



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Ošetřovatelská dokumentace v domácí ošetřovatelské péči

Vypracoval: Bc. Zdeňka Chmelařová

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Ošetrovatelská dokumentace je i v současné době stále velmi diskutovaným tématem. Možná právě proto, že stále ještě mnoho zdravotnických pracovníků (lékařů i nelékařů) dostatečně nechápe důležitost a závažnost tohoto dokumentu. Dokumentace nejen že poskytuje validní informace o klientovi a jeho zdravotním stavu, ale také zajišťuje kontinuitu jeho ošetrovatelské péče a v neposlední řadě se stala důkazním materiálem v případě soudních sporů. Dokumentaci lze využít také pro školní a výzkumné účely.

Domácí péče je obor, který se poslední dobou velmi rychle rozrůstá a nabírá na popularitě. Jako součást primární a komunitní péče zajišťuje klientovi ošetřování v jeho přirozeném, známém a domácím prostředí, což je pro něho velkou výhodou, neboť nemusí trávit dny v nemocničním zařízení, které je beztak ekonomicky náročnější. Domácí péče poskytuje zdravotní služby indikované ošetřujícím lékařem či praktikem a jsou hrazené zdravotní pojišťovnou.

Tato diplomová práce se zabývá ošetrovatelskou dokumentací v agenturách domácí péče, kdy má za cíl popsat demografické vlivy na používání ošetrovatelské dokumentace, zjistit postoj sester z vybraných agentur domácí péče k ošetrovatelské dokumentaci a zanalyzovat ošetrovatelskou dokumentaci ve vybraných agenturách domácí péče.

Diplomová práce je složena ze dvou částí, teoretické a empirické. Teoretická část se zabývá historií domácí péče, statistickými údaji ukazující na růst agentur, jejich zaměstnanců i klientů, poskytováním komplexní domácí péče a zdravotnickou dokumentací. Empirická část byla realizována formou kvalitativního výzkumného šetření. Informace byly shromažďovány technikou hloubkového rozhovoru, který byl sestaven z 1 identifikační otázky a dále 11 otevřených otázek, které tvořily rámec pro celý rozhovor. V tom se respondenti mohli individuálně vyjádřit k dané problematice v rozsahu, v jakém uznali za vhodný. Výzkumný soubor tvořilo 7 sester různého věku, vzdělání a délky praxe, které v současné době pracují v agentuře domácí péče. Vzhledem k obavám sester byla přislíbena totální anonymita, proto lze pouze sdělit, že šlo o sestry z ADP hlavního města Prahy a Středočeského kraje.

Doplňkový výzkum byl proveden v 7 agenturách domácí péče ze stejných regionů, avšak ani jedna sestra nenáleží k žádné agentuře z druhého šetření.

V první fázi výzkumného šetření jsme zjišťovali ovlivnění sester demografickými vlivy, jako jsou věk, vzdělání či délka praxe na vedení ošetrovatelské dokumentace a vlastní postoj sester z vybraných agentur při vedení ošetrovatelské dokumentace. Výzkumný soubor tvořilo 7 sester pracujících v agenturách domácí péče, které byly vybrány účelově a které byly ochotny na výzkumu spolupracovat. Ve druhé fázi výzkumného šetření jsme se snažili zanalyzovat jednotlivé ošetrovatelské dokumentace vybraných agentur domácí péče. Pro tuto část jsme vybrali 7 agentur, u kterých bylo jejich vedení pod příslibem anonymity ochotné spolupracovat.

K výzkumnému šetření byly stanoveny tři cíle a tři výzkumné otázky. Prvním cílem bylo popsat demografické vlivy na používání ošetrovatelské dokumentace. Druhým cílem bylo zjistit postoj sester z vybraných agentur domácí péče k ošetrovatelské dokumentaci. Třetím cílem bylo zanalyzovat ošetrovatelskou dokumentaci ve vybraných agenturách domácí péče. Na začátku šetření jsme položili tyto otázky: Ovlivňují vedení ošetrovatelské dokumentace demografické vlivy, jako jsou věk, vzdělání či délka praxe sestry? Jaký postoj k ošetrovatelské dokumentaci zauímají sestry z vybraných agentur domácí péče? Korespondují jednotlivé části ošetrovatelské dokumentace s fázemi ošetrovatelského procesu?

Poté byla provedena analýza získaných dat, jejímž základním krokem byla transkripce rozhovorů s následnou kategorizací dat pomocí tzv. otevřeného kódování. Kódy byly poté seskupeny dle podobnosti nebo vnitřní souvislosti do kategorií, které jsou v práci znázorněny diagramy. Při získávání dat z vybraných ošetrovatelských dokumentací bylo použito techniky analýzy dokumentu, kdy pozorované znaky byly zaneseny do záznamového archu, následně seskupeny do kategorizací a pro přehlednost zaneseny do srovnávacích tabulek.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že sestry nejsou ovlivňovány demografickými vlivy při vedení ošetrovatelské dokumentace a že jejich postoj k vedení ošetrovatelské dokumentace je veskrze pozitivní, i když v některých agenturách mají stále velké mezery při vyplňování dokumentace.

Z vlastní analýzy vybraných ošetrovatelských dokumentací bylo zjištěno, že každá agentura si vytvořilo svoji vlastní dokumentaci, která jí vyhovuje. V podstatě není podstatné, zda je forma listinná či elektronická, zda se vypisuje ručně nebo je formou křížkování, neboť zákonná norma toto přesně neurčuje.

Výsledky výzkumného šetření mohou být inspirací nejen pro ošetrovatelský management ADP, ale i pro samotné sestry pracující v agenturách domácí péče celé České republiky, nejen vybraných agentur. Mohou pomoci k lepšímu uvědomění si důvodů vedení ošetrovatelské dokumentace, k prolomení negativistického postoje u sester, které se dokumentací zabývat nechtějí a které rádooby zdržuje od práce. Tato diplomová práce může posloužit nejen pro zdravotnické pracovníky z oboru agentury domácí péče, ale i pro zdravotnické pracovníky v ostatních oborech, může posloužit k publikování v odborných časopisech či na kongresech, ale hlavně jako pilotní projekt k podrobnějšímu výzkumnému šetření na úrovni jednotlivých krajů či celé ČR.

Klíčová slova: ošetrovatelská dokumentace, domácí péče, dokumentace v domácí péči, elektronická dokumentace, listinná dokumentace

Abstract

Nursing documentation is currently still very hot topic. Perhaps because they are still many health workers (physicians and non-physicians) sufficiently understand the importance and seriousness of this document. The documentation not only provides valid information about the client and his health, but also ensures continuous flow its nursing care and ultimately became a piece of evidence in case of litigation. Documentation can also be used for education and research purposes.

Home care is a field that has recently rapidly growing and gaining in popularity. As part of primary and community care nursing provides clients in its natural, familiar and domestic environment, which is a big advantage for him, he does not spend his days in hospital, which is economically difficult anyway. Home Care provides health care services indicated by the treating physician or practitioner and are paid for by health insurance.

This thesis deals with the nursing documentation in home care agencies, which aims to describe the demographic impacts on the use of nursing documentation, check the attitude of nurses from selected agencies of home care to nursing documentation and analyze the nursing documentation in selected home care agencies.

The thesis is composed of two parts, theoretical and empirical. The theoretical part deals with the history of home care, statistical data shows the growth of agencies, their employees and clients, providing comprehensive home care and medical documentation. The empirical part was realized in the form of qualitative research. The information was gathered in-depth interview technique, which was compiled from 1 identification questions and 11 open-ended questions that formed the framework for the entire interview. In fact, respondents to individually comment on the issue to the extent that they saw fit. The research group consisted of seven sisters of different age, education and length of experience, currently working from home care. Due to fears nurses were promised total anonymity, so you can just tell that they were sisters from ADP capital city of Prague and Central Bohemia. Complementary research was conducted in seven home care agencies for the same regions, but any of nurses does not belong to the Agency from the second survey.

In the first phase of the research we examined the influence of nurses' demographic factors such as age, education or length of experience in the management of nursing documentation and own attitudes of nurses from selected agencies in the management of nursing documentation. The research sample consisted of seven nurses working in home care agencies that were selected purposefully and were willing to cooperate in research. In the second phase of the research we tried to analyze individual nursing documentation of selected home care agencies. For this part, we chose seven agencies, which have been their leadership under the promise of anonymity willing to cooperate.

The research investigation set up three goals and three research questions. The first objective was to describe the demographic impacts on the use of nursing documentation. The second objective was to determine the attitude of nurses from selected agencies of home care to nursing documentation. The third objective was to analyze the nursing documentation in selected home care agencies. At the outset of the investigation, we asked the following questions: they influence the management of the nursing documentation demographic factors such as age, education or length of practice nurses? What attitudes toward nursing documentation occupy the sisters from selected home care agencies? Correspond to different parts of the nursing documentation with the phases of the nursing process?

Then, an analysis of the data obtained in which a key step in the transcription of interviews and subsequent categorization of data using the so-called. Open coding. The codes were then grouped according to similarities or internal connections into categories that are at work shown diagrams. When obtaining data from selected nursing documentation was used analysis techniques to document the observed characteristics were entered into the record sheet, then grouped into categories for clarity and entered into the scoreboards.

The results of the research showed that nurses are influenced by demographic effects in the management of nursing documentation and that their attitude towards the management of the nursing documentation is entirely positive, although some agencies are still large gaps in filling out documentation.

From my own analysis of selected nursing documentation it was found that each agency had created its own documentation, which suits her. Basically, it is irrelevant whether paper or electronic form that is printed manually or by means crossing because legal standard that does not specify exactly.

Results of the research can be an inspiration not only for the nursing management ADP, but also for the nurses working in home care agencies throughout the Czech Republic, only selected agencies. They can help to better awareness and management reasons, nursing documentation, to break negative attitudes among nurses who do not want to deal with the documentation, and that would be staying away from work. This thesis can serve not only for health care workers in the field of home care agencies, but also for healthcare professionals in other fields, may serve to publish in journals or at conferences, but mostly as a pilot project for a more detailed research investigation at regional level or across Czech Republic.

Key words: nursing documentation, home care, documentation in home care, electronic documents, paper-based documentation

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval (a) 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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 16. 5. 2016

.....

Bc. Zdeňka Chmelařová

Poděkování

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat paní Mgr. Lence Šedové, Ph.D, za trvalý zájem a citlivý přístup při psaní mé diplomové práce, cenné rady a odborné vedení, kolegyni Mgr. Martině Liškové, také všem sestrám z agentur domácí péče, které se podílely na výzkumu a v neposlední řadě mé rodině za trpělivost a obětavost.

Obsah

Úvod	13
1 SOUČASNÝ STAV	14
1.1 Historie domácí péče.....	15
1.1.1 Průřez historií domácí péče v zahraničí	15
1.1.2 Přehled historie domácí péče v České republice	16
1.1.3 Domácí péče v ČR v číslech	18
1.2 Činnost profesionálních skupin v České republice.....	23
1.3 Poskytování komplexní domácí péče v ČR.....	26
1.3.1 Zdravotně-sociální péče	28
1.3.2 Kompetence sester v domácí péči.....	35
1.4 Zdravotnická dokumentace obecně	38
1.4.1 Ošetřovatelská dokumentace	43
1.4.2 Ošetřovatelská dokumentace v domácí ošetřovatelské péči	50
2 EMPIRICKÁ ČÁST	55
2.1 Cíle práce	55
2.2 Výzkumné otázky.....	55
3 METODIKA PRÁCE	56
3.1 Použité metody	56
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	58
3.2.1 Sestry pracující v agenturách domácí péče.....	58
3.2.2 Agentury domácí péče – jejich ošetřovatelská dokumentace	59
4 Výsledky šetření.....	60
4.1 Kategorizace dat z rozhovorů	60
4.1.1 Kategorie vedení dokumentace.....	60
4.1.2 Postoj sester k ošetřovatelské dokumentaci.....	61
4.1.3 Podpora ze strany managementu při vedení ošetřovatelské dokumentace.....	62

4.1.4	Znalosti sester při nakládání/používání ošetrovatelské dokumentace	62
4.1.4.1	<i>Znalosti při uchovávání ošetrovatelské dokumentace</i>	<i>62</i>
4.1.4.2	<i>Platné legislativy pro vedení ošetrovatelské dokumentace.....</i>	<i>64</i>
4.1.4.3	<i>Chybovost v ošetrovatelské dokumentaci.....</i>	<i>64</i>
4.1.4.4	<i>Aktualizace v ošetrovatelské dokumentaci</i>	<i>65</i>
4.1.4.5	<i>Zodpovědnost za provedené záznamy</i>	<i>66</i>
4.1.5	Fáze ošetrovatelského procesu v dokumentaci	66
4.2	Sekundární analýza ošetrovatelské dokumentace na vybraných pracovištích.....	67
5	DISKUZE	74
6	ZÁVĚR.....	83
7	Seznam použitých zdrojů.....	85
8	Přílohy	95

Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
ADP	agentura domácí péče
ADOS	agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
KDP	komplexní domácí péče
ZZ	zdravotnické zařízení
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
SZO	Světová zdravotnická organizace
WHO	World Health Organization
ČČK	Český červený kříž
ČSČK	Československý červený kříž
CMP	cévní mozková příhoda
ICHS	ischemická choroba srdeční
IM	infarkt myokardu
Kč	korun českých
NCDP ČR	Národní centrum domácí péče České republiky
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

„Jen život, který žijeme pro ostatní, stojí za to.“

Albert Einstein

Úvod

Ošetrovatelská dokumentace je i v dnešní době stále dokola probírané téma. Možná snad i z důvodu toho, že mnoho jedinců nejen z řad laiků, ale převážně z řad odborné veřejnosti stále nechápe důležitost tohoto dokumentu. Odborná obec se rozdělila na dvě různě početné skupiny, kdy jedna ošetrovatelské dokumentaci fandí a bere ji jako nástroj k ulehčení práce zdravotníků, jako systematický soubor zajišťující kontinualitu a kvalitu ošetrovatelské péče a v případě nouze jako důležitý dokument v případném soudním sporu, zatímco druhá skupina ji označuje za přitěžující okolnost, kterou při svém povolání musí trpět. Dle toho také může ošetrovatelská dokumentace vypadat. Vzhledem k tomu, že vedení ošetrovatelské dokumentace vychází ze zákonné normy České republiky, je nutné, aby si každý zdravotnický pracovník uvědomil, že se ošetrovatelská dokumentace opravdu stala v podstatě důkazním materiálem a vše, co je v ní zaznamenáno, může být použito v případném sporu. A proto je nutné, aby měly sestry stále na paměti jedno lidové rčení: „Co je psáno, to je dáno.“

Hlavním důvodem pro vedení zdravotnické dokumentace by však mělo zůstat zajištění kontinuality a návaznosti ošetrovatelské péče klientům, místo pro zaznamenávání aktuálního zdravotního stavu klienta, jeho současných potřeb a problémů, intervence sester a ostatních členů multidisciplinárního týmu a také konečné zhodnocení provedených úkonů a jejich efektu.

Domácí péče je obor, který se poslední dobou stále více rozrůstá, a to nejenom ve světě, ale i v České republice. Je to obor, který jakýmkoli způsobem hendikepovaným spoluobčanům – klientům, napomáhá zůstat ve svém domácím prostředí, přičemž hendikepem se rozumí i přechodné snížení pracovní schopnosti či rekonvalescence např. po úrazech, dopravních nehodách, po náročných operačních výkonech atd., tudíž se nejedná pouze o klienty na invalidních vozících, klienty se sníženou schopností pohybu, se smyslovým postižením či jiným zdravotním znevýhodněním apod. Vzhledem k tomu, že agentury domácí péče jsou poskytovateli zdravotnických služeb plně hrazených zdravotními pojišťovnami, vztahuje se i na tyto povinnost vést zdravotnickou, potažmo ošetrovatelskou dokumentaci.

1 SOUČASNÝ STAV

„V ústavech po celé Evropě žije více než jeden milion dětí a dospělých. Ústavy byly kdysi považovány za nejlepší způsob péče o ohrožené děti, děti v akutním ohrožení a dospělé s různými potřebami podpory. Důkazy však jasně prokázaly, že ústavní péče vždy poskytuje horší výsledky z hlediska kvality života než kvalitní služby v komunitě; navíc ústavní péče často znamená celoživotní sociální vyloučení a segregaci. Vědecký výzkum raného vývoje dětí ukazuje, že pokud jde o velmi malé děti, může mít i poměrně krátké umístění dítěte v ústavní péči negativní dopady na vývoj jeho mozku a má celoživotní následky na emocionální pohodu a chování daného člověka. Z těchto důvodů a v důsledku přijetí Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením (CRPD) a dalších lidsko-právních nástrojů se institucionalizace stále více považuje za špatnou strategii a za porušování lidských práv.“ (Bulić, 2012)

1.1 Historie domácí péče

1.1.1 Průřez historií domácí péče v zahraničí

Domácí péče jako přirozený způsob péče o člověka se traduje od nejstarších dob. V rodinách se společně prožívaly radosti i starosti, v domácím prostředí se rodilo, léčilo i umíralo a to vše za přítomnosti ostatních členů rodiny. Domácí péče byla jedinou formou péče vzhledem k úrovni medicínských poznatků (Hanzlíková, 2007). Z několika zdrojů (Šindlerová, 2011, Krátká, 2008, Hanzlíková, 2007), včetně článku Blanky Misconiové (2006), který je zveřejněn na webových stránkách Národního centra domácí péče České republiky, je zřejmé, že k zahájení moderního konceptu domácí péče došlo v Liverpoolu v roce 1859. Postaral se o to pan William Rathbone, známý filantrop a byznysmen, který na ideu domácí péče přišel v době, kdy mu na zhoubnou nemoc umírala žena. Tehdy ve spolupráci se zakladatelkou a propagátorkou moderního ošetrovatelství Florence Nightingale založil první školu pro sestry poskytující péči nemocným, potřebným a chudým lidem (Misconiová, 2006). O několik let později v roce 1885 je ve městech Bostonu, Buffalu, New Yorku a Philadelphii (Spojené státy Severoamerické) založena organizace sester domácí péče pomáhající chudým a opuštěným lidem se zdravotními obtížemi (Šindlerová, 2011). Koncem 19. století dochází k rozvoji domácí péče v rámci celé Evropy. Ten je však víceméně omezen a zatlačen do ústraní na počátku 20. století v době obou světových válek, kdy docházelo k nárůstu klientů v lůžkových zdravotnických zařízeních a zároveň zde narůstal rozvoj zdravotnické techniky v těchto zařízeních, čímž se vyskytla možnost řešit více zdravotních obtíží klientů, které se dříve neřešily nebo řešit nemohly. Proto se, kromě Holandska, domácí péče specializuje převážně na péči poskytující služby seniorům. V Holandsku zachovávají přízeň svému tradičnímu systému domácí péče, tj. od narození lidské bytosti až po její úmrtí (Krátká, 2008). V Evropě dochází k návratu k myšlence domácí péče na počátku 70. let 20. století, neboť jednotlivé zdravotnické systémy v této době začínají spotřebovávat stále více peněz ze státního rozpočtu.

Jedná se zejména o státy jako Anglie, Belgie, Dánsko, Finsko, Francie, Itálie, Lichtenštejnsko, Lucembursko, Německo, Rakousko, Švédsko a Švýcarsko. Prostřednictvím expertů hledají jednotlivé vlády východiska nejenom z těchto problémů, neboť prognostici se nechávají slyšet, že nebude docházet jenom ke stárnutí populace, ale také ke zvyšování počtu osob závislých na pomoci osoby druhé, předpokládají též epidemie a pandemie nemocí. Domácí péče je v těchto zemích tvořena různým podílem zdravotní a sociální péče nebo jiné pomoci. Svou nezastupitelnou roli však zde hraje obec, která prostřednictvím domácí péče vytváří komunální politiku zdraví a sociální péče (Misconiová, 2006). Východiska mnoha specialistů jsou nalezena v preferenci primární péče, a proto Světová zdravotnická organizace vyhláší v roce 1977 v Almě Atě program „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Misconiová zde uvádí dvě geografické formy domácí péče a to Severskou a Jižní, přičemž Severská forma je orientovaná na služby zajišťované státem, vládními a nevládními organizacemi, které jsou doplňovány vlastní účastí rodiny, širšího příbuzenstva a známých, kdežto ve formě domácí péče Jižní je preferována pomoc všech členů rodiny a vzájemná laická pomoc, kterou vhodně doplňuje servis státních a nestátních organizací (Krátká, 2008).

1.1.2 Přehled historie domácí péče v České republice

Domácí péče v České republice sahá do dávné historie, kdy se zajišťovala pomocí péče laické. Posléze (na počátku 12. století) je služba potřebným v rodinách, ale i špitálech zastřešována řeholními řády, např. Alžbětinkami, Johanitkami, Klaristkami, Křížovníky s červenou hvězdou, Milosrdnými bratry či Řádem svatého ducha. Roku 1233 založila dcera českého krále Přemysla Otakara I. Anežka Přemyslovna (později prohlášena za svatou) řád Křížovníků s červenou hvězdou. Ten za vlády Karla IV. obhospodařoval v českých zemích na šedesát špitálů. V době osvícenského absolutismu za vlády Marie Terezie se zlepšila sociální péče o poddané a to především v souvislosti se stavbou útulků, vznikem spolků pro ochranu a pomoc potřebným. Co se týká domácí péče, začala se v této době propojovat složka charitativní se stránkou odbornou (Kutnohorská, 2010).

Část českých intelektuálů zastoupených např. Eliškou Krásnohorskou nebo Karolínou Světlou se v době Národního obrození snažilo podporovat sociální i odbornou péči pro veškeré obyvatelstvo bez jakýchkoli rozdílů. Z jejich iniciativy je v roce 1874 založena první česká ošetrovatelská škola, jejíž činnost však trvala pouhých sedm let (Kutnohorská, 2010). Dále jsou zřizovány různé spolky, pořádají se dobročinné akce, jejichž výtěžek je určen na podporu sociálně slabých občanů. Za významné pomoci Alice Masarykové je v roce 1919 založen Československý červený kříž. Ten ve spolupráci s městem Prahou a Ústřední sociální pojišťovnou v období první republiky začíná uskutečňovat první pokusy v oblasti domácí péče, neboť bylo potřeba zlepšit úroveň zdravotnictví a snížit vysoké náklady na ošetřování v nemocnicích. Tento způsob se velice osvědčil, avšak protože žádná funkční škola zcela nesplňovala podmínky charakteru domácí péče, zřizuje se při Státním zdravotním ústavu Masarykova škola zdravotní a sociální péče (Plevová, 2011).

Po skončení druhé světové války realizují domácí ošetrovatelskou a zdravotní službu Ústavy národního zdraví, přičemž tyto jsou výkonná zařízení okresních národních výborů s pravomocemi dle vládního nařízení č. 219/1948 Sb. Dne 8. září 1950 pověřuje Ministerstvo zdravotnictví svým Výnosem ČSČK k převzetí veškerou ošetrovatelskou a zdravotní péči v rodinách pod svůj patronát (Misconiová, 2006). Stát na sebe opět přebírá zodpovědnost za poskytování domácí péče dne 19. srpna 1952 a dle zákona 103/1951 Sb. je tato péče začleněna do zdravotní péče, která je poskytována v rámci zdravotních obvodů. Další právní úpravou jsou sestry působící v domácí péči převedeny na sestry geriatrické, tzv. geri sestry, pracující v rámci obvodních středisek (Jarošová, 2007).

