

Jste spokojeni s informacemi podané ošetřujícím personálem? Chyběly Vám nějaké informace? Jaké to případně byly?

### **5) Jaký rozdíl v péči spatřuje pacient v nemocnici s akreditací vůči jinému zařízení bez ní?**

Víte, co je to akreditace? Popište mi prosím, co si myslíte, že to je a jaký by mohla mít pro Vás přínos?

Víte, že má akreditaci tato nemocnice a v případě, že ano, o jakou se jedná? Víte, že existuje více druhů akreditací? (národní nebo mezinárodní)

Popište mi Vaše dojmy, myslíte si, že akreditovaná nemocnice přináší pacientovi větší míru bezpečné a kvalitní péče?

Byl/a jste někdy hospitalizován/a v jiné nemocnici: Kdy? O jakou nemocnici se jednalo?

Popište mi, jaký jste měl/a celkový dojem z péče, která Vám tam byla poskytnuta a pocity z péče, která je Vám poskytnuta zde? Vidíte nějaký rozdíl?

Popište mi prosím, v čem se Vám zdá péče pro Vás zde v nemocnici přínosná a v čem se Vám zdála přínosná v předchozí nemocnici, kde jste byla hospitalizována? Chtěl/a byste něco změnit?

Jaký spatřuje rozdíl v ošetrovatelské péči poskytované zde oproti nemocnici, kde jste byl/a hospitalizován/a předtím?

Uvítal/a byste v předchozím zařízení nebo zde vylepšení některých postupů v péči, co Vám byla poskytnuta? Jak byste si to představovala?

Staral se o Vás zdravotnický personál stejně nebo vidíte rozdíl v přístupu zde oproti předchozí hospitalizaci?

Jste zde spokojena s komunikací? Vyslechne vás zdravotní personál, když se potřebujete s něčím svěřit? Porovnejte mi přístup zdravotnického personálu ke komunikaci s Vámi zde a v předchozí nemocnici?

## **Příloha č. 8 – souhlas Nemocnice Na Homolce s provedením výzkumu**

**Nemocnice Na Homolce**

**Roentgenova 2/37,**

**150 30 Praha 5**

V Praze dne 1. března 2013

Věc: Žádost o povolení k provedení výzkumu


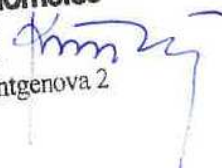
Dobrý den,

jmenuji se Lucie Krasničanová a jsem studentkou III. ročníku bakalářského studia Ošetrovatelství na Jihočeské Univerzitě v Českých Budějovicích, fakultě zdravotně sociální.

Tímto bych Vás chtěla požádat o povolení k provedení výzkumu ve Vaší nemocnici Na Homolce. Výzkum je součástí mé závěrečné bakalářské práce na téma: Vliv akreditace na pacienta.

Šetření je prováděno anonymně, formou rozhovorů s pacienty a výsledky Vám mohou být poskytnuty před zveřejněním mé bakalářské práce.

Předem děkuji za kladné vyřízení žádosti.

  
**Nemocnice Na Homolce**  
Eva Kuříková  
hlavní sestra  
150 30 Praha 5, Roentgenova 2  


Lucie Krasničanová

U Radnice 455

Odolena Voda 250 70

## **Příloha č. 9 návrh na praktický seminář pro sestry**

Návrh na praktický seminář pro sestry zaměřený na zlepšení efektivní komunikace s pacienty.

### **Současný stav**

Efektivní komunikace obsahuje všechny složky komunikace – neverbální komunikaci, verbální komunikaci a komunikaci činem při dialogu, prezentaci, argumentaci či vyjednávání.

Efektivní komunikace je důležitá v rámci ošetrovatelské činnosti pro všechny sestry. Sestra, která účinně komunikuje, je úspěšnou iniciátorkou změn zaměřených na upevnění zdraví, snáze vytváří důvěrný vztah s pacientem. Může předejít problémům spojeným s ošetrovatelskou péčí, proto je nutné přizpůsobit způsob komunikace pacientovi. Umění komunikace, které je součástí ošetrovatelského procesu, přispívá ke zkvalitňování ošetrovatelské péče a sleduje uspokojování potřeb pacienta. V ošetrovatelském procesu je důležitá sociální komunikace, která představuje běžný kontakt s nemocným, např. při hygieně, kdy sestra může v rámci ošetřování navázat vztah s nemocným. Dále je důležitá specifická komunikace. Při této komunikaci sděluje sestra informace např. o průběhu vyšetření nebo postupu ošetření, poučuje o léčebném režimu a motivuje pacienta k léčbě a vzájemné spolupráci. Posledním druhem komunikace v ošetrovatelském procesu je terapeutická komunikace, při níž sestra poskytuje pacientovi oporu a pomoc v náročných situacích.

Zlepšení komunikačních schopností významně přispěje ke zlepšení vzájemných vztahů na nejširší úrovni s pacientem a povede ke zvýšení kvality života pacienta, zejména k plnému uspokojování jeho potřeb dle holistické filozofie (Venglářová, Mahrová, 2006).

### **Cíle semináře**

Rozšířit znalosti sester v oblasti efektivní komunikace.

Poučit sestry v oblasti specifické komunikace (práva pacientů, informovaný souhlas).

Rozšířit znalosti sester v procesu komunikace (fáze komunikace, důležitá zejména zpětná vazba, zda nemocný dobře porozuměl informacím, které mu sestra během hospitalizace podala).

Vylepšit znalosti sester v oblasti efektivní komunikace s blízkými nemocného.

Motivovat sestry k zapojení teoretických znalostí do své praxe.

**Cílová skupina:** Akreditovaný praktický seminář pro všeobecné sestry (6 kreditů)

**Forma vzdělávání:** Skupinová, skupina přibližně 7 sester

**Doba trvání:** 3 x 2 hodiny

**Místo konání:** Vojenská fakultní nemocnice v Praze

Mělo by se jednat o praktický seminář, v rámci něhož dochází k přímému nácviku efektivní komunikace, zejména zpětné vazby v diskusích a modelových situacích, které vytvářejí přednášející i sestry z osobní zkušenosti.