Po listopadu 1989 se Československo začíná navracet k demokratickým principům. Transformace společnosti je bouřlivá, avšak přeměny vlastního myšlení společnosti nekorrespondují s rychlostí probíhajících změn převážně proto, že volání po tržních mechanismech mnohé překvapí, zejména v době jejich naplnění, neboť především reforma zdravotnictví je nejobtížnější proces celé transformace státu. Zdůrazňuje se snaha o naplnění projektu SZO Zdraví pro všechny do roku 2000, avšak zájem jednotlivců na svém vlastním zdraví v sobě zahrnuje i problematiku ozdravení celé

populace a společnosti, především pomocí prevence a edukačních programů (Krátká, 2008). Nicméně pouť od socialismu k tržní ekonomice dostává naši zemi do role laboratoře, kde se rodí nové a netradiční myšlenky a volí se velmi obtížné cesty, protože ohrožení a ztráty sociálních jistot společnosti je velmi závažné téma a je nutné je v maximální možné míře co nejdříve nahradit novými a efektivními programy (Misconiová, 2006).

1.1.3 Domácí péče v ČR v číslech

První agentury domácí péče začaly v ČR vznikat v roce 1990, kdy spustilo svůj provoz první středisko ošetrovatelské péče České katolické charity pro 18 klientů. O rok později Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR) tuto péči legalizovalo a následně povolilo dvouletý experiment České katolické charity (dále jen charita) „Domácí ošetrovatelská péče“, který též zajistilo státní dotací. Na tento popud charita rozjíždí v roce 1991 celkem 25 středisek charitní ošetrovatelské péče. V Pardubicích při nemocnici vznikla v říjnu 1991 první agentura domácí péče nazvaná NIKÉ (vítězství). Koncem tohoto roku bylo zřízeno v ČR celkem 26 agentur domácí péče (dále jen ADP), které poskytovaly péči 1 459 klientům a jejichž efektivita byla dokladována ušetřením 54 843 dnů hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních s náklady na jeden ošetrovací den ve výši 52,88 Kč/hod. Co se týkalo zaměstnanců, bylo v této době v agenturách domácí péče zaměstnáno 451 pracovníků (Misconiová, 1998).

O rok později v návaznosti na zákon č. 160/92 Sb., o podmínkách poskytování péče v nestátním zdravotnickém zařízení, a další legislativou, vznikají ADP zvláště v oblastech ohrožených nezaměstnaností, a to zejména ve Východních Čechách, na Jižní i Severní Moravě. Celkově je u okresních úřadů zaregistrováno 27 ADP zřizovaných jednotlivci, převážně zdravotními sestrami, ale zároveň stoupá i počet agentur zřizovaných charitou, která má již 41 center charitní ošetrovatelské péče.

Odborná ošetrovatelská péče je poskytována 6 742 klientům v 68 střediscích domácí péče, kdy efektivita poskytnuté péče je dokladována ušetřením 425 623 dnů hospitalizace v lůžkových ZZ za nákladů na jeden ošetrovací den 42,16 Kč/hod v charitních střediscích a ostatních ADP kolem 48 Kč/hod, pardubická NIKÉ je financována ze zdrojů nemocnice. V agenturách je zaměstnáno 1 344 pracovníků. Kromě ošetrovatelství se do poskytované péče více dostává i péče sociální, tudíž je nutné hledat další finanční zdroje pro komplexní domácí péči (dále jen KDP). Ke zřizovatelům ADP se začínají řadit i lékaři, zejména primární péče (Misconiová, 1998).

V roce 1993 dochází k bouřlivému rozvoji ADP, který úzce souvisí s rozšířením informací o filosofii domácí péče zprostředkované laikům i profesionálům prostřednictvím masmedií, workshopů, seminářů atd. Dochází k rozvoji spolupráce s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (dále jen VZP), která vytváří své vlastní metodické pokyny pro poskytování domácí péče. V polovině roku je registrováno celkem 162 agentur státního i nestátního typu, kdy charita zajišťuje 64 středisek. Dále vznikají agentury při fakultních nemocnicích, z iniciativy Diakonie, řádu Maltézských rytířů, ČČK, sdružení Samaritán, Slezské humanity, Střediscích křesťanské pomoci, metských úřadech a dalších. Efektivita je doložena úsporou 986 423 dnů hospitalizace, kdy odborná péče je zaměřena i na pooperační péči u klientů všech věkových kategorií s náklady průměrně 55,76 Kč na 1 hodinu poskytované komplexní péče, přičemž průměrná doba strávená u klienta je 60 až 70 minut a průměrný počet ošetřených klientů jednou agenturou je 19,92 denně. V agenturách pracuje 2 944 zaměstnanců, stoupá počet specialistů, ale také nižšího a pomocného personálu a lékaři jsou nejen zřizovateli, ale též zaměstnanci agentur. V říjnu roku 1993 se zvyšuje počet agentur na 179, průměrné náklady na jednu ošetrovací hodinu činí 62,75 Kč a zvyšují se náklady agenturám s větším rozsahem sociální péče, které nemají dostatečné finanční zdroje v oblasti sociální péče. Celkem v agenturách pracuje 3 011 zaměstnanců. Závěrem roku extrémně stoupá počet nově vzniklých ADP. Jejich počet se ustaluje na čísle 234. Hlavními důvody jsou zvyšující se nezaměstnanost sester, zefektivnění poskytování odborné péče lůžkových ZZ či možnost komplikací uzavírání smluv s VZP od nadcházejícího roku.

Nicméně se daří navázat komunikaci zejména s praktickými lékaři, kteří chápou domácí péči jako následnou komplexní péči o svého klienta. V lednu roku 1994 čítá celkový počet ADP 261 středisek s 3 632 zaměstnanci. Je navázána dobrá spolupráce mezi ošetřujícími lékaři a jednotlivými ADP. Na stávající síť ADP je na několika centrech aplikován model péče hospiců formou domácí péče o klienty v terminálním stadiu života. Koncem roku je registrováno 353 ADP a dochází k řádnému vyúčtování finanční dotace MZ ČR i VZP. V roce 1995 je zaregistrováno 372 ADP. Ve spolupráci s MZ ČR dochází ke korekturám registračních listů, které by měly být předány do Dohodovacího řízení pod novou odborností 925. Ta je určena pouze pro domácí péči. V rámci domácí péče se vyskytují nejčastěji tyto diagnostické skupiny, tj. všechny formy diabetes mellitus, CMP, hypertenze, ICHS, IM, ateroskleróza, psychická onemocnění, artritida, spondylopatie, Parkinsonova choroba, Roztroušená skleróza, respirační onemocnění, úrazy, plegie či bércové vředy (Misconiová, 1998).

V roce 1997 existovalo 449 center domácí zdravotní péče, jejichž činnost zajišťovalo celkem 1413 zaměstnanců, převážně středních zdravotnických pracovníků. Jejich služby využívalo 103 656 klientů, kdy na jednoho vyšlo 30,3 ošetření (ÚZIS, 1997). Od druhé poloviny roku 1992, kdy byla zahájena privatizace ve zdravotnictví, byla v ČR postupně budována síť pracovišť domácí zdravotní péče, tzv. home care. Do této doby se tento druh péče u nás nevyskytoval. Existence těchto služeb přispěla ke zkrácení ošetrovací doby v nemocnicích, a tudíž i snížila náklady na lůžkovou péči. Koncem roku 1998 bylo registrováno 456 pracovišť domácí péče s 1528 zaměstnanci pro 106 811 pacientů (ÚZIS, 1998). V roce 2000 je v ČR registrováno 474 pracovišť domácí péče, ve kterých poskytovalo péči 1827 zaměstnanců, což bylo zhruba o 30 % pod optimálním stavem daným Asociací domácí péče ČR. Péči využívalo celkem 132 964 klientů, z čehož 80 % bylo ve věku nad 65 let (ÚZIS, 2000). V roce 2001 je domácí péče definována jako propojená forma zdravotní (Home care) a sociální péče (Home Help), včetně laické péče poskytované potřebnému pacientovi ve vlastním domácím prostředí, kdy služby jsou poskytovány na základě indikace praktických lékařů či na doporučení ošetřujícího lékaře po hospitalizaci a kdy zdravotní péče je hrazená zdravotními pojišťovnami a péče sociální prostřednictvím sociálních referátů

okresních úřadů a spoluúčastí klienta. V tomto období je registrováno 477 pracovišť domácí péče s 1899 zaměstnanci. Na jednoho klienta připadalo v průměru 35,1 ošetření, kdy za jedno ošetření je považován soubor všech výkonů provedených v bytě klienta při jedné návštěvě (ÚZIS, 2001). V roce 2002 v ČR existovalo 483 ADP, kde pracovalo 1960 středních zdravotnických pracovníků. Na jednoho klienta připadá 42 ošetření (ÚZIS, 2002). Rok 2003 čítal 481 center domácí péče, z toho 74 % s nepřetržitým provozem, ve kterých bylo celkově zaměstnáno 2 143 zaměstnanců. Jejich počet sice plynule narůstal, avšak stále neodpovídal skutečné potřebě, zvláště proto, že ADP poskytovaly pacientům různé formy služeb (např. domácí hospitalizaci, domácí hospicovou péči, dlouhodobou domácí péči nebo preventivní péči). Na jednoho klienta ročně připadalo 42,4 návštěv (ÚZIS, 2003). Stabilizace sítě domácí péče i rozsahu služeb lze sledovat přibližně od roku 2005. Stále však přetrvávají velké rozdíly v činnosti i kapacitách pracovišť domácí ošetrovatelské péče. Na konci roku se věnovalo poskytování domácí péče potřebným občanům v ČR 494 pracovišť, z toho 88 % dostupných 24 hodin denně. Tyto služby využívalo asi 142,5 tisíce klientů, kdy ve věku nad 65 let bylo 77 %. Na jednoho klienta připadalo v průměru 43 návštěv za rok (ÚZIS, 2005). V roce 2006 bylo v České republice 488 ADP, z čehož 81 % fungovalo 24 hodin denně. Služby využilo 141 tisíc klientů. Necelých 78 % bylo ve věku nad 65 let a na jednoho klienta připadlo asi 43 návštěv ročně (ÚZIS, 2006). Rok 2008 přinesl snížení pracovišť domácí péče na 476, přesto zaměstnávaly kolem 3 000 zaměstnanců, převážně zdravotních sester. Zajišťovaly služby u 137 tisíců klientů převážně ve věku 65 let a více. Průměrně na jednoho klienta připadalo 40 návštěv, kdy bylo provedeno téměř 11 milionů výkonů, z čehož 89 % hrazených z veřejného zdravotního pojištění (ÚZIS, 2008). Na konci roku 2009 bylo v ČR 473 poskytovatelů zajišťujících službu pro 145 tisíc klientů, z toho 78 % ve věku nad 65 let. V průměru představovalo na jednoho klienta 40 návštěv, což se příliš neměnilo od předchozích let. 89 % výkonů bylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění (ÚZIS, 2009). Koncem roku 2010 poskytovalo domácí zdravotnickou péči 464 ADP a zaměstnáno v tu dobu bylo více než 3 000 pracovníků.

Jejich služby využilo 143 tisíc klientů, z čehož bylo nad 65 let celkem 79 % a průměrně připadlo na jednoho klienta 40 návštěv. 92 % výkonů bylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění (ÚZIS, 2010). Co se týče roku 2011, poskytovalo koncem roku v ČR služby domácí péče 472 pracovišť, které zaměstnávaly více než 3 tisíce odborných zdravotnických pracovníků. Služeb využívalo 147 tisíc klientů, z nichž přibližně čtyři pětiny byli nad 65 let věku, a necelé dvě třetiny tvořily ženy. Pracovníci uskutečnili celkem 5,9 milionů návštěv, což v průměru připadlo na 40 návštěv na jednoho klienta. Bylo provedeno 11,6 milionů výkonů, z nichž 94 % bylo hrazených z veřejného zdravotního pojištění (ÚZIS, 2011).

Koncem roku 2012 fungovalo v ČR 474 pracovišť domácí péče, jejichž služeb využívalo více než 148 tisíc klientů, z nichž 80 % bylo ve věku 65 a více let a přičemž 64 % z tohoto počtu tvořily ženy. Domácí péče byla indikována praktickým lékařem u více než 146 tisíc klientů, ošetřujícím lékařem při skončení hospitalizace u přibližně 31 tisíc klientů. Z celkového počtu klientů domácí péče představovalo 85 % chronických klientů, konkrétně 125 274 klientů a 16936 bylo akutních případů. Domácí hospicová péče byla poskytnuta u 7 367 klientů. Agentury zaměstnávaly necelé tři tisíce odborných pracovníků, kteří u svých klientů uskutečnili celkem 6 milionů návštěv, z čehož 87 % případů bylo pouze zdravotní ošetření. Na jednoho zdravotnického nelékařského pracovníka připadlo v průměru 6,8 návštěv denně, naopak na jednoho klienta v průměru 40,6 návštěv za rok. Bylo provedeno celkem 11,1 milionů výkonů, z nichž 94 % bylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Z celkového počtu 669,4 tisíc výkonů, které nebyly hrazené zdravotními pojišťovnami, bylo 9,5 % zdravotních, ostatní se týkalo sociální péče částečně nebo plně hrazené klientem. Z celkového počtu všech výkonů jich bylo 53 % poskytnuto imobilním klientům (ÚZIS, 2012).

V roce 2013 to bylo již 496 pracovišť ADP s přibližně necelými 4000 zaměstnanci, kdy péči využilo 146 tisíc klientů, z čehož 80 % ve věku nad 65 let a kdy 63 % tvořily ženy. Z celkového počtu klientů bylo 84 % chroniků. Bylo uskutečněno 5,9 milionu návštěv, z nichž v 85,8 % případů bylo provedeno pouze zdravotní ošetření. Na 1 zdravotnického pracovníka nelékaře (bez odborného dohledu) připadlo v průměru 6,6 návštěv denně, na 1 klienta pak v průměru 40,4 návštěv za rok.

Bylo provedeno celkem 10,5 milionu výkonů, z nichž 96 % bylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Z celkového počtu všech výkonů bylo provedeno 55 % u imobilních klientů (ÚZIS, 2015, s. 56).

Statistiky v ostatních letech nebyly udány.

1.2 Činnost profesionálních skupin v České republice

První evropský kongres domácí péče se konal v říjnu 1991 ve Francii ve Strasburgu, kde se mezi stovkami účastníků z celého světa objevily i dvě účastnice z České republiky. Misconiová uvádí, že se tento kongres stal odrazovým můstkem pro spuštění kampaně k propagaci domácí péče na území České republiky a podle ohlasů na kampaň v roce 1993 i na území Slovenska (Hanzlíková, 2007).

V roce 1992 v září vznikla skupina pro podporu a rozvoj domácí péče v ČR. Ta byla složena ze zástupců laické i profesionální veřejnosti. Schůzky byly pravidelné. Řešily se krátkodobé i dlouhodobé projekty související s problematikou domácí péče, hlavně hospicové péče a center komplexní péče. Orientovali se zvláště na přípravu legislativy, vzdělávání zdravotnických pracovníků v domácí péči, financování domácí péče, komunikaci a tok informací v rámci domácí péče. V březnu 1993 byla založena Asociace domácí péče sdružující sestry, lékaře, psychology, sociální pracovníky a další poskytovatele domácí péče (Krátká, 2008).

První mezinárodní kongres týkající se problematiky domácí péče se konal v listopadu 1993 v Chrudimi a byl sponzorován švýcarskou vládou. Na realizaci se podílela Česko-Slovensko-Švýcarská zdravotnická společnost, Asociace domácí péče, města Volketswil a Chrudim a k této příležitosti byl vydán i almanach s názvem „Zdravotní péče v obci“. Po roce se opět koná v Chrudimi Mezinárodní kongres primární péče. Účast byla obrovská a překonala veškerá očekávání, a proto byl znovu vydán almanach věnovaný problematice primární péče a domácí péče tak, aby byla seznámena co nejširší laická i profesionální veřejnost s transformací zdravotní a sociální péče. Podle vyjádření účastníků byl kongres na vysoké odborné i společenské úrovni (Misconiová, 1998).

V červenci 1994 bylo Asociací domácí péče založeno Národní centrum domácí péče. Sídlo mělo v Praze a jeho úkolem bylo poskytovat informace, zajišťovat koordinaci a edukaci profesionální i laické veřejnosti. Centrum vzniklo v souladu s Národním plánem opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení, což je dokument č. 493/1993 schválený Vládou ČR. NCDP pořádalo mnoho odborných seminářů na národní i regionální úrovni. Novinky z ošetřovatelství i dalších oborů obohacovaly odbornou činnost sester i lékařů v domácí péči. Aktivní i pasivní účast byla zaznamenávána do indexu odbornosti účastníka podle kritérií vzniklých na základě požadavků koordinátorů a manažerů domácí péče. V září 1994 Asociace domácí péče společně s Česko-Slovensko-Švýcarskou zdravotnickou společností a Národohospodářským ústavem Akademie věd pořádal odborný seminář týkající se transformace českého zdravotnictví. Mezi účastníky byli představitelé odborných organizací a institucí z ČR i ze zahraničí (Misconiová, 1998).

Další Mezinárodní kongres domácí péče se konal na Univerzitě v Padově a v Benátkách v Itálii a zúčastnilo se ho 534 zájemců z více než 30 zemí světa. Kongres se nesl v duchu „Reforma zdravotní péče? – Domácí péče je odpověď – Kde je otázka?“ Cílem byla výměna zkušeností a informace o struktuře a funkci aktivit realizovaných v rámci komplexní domácí péče ve světě. Jedním z klíčových bodů bylo i začlenění rodinných příslušníků do péče o své příbuzné a dále zájem na svém vlastním zdraví a zdraví populace. Po skončení kongresu byl český tým přesvědčený, že se naše domácí péče ubírá správným směrem, protože v různých modelech nabízí jedinci, komunitě, ale i státu specifickou nabídku aktivit pomáhající realizovat jednotlivé prvky v rámci komunální politiky, adresnosti zdravotní a sociální péče. Značnou výhodou naší domácí péče se stala flexibilita, schopnost improvizace sester, lékařů i ostatních členů týmů ADP a v neposlední řadě zkušenosti a získávání nových poznatků v problematice domácí péče, tzv. za pochodu. Důraz byl kladen též na kontinuální vzdělávání, obhajoby kompetencí a sebevzdělávání sester v oblasti KDP (Misconiová, 1998).

V roce 1996 se již ČR reprezentovala na Prvním světovém kongresu domácí péče Asociace domácí péče České republiky, jednou ze 7 základajících organizací Světové organizace domácí a hospicové péče se sídlem ve Washingtonu D. C. (Krátká, 2008, Hanzlíková, 2007). Tato agentura sdružuje všechny ty, kteří provozují, podporují nebo potřebují domácí péči. Má platné stanovy, kterými se všichni její členové musí řídit, přičemž formy členství jsou rozděleny na čtyři druhy a to, členství řádné, přidružené, podpůrné a čestné. Řádným členem může být fyzická či právnická osoba, přidruženým členem pak fyzická osoba, která je zaměstnancem ADP, jež je členem Asociace. Podpůrným členem se může stát fyzická nebo právnická osoba, která podporuje cíle Asociace domácí péče. Čestným členem se může stát osoba, která se jakkoli významně zasadila o podporu a mimořádně zasloužila o rozvoj Asociace domácí péče České republiky (Svobodová, 2010).

NCDP ČR je činné i v současnosti a funguje jako dobrovolná, samostatná, nepolitická, profesní, odborná a stavovská organizace s právní subjektivitou, která zajišťuje informační a poradenské služby pro laickou i odbornou veřejnost (Misconiová, 2006). Vydává aktualizované edukační a informační materiály. Mezi cíle a činnosti centra patří mj. garantovat kvalitu a vysokou úroveň poskytované domácí péče, spolupracovat se zahraničím, spolupracovat s ministerstvy, provádět výzkumy v oblasti DP a podílet se na nich, obhajovat práva klientů a v neposlední řadě podporovat další vzdělávání poskytovatelů domácí péče (Svobodová, 2010).

O rozšiřování KDP je velký zájem v celém světě, který pramení z tíživé ekonomické situace, do které se dostává většina systémů zdravotní péče, neboť se zvyšuje hrozba stárnutí populace, v hospodářsky vyspělých zemích klesá porodnost a naopak strmě stoupá v rozvojových zemích, epidemicky se šíří známá i neznámá onemocnění, nedaří se najít lék např. proti AIDS. Hledají se způsoby prevence těchto problémů, monitoruje se stav populace a její potřeby, vznikají edukační a informační programy. Ve zdravotnictví jde do popředí snaha podpořit zájem jednotlivce i komunity o své zdraví a udržet soulad člověka s prostředím. Cílem zemí transformující svoje zdravotní systémy je efektivnější, ekonomičtější a lidštější přístup, což splňuje právě domácí péče.

Právě domácí péče je symbolem lidské vzájemnosti, lásky, pomoci a profesionality. Zároveň je i symbolem návratu celé společnosti k tradicím našich předků (Misconiová, 1998).

1.3 Poskytování komplexní domácí péče v ČR

„Osobnost je jedinečný a neopakovatelný celek fyzických a psychických vlastností, které vzájemně souvisí, podmiňují se a tvoří určitou jednotu.“ (Farkašová, 2006, s. 41). Osobnost však není náhodným souhrnem událostí, nýbrž jde o soubor ucelený určitým způsobem a tvořícím tak jedinečný celek. Ta je podstatou odlišnosti mezi lidmi. Člověk je též vystaven mnohým nežádoucím vlivům. Pokud tedy nemá dostatečnou energii adaptovat se na tyto negativní vlivy, které narušují jeho rovnováhu, vyvolávají napětí, strach apod., proto při ošetřování nesmíme zapomenout, že se v náročných životních situacích mění prožívání a chování jedince (Farkašová, 2006).

Listina základních práv a svobod stanovuje rovnost všech lidí v důstojnosti i právech. (Listina základních práv a svobod, 1993) Pokud tuto skutečnost přijmeme, pak je též nutno přistoupit také na to, že poskytovatelé i konzumenti zdravotní péče (tedy klienti), mají stejná práva, avšak i stejné povinnosti, tzn., že při poskytování ošetrovatelské péče mají odpovědnost jak sestry, tak i klienti. Právní norma totiž určuje, že každá osoba se musí snažit žít zdravě a vyvarovat se vlivů, které škodlivě působí na zdraví. Jinak řečeno, nežije-li klient zdravě, nese do určité míry velkou odpovědnost, avšak neztrácí právo na léčbu vzniklých následků. To platí i v případě, kdy klient v rámci svého práva rozhodovat o sobě samém odmítne ošetrovatelský výkon (Vondráček, 2006).

A protože lidé jsou si dle Listiny základních práv a svobod rovni v důstojnosti a právech, je též nutné se vyvarovat věkové diskriminaci, tzv. ageizmu. Jak uvádí Mlýnková (2011): „Ageizmus vychází z předpokladu, že jednotliví zástupci určité věkové kategorie mají odlišné charakteristiky i jinou společenskou hodnotu.“ (Mlýnková, 2011, s. 36).

Z toho vyplývá, že toto neuznávání lidských práv či vůbec nerovnost s ostatními lidmi se netýká pouze seniorů, ale všech věkových skupin. (Mlýnková, 2011) Proto veškerá péče musí být poskytována v souladu s lidskými právy, zákonnými a etickými normami, přičemž specifické je poskytování KDP dětem a klientům v terminálním stadiu (Rabenseiferová, 2009).

Farkašová (2006) uvádí, že ošetrovatelská péče je orientovaná na osobu nacházející se v určitém stavu zdraví a v určitém prostředí. Metaparadigmatická koncepce ošetrovatelství (osoba, zdraví a prostředí) je výchozími procesuálními prvky ošetrovatelské péče. Sestra vstupuje do intervence s jedincem v určité situaci zdraví a v určitých podmínkách prostředí, zároveň by tento vztah měl být synergický, aby mohl vytvářet prostor pro ideální bytí jedince, pro účinnou a efektivní ošetrovatelskou péči, avšak za předpokladu, že sestra má vědomosti a znalosti o osobě, jejím vývoji, zná její prožívání, chování, jednání a také vlivy působící na změny ve zdraví a nemoci, dále pak o zdraví, nemoci, onemocnění, odchylkách a vlivech na optimální bytí jedince a v neposlední řadě o prostředí, ve kterém jedinec žije, se všemi jeho složkami, jako i o ošetrovatelském prostředí (Farkašová, 2006).

Můžeme se setkat s různými definicemi domácí péče, avšak je potřeba si uvědomit, že podstata věci zůstává neměnná. Např. WHO definuje DP jako jakoukoli formu péče poskytovanou lidem v jejich domovech. (Jarošová, 2007) Zdravotní řád se o DP zmiňuje jako o zvláštním druhu ambulantní péče, která zajišťuje svým pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci odbornou zdravotní péči v jejich vlastním sociálním prostředí (Rabenseiferová, 2009, Krátká, 2008). Podle platného Věstníku Ministerstva zdravotnictví Koncepce ošetrovatelství je definována ošetrovatelská péče jako činnost zaměřená zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetrovatelství se výrazně podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Ošetrovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Nemocné vede k sebepéči, jejich blízké edukuje v poskytování laické ošetrovatelské péče.

Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí nebo neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči (Policar, 2010, Věstník 9/2004). Díky pozitivnímu vlivu domácího prostředí na psychiku klienta se často urychluje i samotný proces hojení a z ekonomického hlediska přináší domácí péče velkou úsporu zdravotnickým zařízením, neboť šetří jejich peníze zkrácením dlouhodobé, a tudíž i vysoce nákladné hospitalizace (Durnová, 2012).

„Termín domáca ošetrovatel'ská starostlivosť zahŕňa všetky činnosti a služby poskytované kvalifikovanou sestrou na vysoko odbornej a profesionálnej úrovni klientom v ich prirodzenom domácom prostredí.“ (Dziacká, 2012, s. 9).

Jarošová předkládá komplexní domácí péči jako: „Formu integrované péče, která je jedním z funkčních prvků primární péče a jejíž filozofie vychází z principu pevné vazby a interakce lidské bytosti se svým vlastním sociálním prostředím s důrazem na individuální vnímání kvality života lidské bytosti.“ (Jarošová, 2007, Rabenseiferová, 2009).

Domácí péči lze rozdělit na několik typů. A to na akutní domácí péči neboli akutní hospitalizaci, dlouhodobou domácí péči, preventivní domácí péči, domácí hospicovou péči a domácí péči ad hoc (jednorázovou). Domácí péče je financována z několika zdrojů a to zejména z fondu veřejného zdravotního pojištění, přímou platbou klienta za nadstandardní služby nebo ze sponzorských darů, nadací či grantů, tzn., že se jedná o vícezdrojové financování (Marková, 2010).

1.3.1 Zdravotně-sociální péče

Zdravotně-sociální péče neboli péče dlouhodobá je kombinací zdravotních (Home care) a sociálních (Home help) služeb převážně pro osoby se sníženou soběstačností a trvale závislých na pomoci druhých. Potřebují ji jedinci v průběhu celého života, zejména v důsledku vrozených postižení či nemocí, posléze ve vyšším věku. Do systému zdravotně-sociální péče lidé vstupují převážně po pobytu ve zdravotnickém zařízení, případně z domova.

Dle MUDr. Hroboně (2011) jde vlastně o třetí fázi poskytování zdravotních služeb, kdy v první – akutní – fázi je cílem stabilizace stavu a odstranění příčiny onemocnění, ve druhé – následné – fázi by mělo dojít k co největší obnově funkčních schopností a třetí – dlouhodobá – fáze má za cíl soustavnou zdravotní a sociální podporu v domácím nebo institucionálním prostředí. Dlouhodobá péče není v právních předpisech dostatečně vymezena, současná organizace vč. finančního zajištění není systémově ucelena, dělí se mezi rezorty MZ ČR, MPSV ČR, kraje, obce a klienty péče a jejich rodiny. Hlavní bariérou je rozhraní mezi zdravotním a sociálním systémem (Hroboň, 2011). Celý proces komplexní domácí ošetrovatelské péče je nutné individuálně plánovat, proto klient ve spolupráci s poskytovatelem hledají cíl společné práce, tedy postup změny nepříznivé situace, v níž se klient nachází. Služby jsou naplánovány s ohledem na vlastní možnosti a schopnosti klienta tak, aby byly jeho podporou a směřovaly k maximální možné míře jeho samostatnosti a nezávislosti a umožnily tak důstojný a bezpečný život v domácích podmínkách (Hauke, 2011).

Komplexní domácí péče je nedílnou součástí primární péče, doplňuje ambulantní lékařskou péči o prvky ošetrovatelské péče, ale také sociální péče a laické pomoci. „Aktivita komplexní domácí péče je orientována na podporu a udržení zdraví a prevenci nemoci, saturaci bio-psycho-sociálně ekologických potřeb člověka, či komunity v době ohrožení stability, nebo zasažené negativními vnitřními, či vnějšími vlivy.“ (Misconiová, 1998, s. 0). Smyslem komplexní domácí péče a základním principem je aktivní pomoc a péče potřebným lidem, která se dotýká problémů zdravotních, psychických i sociálních, a jejímž cílem je kvalitní holistická péče s ohledem na odbornost a efektivitu péče za nízkých ekonomických nákladů, poskytovaná ve vlastním prostředí klienta. Domácí péče je zaměřena zvláště na podporu a udržení zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného jedince a zajištění klidného umírání a smrti (ÚZIS, 2010). Základním principem KDP je pomoci ke svépomoci (Misconiová, 2006). DP je poskytována v rozsahu aktuálních potřeb klienta v oblasti odborné zdravotnické péče, sociální péče a v neposlední řadě laické péče. Odbornou zdravotnickou péčí se rozumí převážně léčebná, ošetrovatelská a rehabilitační péče a je indikována ošetřujícím lékařem klienta.

Sociální péči a pomoc určuje sociální diagnostika klienta a jeho prostředí. Řadí se sem např. pečovatelská služba, sociální dávky, sociální handicapy a krize a jejich řešení. Laická péče je definována jako péče rodinných příslušníků a blízkých či pomocí dobrovolníků. Vztahuje pak k aktuální situaci v rodině, společenským podnětům nebo pružností státní správy či samosprávy při poskytování podpory osobám pečujícím o osoby odkázané na pomoc druhých. Rodina má v péči o nesoběstačného nezastupitelné místo, protože plní dvě významné funkce, a to především poskytování informací o klientovi, kdy rodina funguje jako zdroj informací, a dále pak aktivní spoluúčast na péči o své příbuzné, kdy vedle vlastní péče poskytuje emocionální podporu. Do aktivní spolupráce rodiny lze též zahrnout úpravu domácího prostředí, což spočívá např. ve zrušení prahů mezi místnostmi, montáž pomocných madel do koupelny a WC či na chodbu či zajištění speciálních pomůcek usnadňujících pohyb a jemnou motoriku. Nelze zapomínat ani na spoluúčast rodiny při edukaci, neboť chce-li rodina poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, musí se tomu nejprve naučit (Mlýnková, 2011). Poskytování všech služeb má být v souladu s právy pacientů, kdy pravděpodobně nejdůležitější pro klienty ADP je to, že: „Pacient má právo na ohleduplnou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovaným pracovníkem“. (Práva pacientů).

Sestra v domácí péči působí především v terénu, kde zabezpečuje každodenní návštěvy u klientů a provádí indikované výkony, pečuje o klienty všech věkových skupin, od narození do smrti. Největší skupinu však tvoří senioři. Mezi nejčastější výkony prováděné v rámci komplexní domácí péče patří ošetřování sekundárně se hojících ran a ran chronických, dále pak péče o všechny typy stomií, permanentní katétry, aplikace nitrosvalových a podkožních injekcí, monitorování celkového zdravotního stavu, výživy a hydratace, sledování fyziologických funkcí a odběry biologického materiálu. Sestra též edukuje klienty s diabetem o stravě, režimu a aplikaci inzulinu, rodinné příslušníky ležících a onkologických klientů. V neposlední řadě se věnuje administrativní činnosti, která spočívá v pečlivém vedení denních záznamů o provedených výkonech a aktuálním zdravotním stavu klienta, vedení protokolu chronické rány, příp. ošetřování dekubitů.

Sestra v domácí péči je součástí multidisciplinárního týmu, tudíž úzce spolupracuje s odděleními příslušného zdravotnického zařízení a hlavně s praktickým lékařem a ostatními sestrami ADP. Je statisticky dokázáno, že nejvíce klientů v domácí péči přichází z chirurgických oborů. Je nutné, aby si klienti a jejich rodinní příslušníci uvědomili, že domácí péče není pečovatelská služba, že jde o dvě naprosto odlišné instituce, a proto je důležité, upozornit je na nejzákladnější rozdíly. Především že domácí péče je zdravotnická služba a je plně hrazena ze zdravotního pojištění, oproti pečovatelské službě, která má charakter sociální služby a klient si ji hradí sám. Komplexní domácí péče je a musí být zajišťována kvalifikovaným zdravotnickým personálem a představuje provedení odborných zdravotních výkonů (Durnová, 2012). Kompletní prováděné a hrazené výkony jsou shrnuty v sazebníku zdravotní pojišťovny a vycházejí též z kompetencí sester (Misoniová, 2006).

Sestra nesmí opomenout zpracovat podklady pro vyúčtování příslušné zdravotní pojišťovně. Domácí péče je vedena pod autorskou odborností 925 – domácí zdravotní péče. S touto odborností lze vykázat ještě výkony autorské odbornosti 911 – výkony sester, avšak pouze na základě písemné indikace ošetřujícího lékaře, kdy se jedná o výkon sestry v době od 22 hod do 6 hod (kód 06135) a výkon sestry v den pracovního klidu nebo pracovního volna (kód 06137). Tato indikace musí vždy obsahovat datum a čas provedení výkonu (Vyhláška č. 326, 2014).

Kvalita KDP je ovlivňována základními principy vycházejícími z filozofie domácí péče. Ty je nutné respektovat. Řadí se mezi ně komplexnost, respektování základních lidských práv, podpora obnovy zdraví společnosti, standardizace ošetřovatelských postupů, kontinuální odborný růst a celoživotní vzdělávání poskytovatelů DP, humanizace zdravotní péče, chápání lidské bytosti ve vztahu s prostředím či efektivní a cílené využití finančních prostředků určených na zdravotní a sociální služby (Hanzlíková, 2007, Jarošová, 2007).

Podmínkou dosažení kvality v poskytování péče je objektivizace kvality, čímž se rozumí určení znaků kvality. Mezi ty patří dostupnost péče, její vhodnost, přijatelnost, efektivnost, účinnost a rovnocennost péče.

Kvalitní ošetrovatelskou péči charakterizuje několik aspektů např., že v dané zemi či konkrétním zdravotnickém zařízení existuje jasná koncepce ošetrovatelství, dále že ošetrovatelská péče je poskytována metodou ošetrovatelského procesu, je odvozená od potřeb klienta a jsou respektována práva klientů/pacientů, také že poskytování ošetrovatelské péče je týmová práce, kde každý člen týmu je dostatečně odborně připravený a motivovaný, stanovuje si reálné cíle a dodržuje profesionální etický kodex a existuje mezioborová spolupráce. V neposlední řadě je ošetrovatelská péče poskytována na základě nejnovějších vědeckých poznatků, tzv. evidence based nursing, a do péče jsou zapojováni klienti i rodinní příslušníci (Jarošová, 2007, Misconiová, 2006, Farkašová, 2006).

Největší odměnou pro sestru v ADP je spokojený klient, jehož zdravotní stav je stabilizován či dochází k jeho postupnému zlepšování. Je ale potřeba počítat s tím, že léčebné výsledky se mohou projevit až v průběhu několika měsíců či let, nicméně jich lze dosáhnout v domácím prostředí, aniž by klient musel podstoupit hospitalizaci. Často jde o „běh na dlouhou trať“ (Durnová, 2012).

Komunitní péče, včetně agentur domácí péče, má s dostatkem komunitních sester před sebou skvělou budoucnost, protože její rozvoj směřuje ke změně poskytování služeb, kdy se péče přesouvá z institucí do rodin a komunit, a proto zdravotnická zařízení budou moci poskytovat převážně akutní péči. Sestry v terénních službách získají celou řadu dovedností a kompetencí, vnesou do ošetrovatelské péče kontinuitu, stanou se klíčovými aktéry celého komunitního týmu, zajistí jistotu osamělým i depistáž a dispenzarizaci ohroženým klientům (Kalvach, 2011). Domácí péči v České republice poskytují komunitní sestry společně s ostatními členy multidisciplinárního týmu, kteří mohou být zdravotnického i nezdravotnického zaměření. Poskytují péči, která je daná klientovým aktuálním zdravotním stavem a stavem jeho sociálního domovského prostředí převážně 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Největší zastoupení v týmu mají všeobecné a komunitní sestry. Ty posuzují aktuální stav a potřeby jednotlivce, jeho schopnosti a možnosti v rámci domácího prostředí, dále pak klienta edukují a směřují ho ke změně životního stylu vedoucímu k udržení, podpoře či navrácení zdraví (Misconiová, 2006).

Dziacka a kolektiv (2012) citují Jarošovou (2007), která uvádí, že v současnosti je poskytování domácí ošetrovatelské péče prostřednictvím agentur domácí ošetrovatelské péče (na Slovensku ADOS) efektivní, dostupná a především odborná forma ošetřování klientů. Existence těchto agentur je založená na principu komplexní ošetrovatelské péče, respektování individuality klienta a koordinaci činností všech členů týmu. Smyslem této péče je aktivní odborná pomoc klientovi v obtížích spojených s jeho tělem, duší a prostředím (Dziacka, 2012, Jarošová, 2007). Jak uvádí Kalvach (2011): „Klient je ústředním prvkem celého systému, i když se mnohdy dostává do pozice pasivního příjemce odjinud organizovaných služeb, člověk s omezením kompetencí, kontroly dění i autonomie, o němž mnohdy nadměrně a nevýhodně rozhodují jiní, v extrému s omezením způsobilosti k právním úkonům, opatrovnictvím, příp. zneužíváním či zanedbáváním péče.“ (Kalvach, 2011, s. 166). K tomu dodává že, dovoluje-li to alespoň trochu situace, měl by se na podobě jednotlivých služeb i na výběru poskytovatelů podílet především příjemce, tudíž klient, v souvislosti se svými představami a přáními. Toto Kalvach označuje jako tzv. self-directed support nebo in control (Kalvach, 2011). Osobní cíle má každý jedinec, i člověk, který umírá. Celé individuální plánování je o způsobu vedení rozhovoru a respektu k jedinečnosti každé lidské bytosti. Je však nutné se nebát složitých témat a nezapomínat, že vedení rozhovoru má svůj řád a pravidla, neboť jinak by se jednalo o obyčejné sousedské povídání bez cíle, které neřeší profesionální rovinu naší práce ani problémy klientů (Hauke, 2011). I v oblasti komunikace sestra neopomíná, že zejména starší lidé potřebují na komunikaci dostatek času, aby si mohli promyslet své odpovědi a položili další otázky, a proto jim musí poskytnout větší prostor (Venglářová, 2007). Sestra by se měla držet zásad komunikace, jako např. že téma hovoru určuje klient, který též volí dobu, na rozhovor musí mít dostatek času. Prostředí na rozhovor má být klidné, zajišťující soukromí, bez zbytečných vzruchů z okolí. Klient by též měl vědět, jak sestra s jeho důvěrnými informacemi naloží (Slouková, 2011). Pro vztah klient versus sestra (či jiný člen multidisciplinárního týmu) je nesmírně důležitá komunikace, především ta pozitivní.

Negativní komunikace vyjadřuje hlavně odmítání, nesouhlas, bojkot, pokárání, kritika a odpor, ale může také zahrnovat předstírání, zatajování nebo problémovou komunikaci. Je nutné si uvědomit, že tento způsob nemůže u druhého vyvolat příjemné ohlasy a pozitivní reakce, protože snižují sebevědomí a celkově ztěžují nejen komunikaci, ale veškerou spolupráci, což u klientů nemůžeme potřebovat. Může se to též projevit komunikační bariérou způsobenou emocionálními bloky, neshodami, neporozuměním nebo jiným komunikačním šumem, např. klient dobře neporozuměl řečenému nebo to pro nedoslýchavost neslyšel dostatečně jasně. Tyto problémy se vyskytují v běžném životě v domácím i pracovním prostředí, proto s nimi sestra musí vždy počítat zvláště proto, že se objevují zcela náhodně a neočekávaně, v ten nejnevhodnější okamžik. V opačném případě by mohlo dojít k neadekvátní reakci a následnému výraznému narušení vztahu s klientem či např. snížení kvality práce a pracovního výkonu (Vymětal, 2008). Je těžké navázat kontakt s osobou, která nemá zájem o komunikaci. Je potřeba mít na paměti, že vhodná komunikace, zejména se seniorem, je jedním ze základních pilířů dobrého vztahu mezi ošetřujícím personálem a klientem, neboť jde o předávání informací, pocitů, postojů, očekávání, odráží se zde vztah k člověku, se kterým je hovořeno, přičemž je mu dáváno najevo, co si o něm ten druhý myslí, zda jsou vzájemné city pozitivní či negativní, zda se mají v oblibě či nikoliv. Hraje zde velkou roli neverbální komunikace, kdy právě mimoslovní signály sdělují, co si jedinec skutečně myslí. Z tohoto důvodu by měl profesionál ovládat svůj slovní i mimoslovní projev (Mlýnková, 2011). Výborné komunikační schopnosti a dovednosti sestra uplatní v roli edukátor, kdy dle klientova aktuálního stavu volí edukaci jednoduchou, aby klient rozuměl, edukaci opakovanou, uplatňovanou při každém kontaktu nebo edukaci citlivou, tzn. přizpůsobenou současnému emocionálnímu rozpoložení klienta. Problém vysvětluje jasně a srozumitelně, navrhuje léčebný režim, kde zdůrazňuje jeho výhody, informuje pravdivě a odpovídá na dotazy, přičemž bedlivě sleduje emocionální stav a duševní rozpoložení klienta. Závěrem si ověřuje, zda klient všemu porozuměl, event. nabídne informační materiál a možnost vznést další dotazy později. K úspěšné edukaci potřebuje dostatek času, trpělivost a klidné místo (Kopřivová, 2008).

Vždy musí být zachována a uznávána primární rozhodovací pravomoc klienta jakožto ústřední princip jeho autonomie. I přesto je však někdy nutné vzhledem k přítomnosti poruch kognice, která často doprovázejí základní onemocnění, preventivně soudně určit opatrovníka (Ham, 2007).

Jak připomíná Kutnohorská a kolektiv (2012): „Člověk je holistická (celostní) bytost, to znamená, že chceme-li se jím zabývat celostně, nesmíme opomenout nebo jakkoliv zanedbat ani jednu složku jeho bio-psycho-sociální a spirituální dimenze.“ (Kutnohorská, 2012, s. 9). Podstatou je v klientovi vidět člověka jako sjednocenou bytost, která dokáže řídit sebe sama. Kutnohorská dále upozorňuje, že společenské vztahy nejsou jednoduchým spojením mezi lidmi, ale naopak komplikované vazby, které mají svůj obsah, strukturu, funkce a dynamiku vývoje. K tomu jedinci napomáhá etika, která by mu měla dát k dispozici aktuálně platná kritéria, podle kterých by mohl spolehlivě poznat a odlišit, co je mravné a nemravné, co je správné a nesprávné, co je dobré a špatné atd (Kutnohorská, 2012).

1.3.2 Kompetence sester v domácí péči

Pravomoci sester v domácí ošetrovatelské péči určuje zákonná norma a to zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (tzv. zákon o nelékařských povoláních), ve znění zákona č. 125/2005 Sb., následně zákona č. 105/2011 Sb. a 346/2011 Sb. a taktéž prováděcím právním předpisem – vyhláškou MZ ČR č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Zákon č. 96, 2004, Vyhláška č. 55, 2011). Vyhláška rámcově zmiňuje činnosti, které sestra vykonává bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem, přičemž základní a specializovanou ošetrovatelskou péči zajišťuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Vyhláška dále předepisuje, že v rámci komplexní ošetrovatelské péče sestra vykonává samostatně jednotlivé úkoly a činnosti zaměřené na uspokojování potřeb klienta, řešení problémů a zlepšování stavu jedinců a skupin. Na základě indikace lékaře se sestra bez odborného dohledu podílí na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, Rehabilitační, neodkladné a dispenzární péči, samostatně určené činnosti vykonává nebo při nich asistuje. Činnosti, které jsou stanoveny vyhláškou, provádí pod odborným dohledem lékaře. Vysoce specializovanou péči může vykonávat sestra, která získala způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu a úspěšně zakončila specializační vzdělávání atestační zkouškou. Absolvováním certifikovaného kurzu může sestra získat zvláštní odbornou způsobilost pro úzce vymezené činnosti (Farkašová, 2006).

Komunitní sestra se řadí do skupiny zdravotnických pracovníků s vyšší kvalifikací, kteří samostatně poskytují, organizují a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně péče vysoce specializované. Podílí se na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péči o jednotlivce nebo skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí (Vyhláška č. 55, 2011). Vedle běžných činností, které vykonává všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace lékaře komunitní sestra komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci jednotlivce nebo skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí z hlediska koordinace poskytování zdravotní a sociální péče, koordinuje poskytování integrované péče, komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci klientů a osob blízkých z hlediska ošetrovatelské péče. Na základě indikace lékaře a bez odborného dohledu se komunitní sestra podílí na hodnocení zdravotních rizik jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí či skupin občanů, dále se pak podílí na sestavování priorit při řešení zdravotních rizik na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumu a v neposlední řadě připravuje a organizuje preventivní prohlídky, vyšetření a očkování (Kalvach, 2011).

Sestry zastupují v ADP několik typů rolí, stejně jako ve zdravotnických zařízeních. I v domácích podmínkách poskytují základní ošetrovatelskou péči, ale i péči superspecializovanou. Uplatní se zde zejména sestry zkušené a schopné poskytovat ošetrovatelskou péči v domácím prostředí klienta.

Při poskytování ošetrovatelské péče vystupuje sestra buď jako manažerka, nebo v postavení podřízeném jako běžná sestra. V obou případech mají svá práva a povinnosti, které odpovídají jejich funkčnímu zařazení, které je upřednostněno před vzděláním (Vondráček, 2006). Sestra manažerka by však měla mít minimálně bakalářské vzdělání a specializaci v oboru domácí ošetrovatelská péče s minimální dvouletou praxí u lůžka. Na základě indikace lékaře přijímá žádosti na poskytování domácí péče a organizuje péči podle možností ADP. Terénní sestra musí mít ukončené minimálně středoškolské vzdělání, specializaci v domácí ošetrovatelské péči a tříletou praxi u lůžka. V souladu s pokyny lékaře provádí veškerou ošetrovatelskou péči, stanovuje ošetrovatelské diagnózy, spolu s klientem plánuje intervence a zapojuje i další členy multidisciplinárního týmu (Rabenseiferová, 2009). Sestra na kterékoli pozici poskytuje ošetrovatelskou péči v rozsahu stanoveném obecně závaznými předpisy, především pracovní náplní, která bývá nedílnou součástí svobodně a nenuceně uzavřené pracovní smlouvy a dle pokynu nadřízeného, který nemusí být vždy dáván písemně a to v rámci své kvalifikace bez odborného dohledu nebo pod dohledem. Péči poskytuje v souladu s postupem *lege artis*, tj. v souladu s předpisy, které upravují poskytování zdravotní péče, a se standardy ošetrovatelské péče upravujícími konkrétní postup při provádění daného výkonu. Sestra by měla vědět, že má právo odmítnout provést výkon, jehož ordinace je nečitelná, ve zřejmém rozporu s postupem *lege artis* či který by klienta evidentně poškodil (Vondráček, 2006).

Sestra by se měla snažit motivovat a podporovat ctnosti klienta a dělat pro něho to, co by dělal on sám, kdyby toho byl, s ohledem na jeho zdravotní stav, schopen (Heřmanová, 2012, Husted, 2008).

Každý zdravotnický pracovník je vázán povinnou mlčenlivostí a její porušení by mohlo být posuzováno jako závažný trestný čin, neboť prvotním účelem povinné mlčenlivosti je ochrana soukromí a nedotknutelnosti osoby klienta, zároveň však i ochrana veřejného zájmu. Subjekty i rozsah vyplývají přímo ze zákona. Veškeré údaje jsou velmi citlivá osobní data, a proto je nutné při nakládání s nimi dbát velmi přísných pravidel a musí jim být poskytnuta přísná ochrana vyplývající ze zákona o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb. (Zákon č. 101, 2000).

Povinnou mlčenlivost lze prolomit pouze v případě, že to právní předpis výslovně dovoluje. Povinná mlčenlivost trvá i v případě, že zanikl pracovní poměr zdravotnického pracovníka nebo již nevykonává funkci, na kterou se povinná mlčenlivost vztahovala. Všichni členové multidisciplinárního týmu by měli mít na paměti, že zakázáno je vše, co není výslovně dovoleno a že každý si nese následky za svoje činy (Uherek, 2008).

1.4 Zdravotnická dokumentace obecně

„Zdravotnická dokumentace je způsob zachycení a uchovávání rozhodných skutečností zaznamenaných na různých nosičích.“ (Vondráček, 2008, s. 13). Zdravotnická dokumentace vedená lékaři zachycuje a uchovává skutečnosti vztahující se k poskytování zdravotní péče jako např. ordinace léků, laboratorní a radiodiagnostická vyšetření, konziliární vyšetření, souhlasy klienta s hospitalizací a různými výkony a další (Vondráček, 2008). Slouží k podání informací, které jsou důležité pro zachování kontinuity poskytované zdravotní péče, dále k poskytnutí informací, o poskytování zdravotní péče oprávněnou osobou v souladu se stanovenými postupy lege artis, také jako doklad pro vyúčtování poskytnuté hrazené zdravotní péče i péče za přímou platbu klientem a v neposlední řadě též jako podkladový materiál pro vědu a výzkum (Plevová, 2011).

Zdravotnická dokumentace je stanovena zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, známý jako zákon o zdravotních službách, a následně vydanou prováděcí vyhláškou MZ ČR č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ze dne 22. března 2012. Tato vyhláška určuje všechny náležitosti zdravotnické dokumentace s ohledem na rozsah poskytovaných zdravotních služeb. Mezi tyto náležitosti patří údaje o zdravotním stavu klienta a skutečnosti, které souvisejí s poskytováním zdravotních služeb danému klientovi. V bodě 1 §1 této vyhlášky jsou zahrnuty položky, které v dokumentaci nesmí chybět, např. identifikační údaje poskytovatele, jako je jméno a příjmení poskytovatele zdravotních služeb, popř. název firmy, včetně adresy sídla či místa poskytování zdravotních služeb, identifikační číslo

osoby a popř. název oddělení zdravotnického zařízení, dále identifikační údaje klienta, kde nesmí chybět celé jméno a příjmení, datum narození, rodné číslo nebo číslo pojištěnce, kód zdravotní pojišťovny a adresa místa trvalého pobytu, u cizinců místo hlášeného pobytu na území ČR, event. adresa bydliště mimo území ČR, dále pak pohlaví klienta. Dle této vyhlášky nesmí v dokumentaci chybět ani celé jméno zdravotnického pracovníka, který provedl zápis do dokumentace a to včetně jeho podpisu, musí zde být datum provedení zápisu, v případě poskytnutí neodkladné zdravotní péče či vykonání návštěvní služby datum a čas. Je-li součástí dokumentace předávána klientovi nebo třetí pověřené osobě, nesmí chybět razítko poskytovatele. Zdravotnická dokumentace obsahuje i informace o zdravotním stavu klienta, o průběhu poskytovaných zdravotních služeb a jejich výsledku, též o dalších významných okolnostech, které souvisejí se zdravotním stavem klienta a s postupy při poskytování zdravotních služeb, včetně anamnestických údajů, které jsou důležité pro poskytování zdravotních služeb. Důležitou součástí zdravotnické dokumentace je informace o tom, zda je klient zdravotně způsobilý nebo zda je zbavený způsobilosti k právním úkonům, neboť v tomto případě pak není zcela adekvátně schopen posoudit poskytnutí zdravotních služeb, event. důsledky jejich poskytnutí. V neposlední řadě by měla zdravotnická dokumentace obsahovat klasifikaci klienta, jehož stav vykazuje určitý stupeň částečného nebo úplného omezení či znemožnění některých psychických, fyzických nebo sociálních funkcí, které bude trvalého dlouhodobého nebo charakteru. Klasifikace se řídí Mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví (Vyhláška č. 98, 2012).

V bodě 2 §1 jsou uvedeny náležitosti, které zdravotnická dokumentace dále obsahuje v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu klienta. Týká se to pracovních závěrů a konečné diagnózy, návrhu dalšího léčebného postupu, včetně informací o průběhu léčení, vyžaduje-li to zdravotní stav klienta, záznamu o rozsahu poskytnutých nebo vyžádaných služeb, záznamu o aktuálním vývoji zdravotního stavu dle subjektivního hodnocení a objektivního nálezu. Nesmí zde chybět záznam o preskripci a podání medikamentů či transfuzních přípravků, popř. vybavení pacienta léčivy, včetně množství nebo zdravotnickými prostředky.

Vyhláška dále v dokumentaci vyžaduje i záznam o vystavení příkazu ke zdravotnickému transportu, záznamy o provedené ošetrovatelské péči včetně záznamů o poskytnuté nutriční péči a péči léčebně rehabilitační, dále taktéž záznam o aplikaci očkovací látky, včetně jejího názvu a čísla šarže. Dokumentace musí obsahovat i písemný souhlas klienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím zdravotních služeb, je-li souhlas v písemné formě vyžádán poskytovatelem nebo stanovuje-li ho jiný právní předpis, např. zákon č. 285/2002 Sb., transplantační zákon nebo zákon o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb. (Zákon č. 258, 2002, Zákon č. 373, 2011). Zároveň nesmí chybět ani záznam o odmítnutí poskytnutí této služby, pokud k němu došlo. Součástí zdravotnické dokumentace je i záznam o použití omezovacích prostředků vůči klientovi, který musí obsahovat indikaci omezení včetně specifikace druhu, omezení, důvodu a účelu omezení a stanovení intervalů kontrol a rozsahu kontrol, dále pak čas zahájení a ukončení použití omezovacích prostředků, průběžné hodnocení trvání důvodů a zdravotního stavu klienta v průběhu omezení, popř. výskyt komplikací včetně jejich popisu, identifikační údaje lékaře, který použití omezovacího prostředku indikoval a v neposlední řadě záznam o informování zákonného zástupce klienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům či nezletilce. Zdravotnická dokumentace obsahuje i stejnopisy lékařských posudků, záznamy o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace, event. pořízení kopie či výpisu, záznam o uznání a ukončení dočasné pracovní neschopnosti, záznamy o jiných významných okolnostech, které souvisejí se zdravotním stavem klienta zjištěných v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, dále pak záznamy o podezření lékaře ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, přijatých opatřeních a splnění oznamovací povinnosti v souladu s příslušnými právními předpisy dle §10 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně- právní ochraně dětí, ve znění zákona č. 375/2011 Sb. (Vyhláška č. 98, 2012, Zákon č. 359, 1999).

Vyhláška 98/2012 Sb. též v §1 odst. 3 říká, že zdravotnická dokumentace rovněž obsahuje záznamy, součásti a jiné skutečnosti stanovené zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákonem o specifických zdravotních službách nebo jinými právními předpisy. Jedním z nich je např. transplantční zákon (Vyhláška č. 98, 2012).

§2 vyhlášky o zdravotnické dokumentaci též uvádí, že součástí dokumentace jsou i výsledky vyšetření ve formě písemných popisů, grafických, audiovizuálních, digitálních aj. záznamů z vyšetření, operační protokol či anesteziologický záznam, dále pak písemné informace o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu klienta, průběhu a ukončení léčení či doporučení nebo návrhy na poskytování dalších zdravotních služeb jiných poskytovatelů v rámci zajištění návaznosti zdravotních služeb o klienta. Jedná-li se o péči lůžkovou, pak dokumentace obsahuje i tzv. epikrízu, což je vlastně souhrn informací o průběhu vyšetření, léčby a další plán léčebného postupu, dále pak záznamy o vyšetřovacích, léčebných či administrativních výkonech provedených dle jiných právních předpisů, a to včetně záznamů o zdravotním stavu klienta, kopie zpráv a údajů předaných dle těchto jiných právních předpisů, např. dle trestního řádu či zákona o Policii České republiky. V dokumentaci nesmí chybět ani záznamy o výskytu závažných či neočekávaných nežádoucích příhodách, které se vyskytly v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, s podáním léčivého přípravku nebo s použitím zdravotnického prostředku, záznam o podávání léčivého přípravku v rámci klinického hodnocení nebo použití zdravotnického prostředku v rámci klinického zkoušení, dále pak záznamy o provádění ověřování nových postupů použitím metody, která dosud nebyla v klinické praxi na žijícím člověku zavedena dle zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách (Zákon č. 373, 2011). V neposlední řadě by ve zdravotnické dokumentaci neměl chybět záznam o hlášení infekční nemoci nebo podezření na infekční nemoc, úmrtí na tyto nemoci nebo vylučování původců infekčních onemocnění místně příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví (Vyhláška č. 98, 2012).

Vyhláška v §3 nařizuje, že na každém listě zdravotnické dokumentace se uvede jméno a příjmení klienta, jeho rodné číslo nebo číslo pojištěnce, datum narození, dále pak identifikační údaje poskytovatele péče. Všichni zdravotničtí pracovníci by měli mít na paměti, že, jak říká vyhláška o zdravotnické dokumentaci: „Za provedení zápisu do zdravotnické dokumentace je odpovědný zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník, který pacientovi poskytl zdravotní službu.“ (Vyhláška č. 98, 2012).

Každý poskytovatel je ze zákona povinen vést zdravotnickou dokumentaci dle daných náležitostí, zároveň ji dle daných podmínek uchovávat a vyřazovat. Vyřazováním se rozumí posuzování a výběr zdravotnické dokumentace, která je nadále pro poskytování zdravotních služeb nepotřebná. Při tomto výběru se rozhoduje o tom, zda zdravotnická dokumentace bude po uplynutí doby uchování vyřazena a navržena ke zničení (Vyhláška č. 98, 2012). Posuzování potřebnosti dokumentace se provádí ve lhůtách určených poskytovatelem, nejdéle však 1x za 3 roky. Bez tohoto posouzení není možné dokumentaci vyřadit a zničit. Na správný postup dohlíží odborná komise, která má minimálně tři členy, které jmenuje a odvolává poskytovatel. Zdravotnická dokumentace se standardně uchovává po dobu pěti let a posléze se označuje vyřazovacím znakem „S“, pokud není jiným právním předpisem stanoveno jinak. Doba uchovávání dokumentace vedené jedním poskytovatelem počíná běžet dnem 1. ledna následujícího kalendářního roku po dni, v němž byl proveden poslední záznam ve zdravotnické dokumentaci klienta, pokud není stanoveno jinak. Zničením se rozumí znehodnocení takovým způsobem, aby nebyla možná rekonstrukce a identifikace jejího obsahu. Poskytovatel může dle vyhlášky použít i vyřazovací znak „V“, který stejně jako vyřazovací znak „S“ vyjadřuje hodnotu zdravotnické dokumentace pro další poskytování zdravotních služeb a způsob zacházení s dokumentací po uplynutí doby jejího uchování. Tento znak označuje zdravotnickou dokumentaci, jejíž hodnotu nelze v okamžiku vzniku určit. U takto označené dokumentace dochází po uplynutí doby uchování k posouzení potřebnosti, nepotřebná část zdravotnické dokumentace je navržena k vyřazení a zničení, zbylé části je prodloužena doba uchování (Zákon o archivnictví).

Je nezbytné dodržovat veškerá zákonem stanovená pravidla, neboť dodržování právních předpisů je vynutitelné a jejich nedodržování je sankcionováno (Vondráček 2006).

1.4.1 Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace se dnes již ve zdravotnických zařízeních stala naprosto běžnou záležitostí. Na úvod je potřeba zmínit, že pokud se hovoří o ošetrovatelské dokumentaci, je v podstatě zmiňována zdravotnická dokumentace, neboť ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace, a proto pro ni platí naprosto stejná pravidla, zejména co se týče zápisů do dokumentace, její vedení, uchovávání, skartace a přístupu k ní jak ze strany klienta, tak ze strany dalších osob či orgánů. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci v tomto případě používá termín „dokumentace ošetrovatelské péče“ (Policar, 2010).

Mnohdy z řad laické veřejnosti, ale i z řad odborníků prosakují dotazy ve smyslu, co to vlastně je ošetrovatelská dokumentace, k čemu slouží a jaký má význam? Jak uvádí Plevová a kolektiv (2011): „Ošetrovatelská dokumentace slouží jako zdroj informací o potřebách jednotlivce, cílech ošetrovatelské péče, o péči samotné a jejích výsledcích. Měla by jasně doložit jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu. Usměňuje individualizovanou péči. Umožňuje hodnotit účinnost výběru ošetrovatelských intervencí. Informuje ostatní členy zdravotnického týmu o aktuálním stavu pacienta, slouží jako prostředek vzájemné komunikace. Zabezpečuje kontinuitu ošetrovatelské péče a poskytuje chronologický přehled o poskytované péči. Zároveň poskytuje údaje, které mohou být použité pro pedagogické účely (jako učební materiál), statistické účely (plánování péče) a pro potřeby ošetrovatelského výzkumu. Důležitá je také pro monitorování a kontrolu kvality ošetrovatelské péče. Jako zdroj informací o poskytnuté ošetrovatelské péči je právním dokumentem a uznává se jako soudní důkazový materiál“ (Plevová, 2011, s. 128-129).

Vondráček definuje ošetrovatelskou dokumentaci obdobně, a to tak, že ošetrovatelská dokumentace zachycuje a uchovává konkrétní skutečnosti týkající se poskytování ošetrovatelské péče konkrétním klientům, tj. ošetrovatelská anamnéza, hodnocení klienta sestrou, denní záznamy sester aj. Slouží k zajištění kontinuity poskytované ošetrovatelské péče, předávání informací v ošetrovatelském týmu i v následné péči, dále jako doklad o poskytování ošetrovatelské péče podle ordinace lékaře i jako doklad o poskytování správné péče s ohledem na zdravotní stav klienta, v souladu se stanovenými postupy lege artis a podle standardů ošetrovatelské péče a stejně jako dokumentace vedená lékaři jako podkladový materiál pro vědu a ošetrovatelský výzkum. Záznam musí mít datum a čas provedení. Ošetrovatelská dokumentace jako taková je součástí zdravotnické dokumentace, a proto se k jejímu vedení a používání vztahují stejná pravidla a podmínky (Vondráček, 2008).

V ošetrovatelské dokumentaci se však mohou vyskytovat i chyby způsobené ošetrovatelským personálem. Ačkoli se již mnohde vyskytuje elektronická dokumentace, stále ještě je hojně rozšířená dokumentace papírová, kdy ručně psané záznamy sebou nesou velké riziko chybovosti. Ošetrovatelský personál by se neměl dopustit závažných chyb, které by mohly následně vést k nekvalitní ošetrovatelské péči či dokonce poškození člověka. Ošetrovatelská dokumentace by měla odpovídat platným předpisům. Vzhledem k tomu, že sestra své zápisy a záznamy stvrzuje podpisem, je důležité, aby se vyvarovala zbytečných chyb (Kapounová, 2007). Mezi ty lze zařadit např. nepravdivost záznamů, jejich nečitelnost či nesrozumitelnost, nesprávné popsání problémů nebo záznam založený na subjektivních hodnoceních a pocitech sestry, ale také přelepování a škrtnání zápisů, neautorizovaný záznam, používání zbytečných zkratk i použití nesprávné češtiny. Je naprosto nezbytné se těmito chybám vyvarovat, neboť např. nepravdivost záznamů je závažné pochybení a může vést ke znehodnocení celé klientovy dokumentace (Škrla, 2008). Nečitelnost záznamů může vyvolat značné obtíže, a proto je nutné mít stále na paměti, že ošetrovatelská dokumentace chrání nejen klienta samotného, ale taktéž všechny členy multidisciplinárního týmu. Toto pochybení je jedním z nejčastějších upozornění u soudních přelíčení a nese sebou právní následky (Vondráček, 2008).

V dokumentaci by nemělo být užíváno otazníků ani vykřičníků, protože to nevede ke srozumitelnosti, čímž může dojít ke špatnému posouzení patřičného zápisu jiným členem týmu a následně může dojít k chybné ošetrovatelské péči či intervenci (Kapounová, 2007). Veškeré záznamy v dokumentaci by měly být popsány věcně, správně a úplně. Týká se to např. lokalizace operačních ran, jejich ošetření, charakteru odpadů z různých drénů či popis jiných klientových problémů. Všechny tyto údaje by měly být opatřeny datem, časem a signovány, což by mělo zabránit nesprávně popsanému problému (Vondráček, 2008). Podobný je i záznam založený na subjektivních pocitech sestry, kdy dotyčná může použít zdobnělin či neodborných výrazů. Toto je chápáno jako projev nekompetentnosti a značný amatérismus, neboť jak již bylo řečeno, ošetrovatelská dokumentace by měla být psána věcně (Vondráček, 2008). Ke zpochybnění záznamů, potažmo celé ošetrovatelské dokumentace vede přelepování a škrtnání zápisů. Dle pravidel se nesprávný záznam opraví jedním přeškrtnutím a správný údaj se napíše nad chybný zápis nebo vedle něho, přidá se formulka „opraveno“ a řádně stvrdí svým podpisem a datem opravy. Sestra pak zkontroluje čitelnost záznamu. Tím poukazuje na fakt, že nechtěla chybu skrýt, ale pouze opravit (Kapounová, 2007). Neautorizovaný záznam je každý, který není řádně signován. Každý provedený záznam musí být opatřen podpisem a razítkem se jménem pracovníka, který záznam provedl (Kapounová, 2007, Vondráček, 2008). V dokumentaci je též nevhodné nadměrné užívání zkratk. V podstatě je lze použít jen tehdy, jsou-li v daném formuláři řádně napsány a vysvětleny (Kapounová, 2007). Velkým problémem může být i použití nesprávných výrazů, gramatických chyb, vulgarismů, slangových výrazů, neboť dobře vedená ošetrovatelská dokumentace je v českém jazyce. Proto jsou tyto výrazy chybné, je nutné se jich vyvarovat a používat pouze výrazy gramaticky správné. Za pravdivost, čitelnost, věcnost a obsah zápisu nese zodpovědnost ten člen ošetrovatelského multidisciplinárního týmu, který ho provedl. Je vhodné zápis zkontrolovat, event. včas opravit (Vondráček, 2008).

Wang (2011) ve své studii říká, že kvalitní ošetrovatelská dokumentace podporuje efektivní komunikaci mezi ošetrovatelským personálem. To usnadňuje následnou kontinuitu a individualitu jejich péče, avšak podle výzkumu by měla být věnována větší pozornost přesnosti dokumentace jako faktoru vedoucímu ke změně v postupech ošetrovatelské péče, dále pak nedostatkům ve vedení dokumentace, účinkům na ošetrovatelskou praxi a výsledky klientů a v neposlední řadě pak pravidelnému a opakovanému vyhodnocování kvality dokumentace a ošetrovatelské péče (Wang, 2011). Dle jiné australské studie vede ke zlepšení kvality, bezpečnosti a efektivnosti poskytování ošetrovatelské péče dokumentace elektronická. Bylo zjištěno, že systém počítačové dokumentace snižuje chybovost v zadávání dat a zlepšuje tak přístupnost, přesnost a čitelnost provedených záznamů (Munyisia, 2013).

Ošetrovatelská dokumentace též podléhá procesu kontroly, který zákoník práce ukládá každému vedoucímu pracovníkovi, tj. pracovník k tomu určený a pověřený, tj. staniční sestra provádí kontrolu na své stanici, vrchní na svěřeném oddělení, hlavní sestra (náměstek/náměstkyně pro ošetrovatelskou péči) v celém zdravotnickém zařízení a dále pak primář oddělení. Kontrolu dokumentace jako celku však nemůže provést ošetrovatelský lékař. Každá kontrola by měla obsahovat stránku formální, identifikaci dat, provedené opravy a objektivitu dokumentace. Sleduje se, zda data zapsaná v ošetrovatelské dokumentaci odpovídají záznamům v lékařské dokumentaci. O provedené kontrole se sepíše zápis, který je posléze uložen u vrchní sestry (Vondráček, 2008). Z dříve řečeného vyplývá, že vedení ošetrovatelské dokumentace umožňuje zaznamenávat aktuální změny zdravotního stavu klienta bez ohledu na fázi ošetrovatelského procesu. Nicméně údaje o poskytnutí ošetrovatelské péče zaznamenává sestra chronologicky, jak byla poskytována. Zaznamenávání všech fází ošetrovatelského procesu, včetně jejich realizace, do ošetrovatelské dokumentace se řídí platnou legislativou, konkrétně vyhláškou č. 64/2007 Sb., o zdravotnické dokumentaci (Plevová, 2011) ve znění pozdějších předpisů vyhláškou č. 98/2012 Sb., kde je řečeno, že záznam o ošetrovatelské péči obsahuje ošetrovatelskou anamnézu klienta a zhodnocení jeho zdravotního stavu, dále pak ošetrovatelský plán, ve kterém se uvádí popis ošetrovatelského problému klienta nebo stanovení ošetrovatelských diagnóz,

stanovení předpokládaných ošetrovatelských činností a výkonů, včetně záznamu o jejich provedení a poučení klienta a dle povahy ošetrovatelského výkonu se též uvede časový údaj o jeho provedení a v neposlední řadě hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče a průběžné změny v ošetrovatelském plánu. Sestra dokumentuje objektivně a přesně vše, co viděla, slyšela a vykonala v souvislosti s péčí o klienta, přičemž se doporučuje používat formulace typu „klient říká, popisuje, cítí, že...“, neboť interpretace sestry může být subjektivní a zkreslená (Palánová, 2011).

Dokumentace ošetrovatelské péče též obsahuje průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu klienta, o předání informací a jeho poučení, dále pak nesmí chybět ošetrovatelská propouštěcí nebo překladová zpráva s doporučeními pro další ošetrovatelskou péči, kde se uvádí souhrnné údaje o poskytnutých ošetrovatelských intervencích včetně časových údajů, mohou se zde zmínit i doporučení k dalším ošetrovatelským postupům, např. pro jiné zdravotnické zařízení, zařízení sociálních služeb nebo agenturu domácí péče. Vyhláška též říká, že rozsah jednotlivých obsahových součástí záznamu o ošetrovatelské péči může poskytovatel zdravotních služeb přizpůsobit charakteru poskytované ošetrovatelské péče (Vyhláška 98/2012 Sb.).

Totéž v podstatě udává i australská studie, ze které vyplývá, že ošetrovatelská dokumentace je hlavním klinickým zdrojem informací v ADP hrající důležitou roli při poskytování služeb a je významnou součástí záznamů vedených o klientovi. Studie dále zmiňuje, že ošetrovatelské zhodnocení stavu klienta je první fází ošetrovatelského procesu a důležitým úkolem pro každodenní péči v praxi. Při posuzování sestra systematicky sbírá, ověřuje, analyzuje a předává informace o zdravotním stavu klienta, které jsou podstatné pro odvození ošetrovatelské diagnózy a pro plánování klientovy individuální péče. Přesnost a úplnost ošetrovatelského posouzení určuje přesnost dalších kroků ošetrovatelského procesu. Pro hodnocení ošetrovatelské dokumentace v praxi je v domácí péči využito akreditačních standardů v tom smyslu, že byl jasně definován rozsah péče, která má být posouzena, především pak otázky péče o klienta od zdraví, osobní péče, bezpečí, až po otázky životního stylu. Nicméně dokumentace v různých organizacích je vedena na operativní úrovni (Wang, 2013).

Kalvach (2011) říká, že koordinátor neboli „case manager“ by měl vést o klientovi domácí péče nebyrokratickou, neformální dokumentaci, jejíž základními prvky jsou identifikační údaje ve smyslu osobní anamnézy s důrazem na prognosticky a funkčně závažné choroby, stavy a zdravotní události, sociální anamnézy, zdravotního postižení vedoucí k zařazení do ucelené dlouhodobé péče, včetně povahy a prognózy postižení, dále pak standardizované funkční hodnocení klienta, hodnocení klientovy sociální sítě a domácího prostředí, hodnocení sociálních dávek a jeho nároků na ně a identifikace klientova hodnotového systému, jeho priorit, sociálních rolí, rozhodnutí, obav. Dále by pak neměl chybět vstupní individuální plán ošetrovatelské péče a to konkrétní cíle, potřeby, rizika, sny, včetně vybraných služeb a to vše s využitím metod plánování zaměřeného na člověka (tzv. person centered planning – PCP).“ (Kalvach, 2011, s. 165). V dokumentaci pak nesmějí chybět pravidelné průběžné epikrízy zaznamenávající závažné události, zdůvodnění vybraného postupu, výsledky průběžného hodnocení zdravotního a funkčního stavu klienta, změny v sociální situaci, úpravami jeho individuálního plánu včetně odůvodnění jeho modifikace, neměl by chybět ani záznam komunikace s rodinou, ošetřujícím lékařem či úřady. V dokumentaci by samozřejmě neměla chybět ani závěrečná zpráva při vyřazení klienta ze systému integrované domácí ošetrovatelské péče nebo při jeho úmrtí (Kalvach, 2011).

Díky novému pohledu na sestry primární a komunitní péče, který zahrnuje jejich zájem o klienta a tím i o péči orientovanou na jeho potřeby, se stal holistický přístup řešením nesplněných potřeb klienta (Kopřivová, 2008). Toto může být jedním z důvodů, proč se i v domácí péči, stejně jako ve zdravotnických zařízeních, pracuje formou ošetrovatelského procesu. Tento termín byl poprvé použit v 50. letech 20. století americkou sestrou Hallovou a jeho využití se poprvé legitimizovalo ve Spojených státech amerických na konci 90. let, kdy jej jako „Standard ošetrovatelské praxe“ vydala Americká asociace sester. V ČR byl přijat jako metoda ošetrovatelské praxe Českou asociací sester. Nyní je nedílnou součástí většiny států, kde se objevuje již v učebních osnovách. Sám název naznačuje sled připravovaných aktivit určených k dosažení jasného výsledku.

Jde o metodu, která sestřím práci usnadňuje a pomáhá samostatně řešit běžné i problematické situace, se kterými se mohou setkat při ošetřování klienta a tím mu být prospěšná. Účelem ošetřovatelského procesu je uspokojování jednotlivých potřeb klienta a zároveň kvalitní ošetřovatelská péče. V současnosti rozlišujeme pět fází procesu, které jsou využívány v ošetřovatelské dokumentaci klienta. Těchto využívají všechna zdravotnická zařízení (státní i nestátní) v podobě formulářů, které si sami připravují tak, aby vyhovovaly vlastnímu provozu (Mastiliaková, 2005). Díky ošetřovatelskému procesu může sestra zvolit co nejefektivnější způsob provedení ošetřovatelské péče. Ve spolupráci s klientem stanoví cíle, které je možné uskutečnit a zhodnotit. V průběhu realizace je však nutné reagovat na aktuálně vzniklé změny a cíle event. upravit. Sestra si musí uvědomovat, že kvalita péče závisí na celém systému zdravotní péče, na spolupráci všech členů multidisciplinárního týmu, ale převážně také na samotném klientovi, který je jedinečná lidská bytost, a proto je nutné volit holistický přístup (Trachtová, 2013).

Ošetřovatelský proces je výhodný pro pacienty i pro sestry. Výhodou pro pacienta je co nejkvalitnější plánování ošetřovatelské péče uspokojující potřeby klienta, jeho rodiny, ale i komunity a celé společnosti. Další výhody spočívají v návaznosti péče o klienta nebo účast samotného klienta na ošetřovatelské péči. Pro sestry spočívají výhody v tom, že se mohou vyhnout případnému rozkolu se zákonem (Mastiliaková, 2005). Ošetřovatelský proces sestře napomáhá i v odborném rozvoji a může vést ke spokojenosti v zaměstnání. Významným aspektem pro sestru je získat patřičné vzdělání a dovednost v oblasti interpersonální, intelektové a dovedné, aby mohla techniky ošetřovatelského procesu co nejlépe zužitkovat a uplatnit (NANDA, 2010).

1.4.2 Ošetrovatelská dokumentace v domácí ošetrovatelské péči

Ačkoli agentury domácí péče v České republice nemají jednotnou dokumentaci, obecně platí, že v dokumentaci nesmí chybět osobní údaje klienta, jeho sociální anamnéza, zdravotní anamnéza, diagnóza, popř. diagnózy, management péče a pomoci, realizace plánované terapie, péče a pomoci a dohoda o poskytování komplexní domácí péče (Rabenseiferová, 2009).

Základem ošetrovatelské dokumentace nejen v domácí péči jsou pečlivě sebraná anamnestická data. Sestra však nemá právo zjišťovat pravdivost anamnestických údajů. Zaznamenává je do dokumentace tak, jak je klient sdělil. Pokud klient tyto údaje sdělit odmítá, proškrtne sestra příslušnou kolonku, případně provede na závěr poznámku, že klient údaje odmítl sdělit nebo že údaje jsou účelově zkreslené (Vondráček, 2009).

Na první schůzce je nutné klientovi založit ošetrovatelskou dokumentaci, sepsat s ním potřebné údaje, jako např. identifikační údaje, lékařskou diagnózu, zdravotní pojišťovnu, sociální zázemí, odebírá zdravotní a sociální anamnézu, jejíž součástí je též oslovení klienta. Obecně platí, že dospělému klientovi se vždy vyká a oslovuje se pane/paní a jménem nebo titulem. Je nutné si připomenout, že familiárnost není vhodná a důstojná. Oproti tomu lze děti a velmi mladé dospělé oslovovat tak, jak jsou zvyklí od rodinných příslušníků (Misconiová, 2006).

Co se týče anamnézy, odebírá ji sestra prostřednictvím rozhovoru s klientem, přičemž klade cílené dotazy, neboť jejím cílem je získat co nejvíce informací, které napomohou ke stanovení ošetrovatelské diagnózy. Tu sestra zpracuje na základě ošetrovatelské anamnézy, léčby stanovené lékařem a fyzikálního vyšetření klienta. Ošetrovatelskou diagnózu lze chápat jako pojmenování klientových problémů a návrh na jejich řešení, přičemž se v průběhu péče diagnózy mohou měnit dle vývoje onemocnění. Sestra vede pečlivé záznamy o výkonech, které u klienta provádí, např. odběry biologického materiálu, podání léků a aplikaci injekcí, převazy, dále pak provede záznam o edukaci klienta a rodinných příslušníků, např. u diabetiků, stomiků, klientů po transplantacích, ale také edukuje o potřebných vyšetřeních, přípravě před nimi, jejich průběhu a péči po daném vyšetření, ev. ho na vyšetření doprovází. Sestra provede záznam o ošetřování klienta podle ošetrovatelských diagnóz.

Zároveň vhodně působí na klientovu psychickou stránku, avšak nesmí mu vkládat přehnaně pozitivní naděje ohledně dalšího vývoje jeho zdravotního stavu (Nejedlá, 2015).

Cílem fyzikálního vyšetření sestrou je zapsat vše, co sestra u klientů zjistila pomocí všech smyslů, tj. zrak, hmat, sluch a čich. Výhodou je, že kromě fonendoskopu v podstatě sestra nepotřebuje žádné jiné pomůcky, proto lze takto vyšetřovat i v terénu a mnohdy lze klienta vyšetřovat tak, aniž by o tom věděl, např. vyšetření dechové frekvence, psychický stav apod. Sestra však musí předem vědět, co chce sledovat – co vidět, slyšet, cítit nebo hmatat. Je nutné se držet základních pravidel, např. neuvádět žádné závěry, diagnózy, výsledky vyšetření, způsob léčby či prognózu, neboť to není v kompetenci nelékařských zdravotnických pracovníků. Klientovi je důležité sdělit vše, co sestra plánuje udělat, upozornit ho před samotnou činností. Při vyšetřování by měla s klientem dle jeho schopností a možností vlídně hovořit, oslovovat ho jménem či titulem, vysvětlovat, co bude dále vyšetřovat a neměla by zapomenout na nonverbální komunikaci a sledovat problémy důležité pro ošetrovatelskou péči (Nejedlá, 2015).

Do ošetrovatelské dokumentace je potřebné zaznamenat i typ dřívějšího zaměstnání klienta, jeho názory na dřívější zaměstnání a případné vlivy na jeho zdraví. Zároveň by neměl chybět záznam o typu současného zaměstnání, pokud již klient není ve starobním důchodu, jeho názory na práci, aktivity v pracovním procesu, vliv daného prostředí na klientovo zdraví, plány na návrat do pracovního procesu. Sestra se zajímá i o objem a druh domácích prací, osobě, která je vykonává, dále se zaznamenává potřeba dalšího vzdělání nebo přání requalifikovat se. Důležitá je i potřeba relaxace, rekreace, dále vlivy onemocnění na zájmy klienta včetně náhradních zájmů, o které se během nemoci zajímá a v neposlední řadě i změna způsobu relaxace, event. celého prostředí. V osobní anamnéze nesmí chybět údaje o věku, pohlaví, rase, etnickém původu, zaměstnání, stavu, náboženství, zdravotní pojišťovně a bydlišti. Údaje by měly být co nejpřesnější, neboť nesmíme zapomenout, že ošetrovatelská dokumentace je zdrojem veškerých informací o klientovi (Palánová, 2011).

Anamnéza má obsahovat prohlášení klienta o zdravotním stavu, dalších obtížích a jejich počátku či projevech, dále pak data prodělaných úrazů a podstoupených operací, včetně hospitalizací, data očkování, u žen počet porodů a potratů. Uvádí se zde i služba v armádě, cesty do zahraničí, zejména do exotických zemí včetně data výjezdu, dále prodělané dětské nemoci včetně věku, kdy k nim došlo, psychické onemocnění a léčba a obvyklá zdravotní péče. Je nutné zde uvést i jméno, obor specializace a kontakt na ošetřujícího lékaře. Nesmí chybět ani rozpis o užívání léků, nejen na předpis, ale i volně prodejných preparátů nebo alternativních postupů. Zapisují se zde i životní návyky a osobní zvyky jako spánek, výživa, příjem tekutin, vylučování moči a stolice, fyzická aktivita, sexuální život, osobní hygiena, komfort a dyskomfort a další. U nynějšího onemocnění je potřeba zdůraznit hlavní obtíže vlastními slovy klienta, začátek a vývoj těchto obtíží, kde k nim došlo a jaká byla provedena opatření, dále pak lokalizace, doba trvání obtíží, četnost, průběh změn stavu klienta a jejich vliv na klienta, faktory, které onemocnění zlepšují nebo zhoršují. Zjišťuje se též informovanost klienta o vzniklém onemocnění, léčebném postupu a prognóze, výsledky laboratorních a diagnostických testů, medikaci po propuštění z hospitalizace (Misconiová, 2006). V psychosociální anamnéze sestra zaznamenává popis celkového obrazu klienta, jeho životopis, blízkých osob a vztahů, zaměstnání, sociální prostředí klienta, včetně vnímání osob blízkých, známých a sousedů, dále pak provede záznam o zdravotní péči, tj. zapíše ošetřujícího lékaře, odborné lékaře, jejich dostupnost a dopravu do příslušného zdravotnického zařízení. Sestra provede zápis i o konzumaci kávy, alkoholu, tabáku či užívání jiných drog, ptá se na množství, četnost a typ. Zajímá se též v rámci psychosociální anamnézy o dosažené vzdělání, ale též o zájmy klienta. V rodinné anamnéze se táže na zdravotní stav rodičů, druhého partnera, sourozenců, dětí, včetně úmrtí, kde je nutné uvést věk a příčinu smrti, dále pak zdravotní stav prarodičů a ostatních příbuzných. Ptá se také na vztahy v rodině, chování k manželovi či partnerovi a zajímá se též o onemocnění srdce, diabetes, rakovinná onemocnění či další geneticky podmíněné choroby u rodinných příslušníků.

Do této kategorie lze zařadit i hodnocení bezpečnosti domácího prostředí klienta, kdy je potřebné zjistit a zaznamenat čistotu prostředí, uspořádání nábytku a zařízení bytu, volná elektrická spojení nebo neukončené dráty elektrické instalace a uzemnění, stav podlahy, řádně uklizený kontaminovaný materiál, vybavení koupelny a sociálního zařízení bezpečnostními madly, osvětlení, vhodná teplota. Je nutné zkontrolovat i lůžko klienta, jeho výšku, event. postranice, signalizační světlo nebo alarm pro případ potřeby. Ověřujeme i schopnost klienta se chránit před úrazem a jeho schopnost vykonávat aktivity běžného denního života, včetně chůze a definice rozsahu nezbytné pomoci (Rabenseiferová, 2009).

Po odebrání anamnézy se přistupuje k celkovému orientačnímu vyšetření klienta, které zahrnuje jednotlivé systémy. Při posuzování klienta je nutné postupovat systematicky, tj. „od hlavy k patě“. Posuzujeme zvláště hlavu, krk, trup, končetiny. Při vyšetřování využíváme svých smyslů pro vyšetření pohledem, poslechem, pohmatem a poklepem, kdy sledujeme anomálie vyšetřované oblasti (Misconiová, 2006). Důležité je zaznamenat vstupní zjištěné údaje, výšku a hmotnost pro event. určení posunu váhy, dále pak dle jednotlivých systémů. V rámci kožní soustavy si všímáme svědění, vyrážek, kožních lézí, změny barvy kůže, nehtů, vlasů a lupů. V nervovém systému nás zajímají bolesti a točení hlavy, mdloby, záchvaty, třes, brnění, necitlivost, paréza nebo plegie, úrazy, dále změny paměti, hmatu, chuti, čichu, zraku a sluchu, infekce, bolesti očí, bolesti nebo zvonění v uších, užívání brýlí, kontaktních čoček a ušních naslouchátek. V rámci dýchacího systému sledujeme kašel, vykašlávání sputa, dušnost, sípání, hemoptýzu, krvácení z nosu, bolesti v krku, nosu nebo hrudníku, dále pak epistaxi, infekci v krku a horních cestách dýchacích, astma, bronchitidy, pneumonie či emfyzém. U kardiovaskulárního systému bolesti na hrudi, edém, dušnost, palpítace, hypertenzi, všechna srdeční onemocnění, flebitidy i obtížnou cirkulaci krve v končetinách. U gastrointestinálního traktu pak bolesti břicha, nauzeu, zvracení, průjem, zácpu, hemoroidy, zažívací obtíže, poruchy při polykání, chuť k jídlu, nadměrnou plynatost nebo říhání, změny barvy, četnosti nebo konzistence stolice, obtíže v dutině ústní, se zuby či žvýkáním, poté také hepatitidy, žlučové kameny, vředy, střevní záněty, stomie a zubní náhrady.

Renální systém zahrnuje obtíže při močení, inkontinenci, časté nucení na močení, infekci močových cest nebo renální kameny. Muskuloskeletární systém zase bolesti nebo ztuhlost kloubů, zarudnutí, otoky, omezený rozsah pohybu, únavu, slabost, svalovou bolest, zlomeniny a jiné úrazy nebo artritidy. V rámci endokrinního systému se zajímáme o diabetes melitus, poruchy štítné žlázy, o zvýšený pocit žízně, chuť k jídlu, močení, nesnášenlivost tepla či chladu, v hematopoetickém systému anémie, transfuze, hematomy, kožní hemoragie nebo petechie. V pohlavním systému se ptáme na léze nebo výtok z penisu či vulvy, vyrážky či svědění pohlavních orgánů, vaginální infekce, venerické choroby, neplodnost, užívání antikoncepce, frekvenci pohlavního styku, sexuální obtíže, dále pak věk první menstruace a menopauzy, pravidelnost, množství, četnost a trvání menstruace, krvácení mezi periodami, po pohlavním styku či po menopauze, dále pak zaznamenáváme počet těhotenství a interrupcí, komplikace v těhotenství, poslední periodu menstruace, bulky nebo bolesti v prsech, vyšetření prsů a poslední cytologické vyšetření (Nejedlá, 2015). V neposlední řadě se dotazujeme na psychický stav, zejména na nervozitu, změny nálad, deprese, nespavost, poruchy sebevímání, působení stresu či suicidální myšlenky. Fyzikální vyšetření je nutno v pravidelných intervalech opakovat kvůli nějakým novým odchylkám od současného stavu nebo naopak ke zlepšení funkcí a celkového zdravotního stavu klienta (Misconiová, 2006).

Sestra veškeré provedené činnosti zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace, která je u každého klienta vedena individuálně. V ADP v České republice bohužel není jednotná ošetřovatelská dokumentace, agentury si je upravují dle svých potřeb, proto je zde více typů. Záznamy se vedou nejenom o provedených výkonech (příloha A), ale též o aktuálním plánu ošetřovatelské péče a též o vývoji zdravotního stavu klienta, tzn. hodnocení účinnosti ošetřovatelského plánu (Šindlerová, 2011).

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíle práce

1. Popsat demografické vlivy na používání ošetrovatelské dokumentace.
2. Zjistit postoj sester z vybraných agentur domácí péče k ošetrovatelské dokumentaci.
3. Zanalyzovat ošetrovatelskou dokumentaci vybraných agentur domácí péče.

2.2 Výzkumné otázky

V1: Ovlivňují vedení ošetrovatelské dokumentace demografické vlivy, jako jsou věk, vzdělání či délka praxe sestry?

V2: Jaký postoj k ošetrovatelské dokumentaci zaujímají sestry z vybraných agentur domácí péče?

V3: Korespondují jednotlivé části ošetrovatelské dokumentace s fázemi ošetrovatelského procesu?

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Použité metody

Ke zpracování empirické části této diplomové práce bylo využito metody kvalitativního výzkumného šetření pomocí techniky hloubkového rozhovoru, neboť touto technikou je možné získat mnoho citlivých, cenných a ucelených informací o vnímání dané situace příslušnou osobou, o jejich názorech na situaci nebo o vlastních reakcích. Tato metoda je sice časově náročnější a zjištěné jevy nelze zevšeobecňovat, avšak dovoluje proniknout až do hloubky problému (Vojtíšek, 2012).

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující v agenturách domácí péče hlavního města Prahy a Středočeského kraje a 7 vybraných agentur, konkrétně jejich ošetrovatelská dokumentace. Důležitým a v podstatě jediným kritériem pro výběr výzkumného souboru pro oba typy výzkumu byla chuť spolupracovat při šetření tohoto stále ještě dosti ožehavého tématu, neboť mnoho oslovených agentur tuto spolupráci odmítlo. Vedení vybraných agentur domácí péče bylo ujištěno o totální anonymitě při zpracování a prezentování výsledků v této práci. Z tohoto důvodu nelze jmenovat konkrétní agentury domácí péče. Sběr dat probíhal v době od října 2015 do března 2016.

Výběr respondentů byl podřízen získání vyčerpávajících dat k dané problematice. Bylo přistoupeno ke strategii účelového výběru respondentů, kdy jediným, avšak nejdůležitějším kritériem, byla ochota spolupráce při výzkumném šetření. Výběr respondentů byl ukončen v momentě podrobného popisu a zpracování jednotlivých témat, kdy bylo dosaženo saturace zjišťovaných skutečností a vzorkování již nepřineslo žádné nové informace. Z tohoto důvodu tvořilo výzkumný soubor 7 sester pracujících ve vybraných agenturách domácí péče. Sestry byly různého věku, vzdělání a s různou délkou praxe. Uskutečněné rozhovory byly se souhlasem zúčastněných zaznamenány na hlasové záznamové zařízení, následně doslovně přepsány a podrobeny analýze.

Rozhovor pro sestry byl rámcově tvořen identifikační otázkou v úvodu a jedenácti otevřenými otázkami (příloha C), ke kterým se každá sestra individuálně vyjádřila v rozsahu, jaký sama uznala za vhodné. Z každé agentury byla vybrána pouze jedna sestra svolná ke spolupráci. Důvodem této volby bylo to, aby vznikl jakýsi průřez agenturami domácí péče. Rozhovory probíhaly mimo pracovní dobu příslušné sestry, aby nebyl narušen chod jejího pracovního procesu a tím i péče o klienta. Zároveň byla každé sestře osobně přislíbena výhradní anonymita, což byla podmínka všech účastníků výzkumného šetření. Rozhovory zjišťovaly vlastní postoj sester k vedení ošetrovatelské dokumentace v agenturách domácí péče a zároveň jejich znalosti týkající se nejen používání ošetrovatelské dokumentace, ale i legislativy ČR vztahující se k dokumentaci, dále pak možnost ovlivnění sestry věkem, vzděláním či délkou praxe při vedení ošetrovatelské dokumentace. Celkem tedy bylo uskutečněno 7 rozhovorů, kdy jeden trval přibližně 45 minut, po kterých následovala jejich transkripce (příloha D) s následnou analýzou získaných dat. Ty pak byly zpracovány metodou otevřeného kódování do vlastních kategorizací. Kódy byly seskupeny dle podobnosti či vnitřní souvislosti. Kategorie byly následně slovně popsány a znázorněny do diagramů pomocí počítačového programu SmartArt.

Jako doplňkový výzkum pro kvalitativní šetření bylo použito metody analýzy dokumentu, kde bylo zvoleno 8 kategorií, aby mohla být provedena sekundární analýza dat. Záznam byl proveden do záznamového archu (příloha B), díky němuž poté došlo k vlastní analýze pozorovaných údajů, jejímu dalšímu porovnávání a kategorizaci dat s následným zpracováním do tabulek pomocí programu Microsoft Office Word 2007. Pro zajištění anonymity byly zúčastněné agentury označeny zkratkami ADPA, ADPB, ADPC, ADPD, ADPE, ADPF a ADPG, kdy se též jedná o agentury nacházející se na území hlavního města Prahy a Středočeského kraje. Jedná se o 7 agentur, kdy jediným kritériem účelového výběru byla ochota managementu spolupracovat a uvolnit k nahlédnutí používanou dokumentaci.

Pozorování bylo zaměřeno na tyto oblasti:

- Způsob vyplňování
- Přehlednost
- Anamnéza
- Odborná terminologie
- Soulad dokumentace s fázemi ošetrovatelského procesu
- Duplicitní údaje
- Fyzikální vyšetření sestrou
- Rozpor s legislativní normou

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

3.2.1 Sestry pracující v agenturách domácí péče

Výzkumný soubor tvořilo 7 sester pracujících v ADP. Sestry byly pro výzkumné šetření vybrány záměrně, vždy 1 sestra z 1 agentury, aby vznikl jakýsi průřez agenturami. Respondenti byli opakovaně ujištěni o naprosté anonymitě.

V úvodu rozhovoru byly položeny identifikační otázky týkající se věku, vzdělání a délky praxe respondenta.

Respondent R1 – 47 let, SZŠ, délka praxe: 19 let na chirurgickém oddělení v nemocnici, 4 roky v ADP.

Respondent R2 – 35 let, SZŠ + PSS (komunitní péče), délka praxe: 9 let v nemocnici na ortopedickém oddělení, 7 let ADP.

Respondent R3 – 30 let, VŠ, délka praxe: 8 let v nemocnici, 3 roky ADP.

Respondent R4 – 36 let, SZŠ + PSS (komunitní péče), délka praxe: 9 let v nemocnici na psychiatrickém oddělení, 2 roky mimo obor, poté návrat do zdravotnické praxe – ADP 6 let.

Respondent R5 – 29 let, VŠ, délka praxe: 3 roky v nemocnici na interním oddělení, 4 roky ADP.

Respondent R6 – 48 let, SZŠ, délka praxe: 6 let interní oddělení v nemocnici, 14 let ADP.

Respondent R7 – 28 let, VŠ, délka praxe: 6 let v nemocnici na interním oddělení, 4 roky ADP.

3.2.2 Agentury domácí péče – jejich ošetrovatelská dokumentace

Výzkumný soubor tvořilo 7 vybraných agentur domácí péče Středočeského kraje a hlavního města Prahy, které neodmítly spolupráci na výzkumu. I v tomto případě bylo vedení agentur opakovaně ujištěno o naprosté anonymitě při zpracování a prezentování výsledků v této práci. Z tohoto důvodu nelze jmenovat konkrétní agentury domácí péče. V úvodu šetření byl zjišťován počet sester pracujících v agentuře a typ ošetrovatelské dokumentace.

ADPA – 15 zaměstnanců, listinná dokumentace

ADPB – 10 zaměstnanců, listinná dokumentace

ADPC – 25 zaměstnanců, listinná dokumentace

ADPD – 18 zaměstnanců, listinná dokumentace

ADPE – 28 zaměstnanců, listinná dokumentace

ADPF – 22 zaměstnanců, listinná dokumentace

ADPG – 20 zaměstnanců, listinná dokumentace

4 Výsledky šetření

4.1 Kategorizace dat z rozhovorů

4.1.1 Kategorie vedení dokumentace

Věkové rozmezí respondentů činí 28 – 48 let. Co se týče vzdělání dotazovaných, sešly se zde sestry s vystudovanou střední zdravotnickou školou (SZŠ), vysokou školou (VŠ) v oboru ošetrovatelství i specializačním studiem (PSS). Všichni respondenti pracovali nejprve v nemocnici a posléze z nějakého jejich osobního důvodu přecházeli do agentury domácí péče. Někteří se s ošetrovatelskou dokumentací setkali již v nemocnici, jiné teprve v ADP. Nicméně to nemění nic na faktu, že přístup k vedení ošetrovatelské dokumentace mají všichni respondenti stejný, tzn., že se věnují vyplňování a vedení dokumentace dle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Respondent R1 uvádí: *„Do agentury jsem nastoupila před 4 roky, předtím jsem pracovala 19 let na chirurgii v nemocnici. Agentura mě svým způsobem vysvobodila z toho nemocničního kolotoče, protože už mi je 47 let. Vystudovala jsem klasickou zdrávku, ale tehdy jsme o nějaké ošetrovatelské dokumentaci neměli ani ponětí. Zpočátku jsem ji trochu bojkotovala, ale pak jsem byla na školení a dozvěděla jsem se, že vlastně stačí, když napíšu podstatné změny. A ono to najednou začalo fungovat. Sama jsem zažila řešení stížnosti a díky tomu, že bylo vše zapsáno, příbuzní se stížností neuspěli. Nemyslím si proto, že by mě nějak ovlivňoval věk, vzdělání nebo délka praxe, ale myslím, že rozhodující opravdu byl okamžik, kdy jsem správně pochopila důvod vedení dokumentace a samozřejmě též řešení té žádosti.“* Respondent R2 zase uvádí, že když nastoupil do ADP, byla zde již dokumentace zaběhnutá a kolegyně, která ho zaučovala, kladla na vypisování dokumentace velký důraz. Všechny sestry v ADP se drží heslem: Co je psáno, to je dáno! A to je vlastně jejich zaběhnutý systém. S názorem R1 a R2 se v podstatě ztotožňuje i dotázaný R4, který udává: *„Dokumentaci беру jako ulehčení práce. Sice jí musím věnovat delší čas, ale pro mě je to záruka návaznosti péče.“*

Pokud nevyvíší vše tak, jak mám, může se stát, že nějaká jiná kolegyně nebude vědět, v jaké fázi péče se klient nachází a jaké úkony se mají provést. Pak se přeruší kontinuita péče a můžeme opět začít opět od začátku.“ Respondent R5 si uvědomuje, že je to nástroj pro ochranu sester i klienta, že díky ní je zaručená návaznost péče a údaje, které jsou jednou napsané, jsou neměnné. Přiznává však také, že to sice zabírá více času, ale administrativa patří do celkového úkonu a je potřeba ji provést. Respondent R6 pracuje v ADP již 14 let, předtím pracoval v nemocnici na interně, mezitím byl téměř 10 let s dětmi doma. Je mu 48 let a vystudoval SZŠ. S ošetrovatelskou dokumentací se setkal v podstatě až v ADP, protože tehdy se v nemocnici nic nevyplňovalo, ačkoli se tytéž informace o pacientovi sbíraly. V podstatě se shoduje s názorem R1. Respondent R7 říká: *„S ošetrovatelskou dokumentací jsem se seznámila již ve škole. Od začátku to pro mě byla ztráta času. Možná proto, že jsme dostali befelem, že se to musíme naučit, protože to budeme v práci potřebovat, ale pořádně nám to nikdo nevyšvětlil. A pak jsem viděla, jak to funguje v praxi. Realita byla naprosto jiná. Sice tam byla dokumentace rozsáhlá.“* Dále uvádí, že zažil stížnost rodiny, která se nakonec ukázala jako neoprávněná a to byl okamžik, kdy se ujistil, že když se dokumentace vypisuje řádně a poctivě, funguje i zpětná vazba a ochrana. Pouze respondent R3 je v těžší situaci, neboť zatímco on sám se snaží využít znalosti a poznatky ve vedení ošetrovatelské dokumentace, které nabyl při studiu VŠ a praxí, jeho kolegové a management agentury mu tento přístup velmi ztěžuje.

4.1.2 Postoj sester k ošetrovatelské dokumentaci

Všichni respondenti výzkumného šetření, kromě respondenta R3, uvedli, že jejich postoj k vedení ošetrovatelské dokumentace je veskrze pozitivní, ačkoli respondenti R1, R6 a R7 udávají, že zpočátku vůbec nechápali, proč se dokumentace vypisuje. Posléze se ale jejich názor změnil a udávají společně s dalšími respondenty R2 a R4, že jim ošetrovatelská dokumentace usnadňuje práci a slouží jako informační zdroj o klientovi, nástroj kvality ošetrovatelské péče, způsob zajištění kontinuity péče, zabraňuje duplicitě úkonů nebo naopak neprovedení zadaných úkonů a v neposlední řadě jako

důkazní materiál a materiál k ochraně sestry i klienta. Z respondenta R3 vyzařuje jakási bezmocnost. Uvedl, že v jejich agentuře není funkční dokumentace, kolegové odmítají provádět adekvátní záznamy, neboť to považují za ztrátu času. Sám respondent sdělil, že byl několikrát osočen, že jim v agentuře zavádí novinky, o které nikdo nestojí. Z rozhovoru je cítit, že respondent jaksí rezignoval na tyto poznámky, avšak svoji práci vykonává s chutí a proto i dokumentaci sám vyplňuje tak, aby o něčem vypovídala, v případě potřeby či při změně stavu klienta provádí podrobné záznamy.

4.1.3 Podpora ze strany managementu při vedení ošetrovatelské dokumentace

Respondent R3 uvádí, že v jejich agentuře chybí podpora ze strany managementu, který jeví spíše nezáměr o ošetrovatelskou dokumentaci. Ta je vedením nastavena tak, aby alespoň zevrubně korespondovala s platnou legislativou našeho státu, avšak už dále není rozvíjena. Respondent uvádí, že značné nedostatky jsou právě v administrativě a dokud se nezmění negativní postoj a přístup vedení, nikdo s tím nic nezmůže. Naopak ostatní respondenti udávají, že vedení jejich agentur má zájem o dění v agentuře, v ošetrovatelské dokumentaci je podporuje a oceňuje jejich snahu. Respondenti R1, R5, R6 a R7 udávají vstřícný krok ze strany vedení při aktualizaci celé ošetrovatelské dokumentace. Respondenti R2 a R4 věří, že v případě další změny ošetrovatelské dokumentace by je ošetrovatelský management vyzval ke spolupráci při tvorbě nové dokumentace.

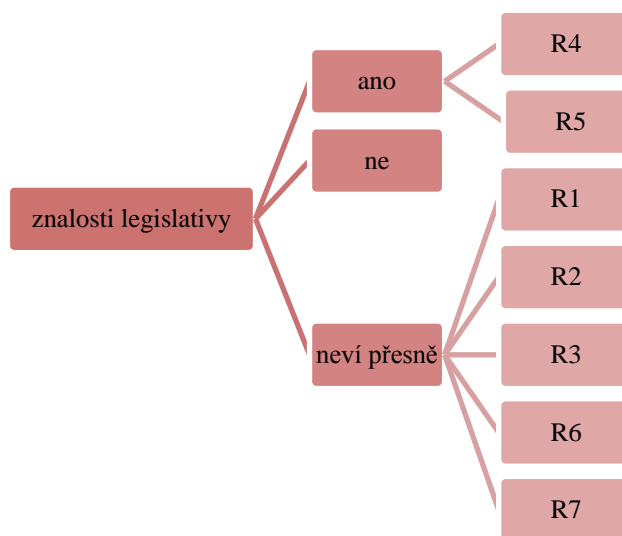
4.1.4 Znalosti sester při nakládání/používání ošetrovatelské dokumentace

4.1.4.1 Znalosti při uchovávání ošetrovatelské dokumentace

Všichni respondenti prokázali znalosti, které se týkají uchovávání ošetrovatelské dokumentace dle platné legislativy, avšak dokumentaci uchovávají dle zvyklostí agentury. Respondent R1 uvádí, že mají kombinovanou dokumentaci, tudíž u klienta ručně vypíší provedené výkony, popíší jeho stav ev. defekty a po návratu do agentury vše zadají do počítače k vykázání zdravotní pojišťovně.

Fotodokumentaci zakládají do chorobopisu uloženého v kanceláři agentury. U klienta v domácím prostředí zůstávají anamnestické údaje, plán péče a aktuální denní záznam. Respondent R2 sděluje, že záznamy píše dvojmo, z důvodu náhlého onemocnění sestry a jejího nutného zástupu – kopie zůstává u klienta a originál ukládají v kanceláři. Respondent R3 konstatuje, že ošetřovatelská dokumentace má zůstat v sociálním prostředí klienta, avšak v jejich agentuře se dokumentace od klienta odnáší a přechovává se v kanceláři agentury, kde podle názorů kolegů respondenta je možné veškeré údaje lehce doplnit. Dotázaný R4 popisuje, že ošetřovatelskou dokumentaci píše dvojmo, kdy originál zůstává v domácím prostředí klienta a kopie se odnáší do kanceláře. Zároveň vysvětluje, že se to někomu může zdát zbytečné, avšak je to v agentuře takto zavedené hlavně pro ochranu sester i klientů, dále díky pravidelným kontrolám a z důvodu, aby se dokumentace nefalšovala. Respondent R5 uvádí, že v jejich případě dokumentace zůstává v domácím prostředí klienta. Dotázaný R6 zmiňuje, že dokumentaci ponechávají v klientově domově, odnáší se pouze v případě kontroly managementem a pojišťovnou. Významné změny, které se u klienta objeví, se zapisují do provozní knihy uložené v kanceláři ADP, kdy se při změnách aktualizují. Provádí se to z důvodů náhlé nemoci sestry. Respondent R7 uvádí, že dokumentaci ukládají v kanceláři agentury pro případ kontroly a u klienta zůstává pouze aktuální dekurz.

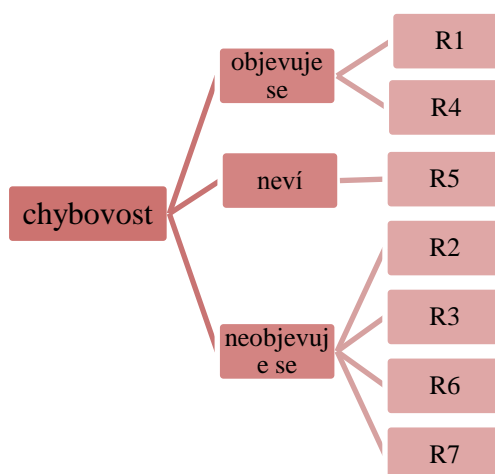
4.1.4.2 Platné legislativy pro vedení ošetrovatelské dokumentace



Zdroj: Vlastní výzkum

V souhrnu lze říci, že z rozhovorů vyplývá podstata toho, že respondenti vesměs všichni vyjmenovali složky, které dle platné legislativy nemají v ošetrovatelské dokumentaci chybět. Avšak pouze respondenti R4 a R5 toto vědí detailně. Ostatní dotázaní, tj. R1, R2, R3, R6 a R7 toto neví přesně a odhadují spíše dle podoby ošetrovatelské dokumentace jejich vlastní agentury.

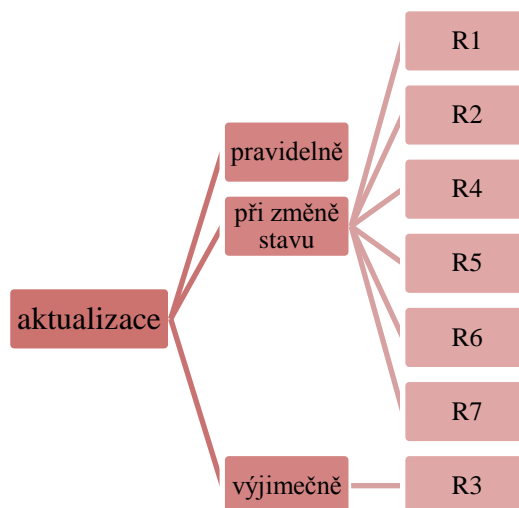
4.1.4.3 Chybovost v ošetrovatelské dokumentaci



Zdroj: Vlastní výzkum

Co se týče chybovosti v ošetrovatelské dokumentaci, pouze respondent R5 uvádí, že neví, zda se chyby v jejich dokumentaci vyskytují. Respondenti R1 a R4 připouštějí, že pokud se v jejich ošetrovatelské dokumentaci chyby objevují, jsou spíše rázu zdravotnického slangu či zdobnělin, ačkoli jsou si vědomi, že ani toto se v dokumentaci objevovat nemá, gramatické chyby a vulgarizmy vylučují. Respondenti R2, R6 a R7 udávají, že v jejich dokumentaci se žádné typy chyb nevyskytují. Respondent R3, i když se smíchem, uvádí, že se „v dokumentaci jejich agentury chyby neobjevují, neboť je tak stručná, že se v tak krátkých záznamech chyby snad ani objevit nemohou“

4.1.4.4 Aktualizace v ošetrovatelské dokumentaci



Zdroj: Vlastní výzkum

Aktualizací v ošetrovatelské dokumentaci v tomto případě chápeme jako změnu klientových obtíží (tedy i potencionálních problémů) a následnou reakci a zásah do ošetrovatelských diagnóz, úpravu plánu ošetrovatelské péče a intervencí.

Respondent R3 udává, že k této aktualizaci dochází pouze v případě, že ji provede sám, neboť ostatní kolegové toto, včetně celé ošetrovatelské dokumentace bojkotují a respondentu nabádají, aby jim do agentury nezaváděl žádné novinky, co se naučil ve škole. Respondenti R1, R2, R4, R5, R6 a R7 uvádějí, že v jejich případech dochází k aktualizaci ošetrovatelského procesu při každé změně stavu klienta. Ten se pak do procesu aktivně zapojuje. To má za následek dobré partnerské vztahy a funkční a smysluplný ošetrovatelský proces.

4.1.4.5 *Zodpovědnost za provedené záznamy*

Všichni respondenti, kteří se zúčastnili výzkumného šetření (tj. R1 – R7), jasně odpovídají, že zodpovědnost za provedené záznamy v jejich dokumentaci ošetrovatelské péče nese příslušná sestra, která záznam do dokumentace zaznamenala.

4.1.5 Fáze ošetrovatelského procesu v dokumentaci

Jednotlivé oddíly ošetrovatelská dokumentace dle odpovědí jednotlivých respondentů R1, R2, R4, R5, R6 a R7 odpovídá jednotlivým fázím ošetrovatelského procesu, tj. ošetrovatelské anamnéze, ošetrovatelským diagnózám, plánu ošetrovatelské péče, ošetrovatelským intervencím a zhodnocení. Pouze respondent R3 uvádí: „*Když to vezmu hodně zvrubně, tak v podstatě ano. Vypisuje se ošetrovatelská anamnéza, v podstatě se provede i nějaká diagnostika, ačkoli podle mě ne příliš dokonalá a funkční, vytvoří se jakýsi plán a intervence, které se ale v podstatě moc neztotožňují s realitou a zhodnocení se provádí, ale velmi sporadicky.*“ Jinými slovy respondent R3 říká, že jejich dokumentace sice je v souladu s jednotlivými fázemi ošetrovatelského procesu, ale vzhledem k tomu, že se s dokumentací již dále nepracuje, neaktualizuje se, není ošetrovatelský proces v podstatě pečlivě zdokumentovaný.

4.2 Sekundární analýza ošetrovatelské dokumentace na vybraných pracovištích

Tabulka 1A Způsob vyplňování ošetrovatelské dokumentace

Způsob vyplňování	ADPA	ADPB	ADPC	ADPD	ADPE	ADPF	ADPG
Ručně psané záznamy	X	X			X	X	
-oš. anamnéza	X	X			X		
-oš. diagnóza		X			X		
-plán péče		X	X		X	X	X
-intervence	X	X			X	X	
-zhodnocení	X	X			X	X	X
-edukační záznam	X	X			X	X	
-dekubity		X			X		
-ošetření ran	X	X	X		X	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 1A je znázorněn způsob vyplňování ošetrovatelské dokumentace ve vybraných agenturách ADPA – ADPG, konkrétně se jedná o ručně psané záznamy. V kategorizované formě je zde uvedeno, na které části ošetrovatelské dokumentace se upínala pozornost.

Co se týče ručně psaných záznamů, lze ze záznamu říci, že pouze agentury ADPB a ADPE se plně věnují pouze ručním záznamům. Ostatní agentury (ADPA, ADPC, ADPF, ADPG) používají k ručnímu vyplňování (dopisování) pouze některé oddíly ošetrovatelské dokumentace.

ADPA využívá k dopisování anamnézu, pro přímé vypisování intervence, zhodnocení, edukační záznam a záznam na ošetření ran. Totéž používá ADPF, ale navíc ještě ručně vypisují plán ošetrovatelské péče. ADPC využívá k ručním záznamům pouze plán péče a záznam k ošetření ran. ADPG zase plán péče, zhodnocení a záznam o ošetření ran. Vůbec ručních záznamů nevyužívá ADPD.

Tabulka 1B Způsob vyplňování ošetřovatelské dokumentace

Způsob vyplňování	ADPA	ADPB	ADPC	ADPD	ADPE	ADPF	ADPG
Předtištěné formuláře:	X		X	X		X	X
-křížkování	X		X	X			X
-oš. anamnéza				X			
-oš. diagnóza	X			X			
-plán péče	X			X			
-intervence			X	X			X
-zhodnocení			X	X			
-edukační záznam			X	X			X
-dekubity	X		X	X		X	X
-ošetření ran				X			
-pády	X	X	X	X	X	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 1B je znázorněn způsob vyplňování dokumentace v ADPA – ADPG pomocí předtištěných formulářů. V kategorizované formě je zde uvedeno, které oddíly byly vybrány. Je patrné, že způsob předtištěných formulářů využívají v plném rozsahu pouze v agentuře ADPD. To sice činí dokumentaci úhlednou a přehlednou, nicméně vzhledem k nemožnosti cokoli dopsat, až téměř nic neříkající a fádni. ADPA využívá předtištěných formulářů v kombinaci s ručními záznamy, předtištěné formuláře formou křížkování bylo zvoleno v kategorii ošetřovatelská diagnóza, plán péče, dekubity a pády. Obdobně to aplikovala ADPC, která formou křížkování vypisuje intervence, zhodnocení, edukační záznam, dekubity a pády. ADB a ADE na předtištěných formulářích používají pouze hlášení o pádech, ADPF k formuláři o pádech přidává ještě záznam o dekubitech. ADPG vyplňuje pomocí předtištěných formulářů, které křížkuje, intervence, edukační záznam, záznam o dekubitech a záznam o pádech.

Tabulka 2 Přehlednost ošetrovatelské dokumentace

Přehlednost	ADPA	ADPB	ADPC	ADPD	ADPE	ADPF	ADPG
Ano	X	X	X	X	X	X	X
samostatné oddíly	X	X	X	X	X	X	X
-anamnéza	X	X	X	X	X	X	X
-denní plán	X	X	X	X	X	X	X
-zhodnocení	X	X	X	X	X	X	X
-ošetření ran	X	X	X	X	X	X	X
-vyúčtování	X	X	X	X	X	X	X
Ne							

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka znázorňuje přehlednost ošetrovatelské dokumentace, včetně vytvořené podkategorie „samostatné oddíly“. Z výsledků vyplývá, že všechny agentury mají dokumentaci přehlednou, převážně pravděpodobně díky tomu, že dokumentace jsou rozděleny na jednotlivé samostatné sektory, které představují jednu kategorii. Všechny agentury se drží podobné struktury, což činí dokumentaci přehlednou a jednoduchou nejen na vyhledávání informací, ale i na zapisování údajů o klientovi. ADPB a ADPE provádějí denní záznamy na jednotlivé listy, včetně vyúčtování kódu za návštěvu.

Tabulka 3 Anamnéza

Anamnéza	ADPA	ADPB	ADPC	ADPD	ADPE	ADPF	ADPG
Strukturovaná	X	X	X	X		X	X
Gordonová	X			X		X	X
Hendersonová			X				
Oremová		X					
Nestrukturovaná					X		

Zdroj: Vlastní výzkum

Do této tabulky jsou zaneseny výsledky pozorování ošetrovatelské dokumentace ve vybraných agenturách domácí péče v kategorizaci anamnéza strukturovaná a nestrukturovaná, přičemž strukturovaná anamnéza byla rozdělena do dalších podkategorií dle použitého modelu. Z výsledků vyplývá, že kromě agentury ADPE, je využíváno strukturované anamnézy (ADPE používá anamnézu nestrukturovanou), kde převládá struktura dle modelu Gordonové s využitím diagnostických domén podle NANDA Int. Taxonomie II. (ADPA, ADPD, ADPF, ADPG). V agentuře ADPB je využívána strukturovaná anamnéza dle modelu Oremové a v agentuře ADPC dle modelu Hendersonové.

Tabulka 4 Odborná terminologie

Terminologie	ADPA	ADPB	ADPC	ADPD	ADPE	ADPF	ADPG
Používá se	X	X	X	X	X	X	X
-anamnéza	X	X	X	X	X	X	X
-diagnózy		X	X	X	X	X	X
-plán péče		X	X		X	X	X
-zhodnocení		X			X	X	X
Nepoužívá se							
Spisovné výrazy		X		X	X	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

Do této tabulky je zanesena kategorizace v používání či nepoužívání odborné terminologie a spisovných (gramatických) výrazů. V tomto případě se do první kategorie zařadilo všech 7 agentur, k oddělení však dochází v podkategoriích. V podkategorii „anamnéza“ vyplývá, že všechny pozorované agentury odborné termíny používají. V podkategorii „ošetřovatelské diagnózy“ používají odbornou terminologii, kromě agentury ADPA, všechny ostatní agentury. V plánu ošetřovatelské péče se odborná terminologie vyskytuje ADPB, ADPC, ADPE, ADPF, ADPG, agentury ADPA a ADPD v plánu péče odbornou terminologii nepoužívají. Spisovné výrazy se vyskytují v pěti případech, a to v ADPB, ADPD, ADPE, ADPF a ADPG, v ADPA byly v intervencích a zhodnocení nalezeny slangové výrazy a zdvořněliny, v ADPC zase opakovaně gramatické chyby u jedné pracovnice.

Tabulka 5 Soulad dokumentace s fázemi ošetrovatelského procesu

Soulad	ADPA	ADPB	ADPC	ADPD	ADPE	ADPF	ADPG
Ano	X	X	X	X	X	X	X
Ne							

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 5 ukazuje na soulad ošetrovatelské dokumentace s fázemi ošetrovatelského procesu. Z pozorování vzešlo, že všechny dokumentace jsou v souladu s fázemi ošetrovatelského procesu.

Tabulka 6 Duplicitní údaje

Duplicita	ADPA	ADPB	ADPC	ADPD	ADPE	ADPF	ADPG
Ano			X				
intervence			X				
Ne	X	X		X	X	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce jsou znázorněny výsledky pozorování duplicitních údajů. V jednom případě (ADPC) je duplicita objevena v kategorii intervencí, které se následně opakují v hodnocení klienta. Ve všech ostatních případech nebyly duplicitní údaje nalezeny.

Tabulka 7 Rozpor s legislativní normou

Legislativa	ADPA	ADPB	ADPC	ADPD	ADPE	ADPF	ADPG
Ano							
Ne	X	X	X	X	X	X	X

Tabulka znázorňuje výsledky pozorování v kategorizaci rozpor ošetrovatelské dokumentace s legislativní normou. Ve všech sedmi případech je zřejmé, že ošetrovatelská dokumentace není v rozporu s legislativní normou a odpovídá vyhlášce 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Tabulka 8 Fyzikální vyšetření sestrou

Fyzikální vyšetření	ADPA	ADPB	ADPC	ADPD	ADPE	ADPF	ADPG
Provádí se	X	X	X	X	X	X	X
vstupní	X	X	X	X	X	X	X
pravidelná	X	X			X		
obtíže	X	X	X		X	X	
-celkový vzhled	X	X	X	X	X	X	X
-vědomí	X	X	X	X	X	X	X
-řeč, zrak, sluch	X	X	X	X	X	X	X
-stav výživy	X	X	X	X	X	X	X
-poloha	X	X	X	X	X	X	X
-postoj, chůze	X	X	X	X	X	X	X
-abnormální pohyby	X	X	X	X	X	X	X
-svalová síla	X	X	X	X	X	X	X
-kůže	X	X	X	X	X	X	X
-fyziologické funkce	X	X	X	X	X	X	X
Neprovádí se							

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka osvětluje provádění fyzikálního vyšetření sestrou. Ukazuje se, že všechny pozorované agentury fyzikální vyšetření sestrou provádějí, poněkud jako vstupní. ADPA, ADPB, ADPE ho opakují v pravidelných intervalech v rozmezí 3 – 4 týdnů a dále provádějí ADPA, ADPB, ADPC, ADPE, ADPF kontrolní fyzikální vyšetření při obtížích klienta. Poněkud se zaměřují na podkategorie vypsané v tabulce. V každém případě se tyto provedou při vstupním vyšetření a posléze se celá zopakují buď při obtížích klienta, nebo v pravidelných intervalech dle zvyklosti ADP. Sestra testuje všechny tyto kategorie, dle nutnosti provede vyšetření podrobnější (jednotlivé systémy – viz záznam agentury ADPB).

5 DISKUZE

Cílem mé práce bylo popsat demografické vlivy na používání ošetrovatelské dokumentace. Dalším cílem bylo zjistit postoj sester z vybraných agentur domácí péče k ošetrovatelské dokumentaci. Posledním cílem bylo zanalyzovat jednotlivé ošetrovatelské dokumentace vybraných agentur domácí péče.

Pro výzkumnou část byly zvoleny techniky kvalitativního výzkumu, kdy sběr dat byl proveden pomocí hloubkového rozhovoru a jako doplňkové šetření byla zvolena analýza dokumentu. Zde uváděné výsledky jsou tvořeny z poměrně malého vzorku respondentů ze dvou regionů v ČR, proto je nelze zobecňovat. Do výzkumného šetření bylo zapojeno 7 respondentů s označením R1 – R7 v případě hloubkových rozhovorů a zároveň 7 agentur domácí péče s označením ADPA – ADPG v případě analýzy jednotlivých ošetrovatelských dokumentací. Respondenti i agentury byli vybráni účelově dle ochoty spolupracovat.

Domácí péče, jak uvádí Hanzlíková (2007), je přirozený způsob péče o člověka, který se traduje od nejstarších dob. Podle Misconiové (2006) je základním principem domácí péče pomoci ke svépomoci. Jak dále uvádí Krátká (2008), je cílem komplexní domácí péče kvalitní holistická péče s ohledem na odbornost a efektivitu péče za nízkých ekonomických nákladů, poskytovaná ve vlastním prostředí klienta. Možná také díky velké efektivitě a nižším nákladům rapidně narostl počet agentur poskytujících domácí péči, což dokazují údaje z ročenky ÚZIS za rok 2013 (2015), kdy bylo v ČR 496 ADP s necelými 4000 pracovníky pro 146 tisíc klientů, zatímco před 21 lety, jak poukazuje Misconiová (1998), to bylo pouze 26 ADP se 451 pracovníky pro 1459 klientů. Jarošová (2007), Misconiová (2006) i Farkašová (2006) se shodují na tom, že ošetrovatelská péče je poskytována na základě nejnovějších vědeckých poznatků a do péče jsou zapojováni klienti i rodinní příslušníci. Protože agentury domácí péče jsou poskytovateli zdravotnických služeb, vztahuje se na ně ze zákona (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách) vedení ošetrovatelské dokumentace. Ta, jak uvádí Plevová (2011) a Vondráček (2008), slouží zejména k podání informací, které jsou důležité pro poskytování kontinuity poskytované péče.

Vedení ošetrovatelské dokumentace se řídí vyhláškou č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, kde jsou např. uvedeny všechny náležitosti, které v dokumentaci nesmí chybět.

Na základě teoretických poznatků bylo provedeno výzkumné šetření. Bylo uskutečněno 7 rozhovorů s respondenty (příloha D), kdy z rozhovorů jasně vyplývá, že se v podstatě ztotožňují s výše řečeným. Aby bylo možné splnit vytyčené cíle, bylo nejprve nutné utvořit rámcové otázky, o které by se respondenti při rozhovoru mohli opřít a zbytečně neodbíhali od tématu. Výsledky rozhovorů, konkrétně demografické údaje o respondentech a údaje o vedení ošetrovatelské dokumentace, se vázaly k naplnění prvního cíle. Z výsledků rozhovorů našich respondentů se neukazuje spojitost mezi vedením ošetrovatelské dokumentace a věkem, vzděláním a délkou praxe. Domníváme se, že stav vedení dokumentace je dán i vedením agentury a mnohem větším dopadem na proplácené výkony pojišťovnou, dalo by se také uvažovat o tom, že péče provedená sestrou je zde transparentní. Respondent R1 např. uvádí: „*Do agentury jsem nastoupila před 4 roky, předtím jsem pracovala 19 let na chirurgii v nemocnici. Agentura mě svým způsobem vysvobodila z toho nemocničního kolotoče, protože už mi je 47 let. Vystudovala jsem klasickou zdravotku, ale tehdy jsme o nějaké ošetrovatelské dokumentaci neměli ani ponětí. Zpočátku jsem ji trochu bojkotovala, ale pak jsem byla na školení a dozvěděla jsem se, že vlastně stačí, když napíšu podstatné změny. A ono to najednou začalo fungovat. Sama jsem zažila řešení stížnosti a díky tomu, že bylo vše zapsáno, příbuzní se stížností neuspěli. Nemyslím si proto, že by mě nějak ovlivňoval věk, vzdělání nebo délka praxe, ale myslím, že rozhodující opravdu byl okamžik, kdy jsem správně pochopila důvod vedení dokumentace a samozřejmě též řešení té žádosti.*“ Domníváme se proto, že cíl – Popsat demografické vlivy na používání ošetrovatelské dokumentace – byl splněn.

Dále nás zajímal postoj sester k vedení ošetrovatelské dokumentace. Respondenti R1 a R6 uvádí, že zprvu vyplňování ošetrovatelské dokumentace „*bojkotovali, neboť v podstatě úplně nechápali, proč musí denně vypisovat a opisovat to, co už jednou někdo napsal. Až po proběhlém školení a rozhovoru s kolegyněmi respondenti pochopili princip vedení ošetrovatelské dokumentace a náhle zjistili, že to začalo fungovat.*“

Tím vlastně potvrzují to, že správně provedené záznamy slouží k podávání informací o klientovi a zajištění kontinuity péče, jak ve své tvorbě uvádí nejen Plevová (2011), ale např. i Vondráček (2008). Respondent R7 udává v podstatě *„totéž, avšak s tím, že se s vyplňováním ošetrovatelské dokumentace setkal již ve škole, ale tam ho to příliš neoslovalo.“* Nakonec zjistil, že v praxi to funguje trochu jinak. Setkal se i s řešením stížnosti, což mu pomohlo pochopit jeden z důvodů, proč se dokumentace vypisuje a od té doby k ní přistupuje kladně. Respondent R2 zase uvádí, že na vypisování dokumentace se v jejich agentuře klade velký důraz, neboť se v agentuře řídí heslem: co je psáno, to je dáno! Sám za sebe říká, že je to *„velké urychlení práce, neboť vypisování dokumentace je součástí ošetrovatelského výkonu a záznam tedy musí být proveden.“* Osobně se snaží přistupovat k dokumentaci spíše optimisticky a připouští si spíše klady než zápory, vyzdvihuje především ochranu sestry i klienta a nástroj pro zajištění kontinuity péče o klienta. K tomuto názoru se přidává i respondent R4, který udává, že sice musí vypisování věnovat delší čas, ale jinak ji bere jako ulehčení práce a jako záruku návaznosti péče. Uvědomuje si, že pokud vše nezapiše, může se v případě záskoku přerušit kontinuita péče a pak je nutné začít celý proces od začátku. S tímto názorem se ztotožňuje i respondent R5. Na druhou stranu však bylo také zjištěno, že pokud je *negativistický přístup k vedení ošetrovatelské dokumentace nejen ze strany terénních sester, tak ze strany managementu, je ošetrovatelská dokumentace v podstatě nefunkční, o ničem nevypovídá a nezajišťuje ani potřebnou návaznost péče o klienta,* jak ve svém rozhovoru popisuje respondent R3. Domníváme se, že respondenti k vedení ošetrovatelské dokumentace přistupují svědomitě, uvědomují si, že jde nejen o nástroj kvality, ale taktéž o ochranný prostředek jak pro zdravotnické pracovníky, tak pro klienty, ale hlavně, že se jedná o prostředek k zajištění kontinuity péče, individuálního přístupu, zajištění financí pro chod agentury díky vykazování patřičných kódů a v neposlední řadě nástroje k výzkumným účelům. Wang (2011) ve své studii udává, že ošetrovatelská dokumentace podporuje efektivní komunikaci mezi ošetrovatelským personálem, což usnadňuje následnou kontinuitu a individualitu péče, což je v podstatě v domácí péči nutností. S tímto souhlasí i dotázaní respondenti.

Uvědomují si důležitost vedení ošetrovatelské dokumentace v praxi, ať už je ve formě listinné, elektronické či kombinované.

Příjemné zjištění bylo v případě další kategorie, kdy jsme zjišťovali podporu ze strany managementu při vedení ošetrovatelské dokumentace. Všichni respondenti, s výjimkou respondenta R3, udávají vstřícný přístup managementu, ať už z hlediska podpory při vedení ošetrovatelské dokumentace, nebo při potřebných úpravách celé dokumentace. Toto vyzdvihují především respondenti R5 a R6. Naopak, jak již bylo řečeno, respondent R3 uvádí negativistický přístup managementu, což se odráží v celém vedení ošetrovatelské dokumentace. Dá se říci, že tento přístup není zcela v souladu s uváděnou literaturou a dosti narušuje pokrok v administrativě této agentury. *Nicméně to však není důkaz o tom, že by se prováděla špatně ošetrovatelská praxe, jak sám respondent R3 vypovídá.*

Předposledním průzkumem v oblasti rozhovorů byly znalosti sester při nakládání či používání s ošetrovatelskou dokumentací, kterou jsme rozdělili na dalších 5 podkategorií. Šlo o znalosti při uchovávání ošetrovatelské dokumentace, konkrétně o ponechávání dokumentace v sociálním prostředí klienta či odnášení do kanceláře agentury. Respondent R1 udává, že *vzhledem k tomu, že mají kombinovanou dokumentaci, vypisují ručně provedené výkony, jeho stav v. stav operační rány či defektu, tj. aktuální denní záznam. Ten zůstává u klienta. Po návratu do agentury vše zadají do počítače, aby mohlo dojít k vykazání příslušné zdravotní pojišťovně.* Respondenti R2 a R4 vypisují *dokumentaci dvojmo, aby jedna část mohla zůstat u klienta, druhá se odnáší do agentury.* Respondent R3 si je vědom, že dokumentace má zůstat v sociálním prostředí klienta, avšak v jejich případě se odnáší do agentury, kde se dle názorů jeho kolegů může vše dopsat. Respondenti R5 a R6 ponechávají dokumentaci v klientově domově, jak ukládá legislativa. Respondent R6 ještě dodává, že ji *„odnáší pouze v případě kontroly managementem či pojišťovnou. Významné změny, které se u klienta vyskytnou, zapisují v kanceláři do provozní knihy, která se pravidelně aktualizuje. Je to pro případ náhlé nemoci sestry, kdy by ji musela zaskočit jiná sestra, která klienta vůbec nezná.“* Respondent R7 zase uvádí, že dokumentaci uchovávají v kanceláři agentury pro případ kontroly, u klienta ponechávají pouze aktuální dekurz.

Další podkategorií byla znalost platné legislativy ČR, kdy pouze dotázaní R4 A R5 vyjmenovali příslušné položky. Ostatní respondenti přiznali, že odhadují spíše podle toho, co se v jejich dokumentaci objevuje, ale že si nejsou jmenovanými věcmi naprosto jistí. V tomto případě se lze odvolat na zákon č. 372 (2011), o zdravotních službách a následnou vyhlášku č. 98 (2012), o zdravotnické dokumentaci. V této vyhlášce je řečeno, že záznam o ošetrovatelské péči obsahuje ošetrovatelskou anamnézu klienta a zhodnocení jeho zdravotního stavu, dále pak ošetrovatelský plán, ve kterém se uvádí popis ošetrovatelského problému klienta nebo stanovení ošetrovatelských diagnóz, stanovení předpokládaných ošetrovatelských činností a výkonů, včetně záznamu o jejich provedení a poučení klienta a dle povahy ošetrovatelského výkonu se též uvede časový údaj o jeho provedení a v neposlední řadě hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče a průběžné změny v ošetrovatelském plánu. Chybovost v ošetrovatelské dokumentaci jsme zařadili jako další podkategorii, kdy se dá říci, že přinesla značně rozporuplné pocity respondentů. R5 uvedl, že neví, zda se v jejich dokumentaci chyby objevují. R1 a R4 přiznali, že pokud se v jimi vedené ošetrovatelské dokumentaci vyskytují nějaké chyby, pak jsou spíše typu slangových výrazů či zdrobnělin. Vylučují vulgarizmy a gramatické chyby. Avšak i zdrobněliny, zdravotnická hantýrka či slang je možné označit za chyby, jak uvádí Vondráček (2008). Respondenti R2, R6 a R7 chyby vylučují. To učinil i respondent R3, avšak se smíchem dodává, že „jejich dokumentace je tak stručná, že se v ní chyby ani vyskytovat nemohou“. Kapounová (2007), Škrla (2008) a Vondráček (2008) udávají, že v ošetrovatelské dokumentaci se mohou vyskytnout chyby a důsledně na ně upozorňují, neboť časté chyby mohou celou ošetrovatelskou dokumentaci v podstatě znehodnotit. Za čtvrtou podkategorii byla určena aktualizace v ošetrovatelské dokumentaci, kdy překvapivě, kromě respondenta R3, odpověděli, že aktualizaci provádí pokaždé při změně stavu klienta. R1, R2, R4, R5, R6 a R7 uvádějí, že pouze aktualizací ošetrovatelského procesu v případě změny stavu klienta zůstává dokumentace aktuální a to má pak za následek funkční a smysluplný ošetrovatelský proces, což je důvod, proč se domácí péče provádí, jak uvádí Hanzlíková (2007) nebo Krátká (2008). Respondent R3 poukazuje, že v jejich případě se neprovádí, pouze tehdy, že ji provede on sám, neboť ostatní kolegové toto bojkotují.

Aktualizací v ošetrovatelské dokumentaci v tomto případě chápeme jako změnu klientových obtíží i potenciálních problémů, následnou reakci na tyto změny a zásah do ošetrovatelských diagnóz, úpravu plánu péče a intervencí. Poslední podkategorií bylo zjišťování, kdo nese zodpovědnost za provedené záznamy do ošetrovatelské dokumentace. Jednohlasně se všichni dotázaní shodli, že zodpovědnost nese příslušná sestra, která záznam provedla a která ho stvrdila svým podpisem, jak udává legislativa a publikuje např. Vondráček (2008).

V páté kategorii jsme si dali za úkol zjistit, zda dochází k souladu ošetrovatelské dokumentace s jednotlivými fázemi ošetrovatelského procesu. Dle Plevové (2011) slouží ošetrovatelská dokumentace jako zdroj informací o potřebách jednotlivce, cílech ošetrovatelské péče, o péči samotné a jejích výsledcích. Dále mj. uvádí, že by dokumentace měla jasně doložit jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu. Všichni respondenti odpověděli, že oddíly jejich dokumentace kopírují ošetrovatelský proces podle předlohy např. Mastiliakové (2005). K tomu se přiklání v podstatě i respondent R3, avšak udává, že tím, že se s dokumentací potom již nepracuje a nevypisují se potřebné údaje, je tento proces nefunkční. Dle našeho názoru byl splněn i další cíl, neboť z rozhovorů s respondenty jasně vyplývá jejich postoj k ošetrovatelské dokumentaci.

V součinnosti s rozhovory byla provedena analýza jednotlivých ošetrovatelských dokumentací ze 7 vybraných agentur domácí péče na území Středočeského kraje a hlavního města Prahy, přičemž jediným kritériem při výběru byla chuť spolupracovat a nebát se zjištěných údajů. Na základě častých obav a odmítnutí ze stran vedení některých ADP byla přislíbena totální anonymita při samotném výzkumu i zpracování a publikaci výsledků, a proto zde vybrané agentury nejsou jmenovány.

Vlastní výzkum byl proveden technikou analýzy dokumentu. Zjištěné poznatky byly zaneseny do záznamového archu (příloha B) s následnou analýzou a porovnáváním. Jednotlivé pozorovací znaky byly rozděleny do 8 kategorií, a to: způsob vyplňování, přehlednost, anamnéza, odborná terminologie, soulad dokumentace s fázemi ošetrovatelského procesu, duplicitní údaje, rozpor s legislativní normou a fyzikální vyšetření sestrou.

Již ze samotných dokumentů bylo zřejmé, že ošetrovatelská dokumentace ve vybraných ADP není jednotná, avšak všechny mají náležitosti dle platné právní úpravy ČR (vyhláška 98/2012 Sb.). Do první kategorie byl zařazen způsob vyplňování ošetrovatelské dokumentace. Tato kategorie pak byla následně členěna na další podkategorie a v závěru byly vytvořeny dvě tabulky pro přehlednost. Do tabulky označené 1A byl zaznamenán způsob vyplňování pomocí ručně psaných záznamů a tabulky 1B vyplňování pomocí předtištěných formulářů, kde dalšími společnými pozorovacími a porovnávajícími znaky byla ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelská diagnóza, plán péče, intervence, zhodnocení, edukační záznam, dekubity a záznam pro ošetření ran, v případě předtištěných formulářů ještě záznam o pádech. Z pozorování vzešlo, že ve velké většině využívají agentury ručně psané záznamy společně s předtištěnými formuláři, např. v případě ošetrovatelské anamnézy, kdy je struktura předtištěna a sestra do ní dopisuje pouze aktuální údaje. Velkým překvapením byly agentury ADPB a ADPE, které i v dnešní době ve velké míře používají ručně psanou dokumentaci a jediným jejich tištěným formulářem je záznam o pádu. Naopak na druhé straně agentura ADPD používá pouze předtištěné formuláře, které vyplňuje formou křížkování. To sice činí dokumentaci úhlednou, nicméně vlastní záznamy jsou nic neříkající a fádny. Bohužel zde není žádný prostor pro předávání vzkazů nebo dopisování vlastních postřehů. Toto dokazuje postřeh Šindlerové (2011), že ošetrovatelská dokumentace v domácí péči opravdu není jednotná.

Dalším posuzovacím znakem byla přehlednost ošetrovatelské dokumentace, umístěno v tabulce 2. Z analýzy vyplynulo, že všechny dokumentace jsou přehledné, neboť jsou členěny na samostatné oddíly jako např. anamnéza, denní plán, zhodnocení, ošetření ran a vyúčtování péče. Všechny agentury se drží podobné struktury, což činí dokumentaci přehlednou a jednoduchou na orientaci, vyhledávání informací, ale i na zapisování údajů o klientovi. ADPB a ADPE provádějí denní záznamy na jednotlivé listy, včetně vyúčtování kódu za návštěvu, která nesmějí chybět, jak uvádí Misconiová (2006).

Třetím posuzovaným znakem byla anamnéza (tabulka 3). V první řadě nás zajímalo, zda se více používá strukturovaná či nestrukturovaná forma. Z analýzy vyplynulo, že pouze ADPE používá nestrukturovanou anamnézu. Ostatní agentury používají anamnézu strukturovanou. Většina využívá, dle NANDA Int. Taxonomie II. (2010), model Gordonové s využitím diagnostických domén. V jednom případě vyhovuje struktura dle modelu Hendersonové a v jednom též dle modelu Oremové. Jak uvádí Mastiliaková (2005), agentury si připravují dokumentaci tak, aby vyhovovala vlastnímu provozu.

Co se týče odborné terminologie (tabulka 4), bylo dobré zjištění, že se ve všech případech používá, ačkoli mnohdy pouze v ošetrovatelské anamnéze. Pouze polovina zkoumaných dokumentací obsahovala odborné termíny ve všech čtyřech zkoumaných bodech (ošetrovatelská anamnéza, diagnózy, plán, zhodnocení). Totéž se týkalo i spisovných výrazů. Jak uvádí Vondráček (2008), v dokumentaci se nemají užívat slangové výrazy, nespisovné výrazy či zdrobněliny. Bohužel i toto se v dokumentaci objevilo u ADPA a ADPC.

Nejmenším překvapením byla kategorie „soulad dokumentace s fázemi ošetrovatelského procesu“ (tabulka 5). Kopřivová (2008) uvádí, že se holistický přístup a péče orientovaná na potřeby klienta, staly řešením nesplněných potřeb klienta. To dokazuje i zkoumaná dokumentace, která plně odpovídala fázím ošetrovatelského procesu.

Dále byla zkoumána duplicita zanesených údajů. Pouze v jednom případě se opakovaly údaje, které byly již jednou zaneseny do intervencí ošetrovatelské péče v hodnocení (tabulka 6). Munyisia (2013) ve své studii uvádí, že ke zlepšení kvality, bezpečnosti a efektivnosti poskytování ošetrovatelské péče vede elektronická dokumentace, neboť bylo zjištěno, že systém počítačové dokumentace snižuje chybovost a zlepšuje přístupnost, přesnost a čitelnost provedených záznamů.

Předposlední zkoumanou kategorií byl rozpor s legislativní normou (tabulka 7). I v tomto případě byly agentury v podstatě jednotné. Nebyl objeven žádný rozpor s legislativou, všechny dokumentace obsahovaly vše, co má dokumentace obsahovat.

V poslední kategorii bylo zkoumáno „Fyzikální vyšetření sestrou“ (tabulka 8). Nejedlá (2015) uvádí, že má být prováděno za příhodných podmínek a opakovaně, aby bylo event. odhaleno zhoršení nebo naopak zlepšení zdravotního stavu. Dle dokumentace bylo patrné, že toto sestry provádí, avšak převážně pouze jako vstupní vyšetření. V pravidelných intervalech, jak říká Nejedlá (2015) je dle záznamů v dokumentaci prováděno pouze ve třech případech (ADPA, ADPB, ADPE) a při obtížích v pěti (ADPA, ADPB, ADPC, ADPE, ADPF). Dle doporučení Nejedlé (2015) a Misconiové (2006) se vyšetřuje celkový vzhled, vědomí, řeč, zrak a sluch, stav výživy, polohu, postoj a chůzi, abnormální pohyby, svalovou sílu, kůži a fyziologické funkce.

Cílem provedeného výzkumu bylo zanalyzovat jednotlivé dokumentace ve vybraných agenturách domácí péče. Byla provedena analýza vybraných částí, údaje byly shrnuty v jednotlivých kategoriích. Cíl byl splněn.

6 ZÁVĚR

Svým postojem k vedení ošetrovatelské dokumentace sestry (všichni nelékařští pracovníci) vyjadřují svůj názor nejen k prováděnému ošetrovatelskému procesu, ale i svůj postoj k administrativě. Mnohdy se nám může zdát, že administrativa výrazně narůstá a převyšuje čas, který bychom mohli věnovat klientovi, avšak je nutné si uvědomit, že i vedení ošetrovatelské dokumentace patří k prováděným ošetrovatelským úkonům a tudíž je nedílnou součástí naší práce. Když si odmyslíme, že vedení ošetrovatelské dokumentace vyplývá z platné legislativy, musíme si připustit, že je to skutečný nástroj pro zjišťování informací o klientovi, zajištění kontinuity jeho péče, nástroj pro zajištění kvality ošetrovatelské péče a v neposlední řadě nástroj na ochranu jak klienta, tak zdravotnického personálu. Proto je nutné dokumentaci věnovat patřičný čas a najít si alespoň pár minut na shrnutí důležitých informací o klientovi, včetně provedených výkonů.

Cílem této práce s názvem Ošetrovatelská dokumentace v domácí ošetrovatelské péči bylo popsat demografické vlivy na používání ošetrovatelské dokumentace, zjistit postoj sester z vybraných agentur domácí péče k ošetrovatelské dokumentaci a zanalyzovat ošetrovatelskou dokumentaci ve vybraných agenturách domácí péče.

Na počátku výzkumného šetření byly stanoveny tři cíle, z nichž první dva se vztahovaly k prvnímu výzkumnému šetření, tj. hloubkovým rozhovorům, kterých se zúčastnily sestry pracující v agenturách domácí péče. Úkolem bylo zjistit, zda jsou sestry při vedení ošetrovatelské dokumentace ovlivněny demografickými vlivy, jako jsou věk, vzdělání či délka praxe a jaký zauímají celkový postoj k vedení ošetrovatelské dokumentace. Výzkumné otázky zněly: 1. Ovlivňují vedení ošetrovatelské dokumentace demografické vlivy, jako jsou věk, vzdělání či délka praxe sestry? 2. Jaký postoj k ošetrovatelské dokumentaci zauímají sestry z vybraných agentur domácí péče? 3. Korespondují jednotlivé části ošetrovatelské dokumentace s fázemi ošetrovatelského procesu? Na základě stanovených výzkumných otázek bylo vytvořeno 11 otázek a 1 identifikační otázka jako rámec pro hloubkový rozhovor, kdy se mohla každá jednotlivá sestra individuálně vyjádřit k dané problematice.

Z výzkumu vyplynulo, že sestry mají k ošetrovatelské dokumentaci přístup veskrze pozitivní a že je pro ně podstatný i samotný přístup ošetrovatelského managementu.

Třetím cílem bylo zanalyzovat ošetrovatelskou dokumentaci ve vybraných agenturách domácí péče. Ten se v podstatě týkal doplňkového výzkumného šetření, které bylo provedeno technikou analýzy dat, kdy jednotlivé znaky byly zaneseny do záznamového archu, následně kategorizovány a zpracovány pro přehlednost do tabulek. Jednalo se o 8 kategorií, tj. způsob vyplňování, přehlednost, anamnéza, odborná terminologie, soulad dokumentace s fázemi ošetrovatelského procesu, duplicitní údaje, rozpor s legislativní normou a fyzikální vyšetření sestrou. Z výsledků šetření vyplynulo, že každá agentura si vytvořila svojí vlastní dokumentaci, kterou vypisuje dle svých znalostí a možností, avšak která odpovídá legislativním normám a je v souladu s ošetrovatelským procesem. Dokumentaci si agentury upravují dle svých potřeb a nezáleží jim na tom, zda je ve formě listinné či elektronické, zda jsou záznamy vypisovány ručně či pouze formou křížkování.

V současnosti v České republice neexistuje jednotná ošetrovatelská dokumentace, ať už pro domácí péči či pro zdravotnická lůžková zařízení, ačkoli by to zjevně ušetřilo mnoho dohadování při propuštění klienta do domácí péče, kdy se mnohdy stává, že chybí důležité údaje. Proto je zde snaha o sjednocení ošetrovatelské dokumentace a zároveň je kladen důraz na řádné vedení této dokumentace, aby bylo o klientovi zaznamenáno co nejvíce skutečných informací a zajištěna kontinualita ošetrovatelské péče.

Výsledky výzkumného šetření mohou být inspirací nejen pro ošetrovatelský management ADP, ale i pro samotné sestry pracující v agenturách domácí péče celé České republiky, nejen vybraných agentur. Mohou pomoci k lepšímu uvědomění si důvodů vedení ošetrovatelské dokumentace, k prolomení negativistického postoje u sester, které se dokumentací zabývat nechtějí a které rádo by zdržuje od práce. Tato diplomová práce může posloužit nejen pro zdravotnické pracovníky z oboru agentury domácí péče, ale i pro zdravotnické pracovníky v ostatních oborech, může posloužit k publikování v odborných časopisech či na kongresech, ale hlavně jako pilotní projekt k podrobnějšímu výzkumnému šetření na úrovni jednotlivých krajů či celé ČR.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BULIĆ, Ines et al. *Společné evropské pokyny k přechodu od ústavní péče k péči probíhající v rámci komunity*. Přeložila: Lenka Fořtová. Belgie: Brusel, 2012.
2. ČESKO. SVAZ PACIENTŮ ČESKÉ REPUBLIKY. Plné znění etického kodexu práv pacientů. [online] In: *Etický kodex práv pacientů* [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=14>
3. ČESKO. Usnesení předsednictva České národní rady č. 2 ze dne 16. prosince 1992 Listina základních práv a svobod. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1993, částka 1. [cit. 2014-08-14]. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>
4. ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotnické péče 2013*. Praha: ÚZIS ČR, 2015. ISBN 978-80-7472-134-2.
5. ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY: *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2012*. [online]. ÚZIS, [cit. 2014-05-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech-lecebne-preventivni-pece-2012>
6. ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY: *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2011. Kapitola 6. Domácí zdravotní péče*. [online]. ÚZIS, [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech-lecebne-preventivni-pece-2011>

7. ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY: *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2010*. [online]. ÚZIS, [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-ceske-republice-roce-2010>
8. ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY: *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2009*. [online]. ÚZIS, [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-ceske-republice-roce-2009>
9. ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY: *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2008*. [online]. ÚZIS, [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-ceske-republice-roce-2008>
10. ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY: *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2006*. [online]. ÚZIS, [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-roce-2006>
11. ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY: *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2005*. [online]. ÚZIS, [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-roce-2005>
12. ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY: *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2003*. [online]. ÚZIS, [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-roce-2003>

13. ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY: *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2002*. [online]. ÚZIS, [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-roce-2002>
14. ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY: *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2001*. [online]. ÚZIS, [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-roce-2001>
15. ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY: *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2000*. [online]. ÚZIS, [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-roce-2000>
16. ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY: *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 1998*. [online]. ÚZIS, [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-roce-1998>
17. ČESKO. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY: *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 1997*. [online]. ÚZIS, [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-roce-1997>
18. ČESKO. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. Koncepce ošetrovatelství. Metodická opatření. Září 2004, částka 9. ZN.: 21581/04/VVO [online]. [cit. 2014-07-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html

19. ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20. [cit. 2013-09-25]. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
20. ČESKO. Vyhláška č. 98 ze dne 22. března 2012 o zdravotnické dokumentaci. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39. [cit. 2013-05-28]. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlasaka-c98/2012-sb-o-zdravotnicke-dokumentaci_6087_2439_11.html
21. ČESKO. Vyhláška č. 326 ze dne 17. prosince 2014, seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. [online] In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2014, částka 129. [cit. 2015-07-06]. Dostupný také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlasaka-c326/2014-sb-kterou-se-meni-vyhlasaka-ministerstva-zdravotnictvi-c_9873_11.html
22. ČESKO. Zákon č. 359 ze dne 9. prosince 1999 o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů zákon č. 401 ze dne 5. září 2012. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1999, částka 111. [cit. 2014-08-14]. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>
23. ČESKO. Zákon č. 101 ze dne 4. dubna 2000 o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 32. [cit. 2014-08-04] Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-101>
24. ČESKO. Zákon č. 285 ze dne 30. května 2002 o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2002, částka 103. [cit. 2014-08-14]. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-285#cast1>

25. ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 105/2011 Sb., následně zákon č. 346/2011 Sb. [online] In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30. [cit. 2014-05-30]. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96/>
26. ČESKO. Zákon č. 105 ze dne 25. března 2011, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. [online] In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 40. [cit. 2012-05-30] Dostupný také z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=96%2F2004&zdroj=sb11105&cd=76&typ=r>
27. ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). [online] In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131. [cit. 2012-06-02] Dostupný také z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb11372&cd=76&typ=r>
28. ČESKO. Zákon č. 373 ze dne 6. listopadu 2011 o specifických zdravotních službách. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131. [cit. 2014-08-14]. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-373>
29. ČESKO. Zákon č. 56 ze dne 20. března 2014, kterým se mění zákon č. 499/2004 Sb. o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. [online] In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2014, částka 23. [cit. 2014-05-22] Dostupný také z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=56&r=2014>

30. DURNOVÁ, Dana. Domácí péče – běh na dlouhou trať, který stojí za to. In *Diagnóza v ošetrovatelství, odborný časopis pro nelékařské pracovníky*, ročník VIII., č. 2/2012, březen/duben, s. 7-8, ISSN 1801-1349.
31. DZIACKA, A., Andrea BOTÍKOVÁ, Ol'ga KABÁTOVÁ, Silvia PUTEKOVÁ. Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) ako súčasť všeobecnej ambulantnej starostlivosti na Slovensku. In *Diagnóza v ošetrovatelství, odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*, ročník VIII., č. 2/2012, březen/duben, ISSN 1801-1349.
32. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin (SR): Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
33. HAM, Richard J., Phillip D. SLOANE, Gregg A. WARSHAW, Marie A. BERNARD a Ellen FLAHERTY. *Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach*. 5th ed. USA: Mosby Elsevier, © 2007, 2002, 1997, 1992. ISBN-13 978-0-323-03930-7 (ISBN-10 0-323-03930-8).
34. HANZLÍKOVÁ, Alžbeta a kol. *Komunitne ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-251-7.
35. HAUKE, Marcela. *Pečovateľská služba a individuální plánování: Praktický průvodce*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.
36. HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ a Jan SLIVÁK. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.
37. HROBONĚ, Petr. Proč potřebujeme nově vymezit dlouhodobou péči? In *Občan v síti*. S. 3-4. 01/2011. Elektronický měsíčník. Editor: MUDr. Pavel Vepřek. [online]. (Jak rozbourat zeď mezi zdravotním a sociálním systémem?). Dostupné z: http://www.sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2011_01.pdf

38. HUSTED, James, H. a Gladys, L. HUSTED. *Ethical Decision Making in Nursing and Health Care: The Symphonological Approach*. New York: Springer, 2008. ISBN 978-0-8261-1512-6.
39. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
40. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
41. KALVACH, Zdeněk, Libuše ČELEDOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ a Petr WIJA. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
42. KOPŘIVOVÁ, Lenka. *Požadavky a očekávání sester v primární péči*. České Budějovice, 2008. Bakalářská. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.
43. KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ. *Ošetřovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. ISBN 978-80-7318-726-2.
44. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.
45. KUTNOHORSKÁ, Jana a Martina CICHÁ, Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3843-7.
46. MARKOVÁ, Marie. *Komunitní ošetřovatelství pro sestry*. Brno: NCONZO, 2010. ISBN 978-80-7013-499-3,
47. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství. 1. díl*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.

48. MISCONIOVÁ, Blanka. Historie domácí péče. [online] 2006. In: *Národní centrum domácí péče České republiky*. [cit. 2014-03-26] Dostupné také z: <http://www.domaci-pece-info/historie-domaci-pece->
49. MISCONIOVÁ, Blanka. *Stručný průvodce domácí péčí*. Praha: Asociace domácí péče, 1998. ISBN neuvedeno.
50. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
51. MUNYISIA, Esther Naliaka, Ping YU a David HAILEY. UNIVERSITY OF WOLLONGONG, School of Information Systems and Technology, Wollongong, NSW, Australia. *Caregivers' Time Utilization before and after the Introduction of an Electronic Nursing Documentation System in a Residential Aged Care Facility*. Australia: Schattauer, 2013, vol. 52, 5, p. 403-410. ISSN 0026-1270; doi. 10.3414/ME12-01-0024.
52. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: Deficionesy clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier Espana, 2010. ISBN 978-1-4051-8718-3.
53. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2. Přepřacované vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4449-0.
54. PALÁNOVÁ, Anna. *Náročnost vedení ošetrovatelské dokumentace z pohledu sestry na standardním oddělení*. Jihlava, 2011. Bakalářská. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Hana Dandová. (strana 22)
55. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.

56. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatelství I. Historie - -vzdělávání – současné ošetrovatelství – role sestry a nemocného – ošetrovatelský proces – konceptuální modely a teorie – klasifikační systémy – výzkum – praxe založená na důkazech.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
57. RABENSEIFEROVÁ, Zuzana. *Práce sestry v agenturách domácí péče.* Zlín, 2009. Bakalářská. Fakulta humanitárních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
58. SLOUKOVÁ, Magda. *Spokojenost s domácí péčí v Brně pohledem seniorů.* Brno, 2011. Diplomová. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Marta Šenkyříková
59. SVOBODOVÁ, Zuzana. *Home care – odborná zdravotní péče v domácím prostředí klienta.* Zlín, 2010. Bakalářská. Fakulta humanitárních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce: Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
60. ŠINDLEROVÁ, Nela. *Výzvy v práci sestry domácí péče.* Pardubice, 2011. Bakalářská. Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice. Vedoucí práce: Mgr. Marie Hledíková.
61. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.* Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
62. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.
63. UHEREK, Pavel. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků.* Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2658-8.
64. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory.* Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

65. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-7262-392-3.
66. VONDRÁČEK, Lubomír. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1919-3.
67. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace*. Návod pro praxi. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2763-9.
68. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry*. Příručka pro praxi. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3132-2.
69. VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací*. Efektivní komunikace v praxi. Praha: Grada, 2008. s. 152-153. ISBN 978-80-247-2614-4.
70. WANG, Ning, Ping YU a David HAILEY. SCHOOL OF INFORMATION SYSTEMS AND TECHNOLOGY, Faculty of Informatics, University of Wollongong, Australia. *Description and Comparison of documentation of nursing assessment between paper-based and electronic systems in Australian aged care homes*. Australia: Elsevier, 2013, vol. 82, 9, p. 789-797. ISSN 1386-5056.
71. WANG, Ning, David HAILEY a Ping YU. SCHOOL OF INFORMATION SYSTEMS AND TECHNOLOGY, Faculty of Informatics, University of Wollongong, Australia. *Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review*. Australia: Blackwell, 2011, vol. 67, 9, p. 1858-1875. ISSN 1365-2648; doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x.
72. VOJTÍŠEK, Petr. *Výzkumné metody*. *Metody a techniky výzkumu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol*. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní, 2012. ISBN 978-80-905109-3-7.

8 Přílohy

Příloha A – Vykazování domácí péče

Příloha B – Záznamový arch (pozorování)

Příloha C – Rámcové otázky pro rozhovory

Příloha D – Rozhovory s respondenty

Příloha A

VYKAZOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE

V domácí péči jsou rozlišovány následné kódy (výkony):

Zahájení nebo ukončení vlastní domácí péče -> výkon č. 06311 – Zavedení, ukončení domácí zdravotní péče, administrativní činnost sestry v domácí zdravotní péči.

Vlastní domácí péče je poté vykazována výkony s názvem „Ošetřovací návštěvy“:

Ošetřovací návštěva – domácí péče – typ I – výkon č. 06313 (40 bodů) -> kdy se jedná o formu péče určenou zejména klientům odkázaných na pomoc druhé osoby pro částečnou imobilitu, dezorientaci, inkontinenci a specifickou náročnost domácí zdravotní péče. Tento výkon je plně hrazen zdravotními pojišťovnami, časový rozsah je 30 minut s frekvencí max. 3x denně, provádí ho všeobecná, dětská či ženská sestra po ukončení nástupní praxe a zahrnuje komplexní ošetřovatelskou anamnézu klienta i prostředí, aktuální ošetřovatelské diagnózy, fyzikální vyšetření sestrou, monitoring klienta, odběry biologického materiálu, prevenci a event. ošetření kožních defektů, poranění či ran, aplikaci inhalační a léčebné terapie, aplikaci ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolestí, dohled nad průběhem infuzní terapie, nad doplněním léčiv, dále pak nácvik aplikace inzulínu, edukace klienta k udržení či navození schopnosti sebezpěče a soběstačnosti, ošetřovatelskou rehabilitaci, tj. kondiční a dechové cvičení, ale také aktivaci klienta, komplexní hygienickou péči, sestavení dietního a pitného režimu, provedení klyzmatu, cévkování nebo výplachů, ošetření permanentních katétrů, různých druhů stomií a v neposlední řadě zácvik rodinných příslušníků či blízkých ke zvládnutí jednoduchých ošetřovatelských intervencí. Výkon končí záznamem do dokumentace klienta a předáním příslušných informací o zdravotním stavu klienta jeho praktickému (ošetřujícímu) lékaři podle předem stanoveného plánu nebo v případě patologického nálezu okamžitým uvědoměním lékaře.

Ošetřovací návštěva – domácí péče – typ II – výkon č. 06315 (59 bodů) -> Výkon je též plně hrazen zdravotními pojišťovnami, jeho časový rozsah je 45 minut s frekvencí max. 3x denně a vykonavateli jsou též sestry všeobecné, dětské nebo ženské po ukončení nástupní praxe. Výkon též začíná komplexní ošetřovatelskou anamnézou klienta i prostředí, aktuálními ošetřovatelskými diagnózami a zahrnuje stejné výkony jako předchozí typ ošetřovací návštěvy.

Ošetřovací návštěva – domácí péče – typ III – výkon č. 06317 (79 bodů) -> Tato forma péče je určena dle indikace lékaře zejména pro klienty odkázané na ošetřování druhou osobou pro částečnou imobilitu, dezorientaci, inkontinenci a specifickou náročnost ošetřovatelské péče, doplněné fyzickou náročností poskytované domácí zdravotní péče. Výkon je plně hrazen zdravotními pojišťovnami, je v časovém rozsahu 60 minut s frekvencí max. 3x denně a vykonávají ho všeobecné, dětské nebo ženské sestry po ukončení nástupní praxe. Výkon začíná stejně jako u předchozích typů, tj. odebráním komplexní ošetřovatelské anamnézy klienta i prostředí, stanovením priorit ošetřovatelské péče (aktuálními ošetřovatelskými diagnózami), svým obsahem, rozsahem i ukončením odpovídá výkonům typu I a II.

Ošetřovací návštěva – domácí péče – typ IV – výkon č. 06318 (20 bodů) -> výkon je plně hrazen zdravotními pojišťovnami v časovém rozsahu 15 minut max. 3x denně. Nositelem jsou všeobecné, dětské a ženské sestry po ukončení nástupní praxe. Začátek, obsah, rozsah a ukončení výkonu je stejné jako u ošetřovací návštěvy typu I, II a III.

Součástí těchto typů ošetřovacích návštěv je vždy totožný komplex výkonů, protože se jedná o tzv. agregát činnosti. Je plně v kompetenci ošetřujícího lékaře dohodnout se s příslušnou ADP a stanovit časovou dispozici návštěvy u konkrétního klienta tak, aby odpovídala jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu a indikovanému rozsahu ošetřovatelské péče. Jednotlivé typy návštěv se liší pouze v časovém rozsahu, tj. po dobu 15, 30, 45 a 60 minut. Nutno upozornit, že některé výkony sdružené v ošetřovací návštěvě s sebou nesou pouze spotřebu energie a náklady na ně jsou již kalkulovány minutovou mzdou sestry.

Jedná se převážně o výkony typu edukace a reedukace klienta k udržení či navození schopnosti sebeobsluhy a soběstačnosti, aktivace klienta, ošetřovatelská rehabilitace (součást ošetřovací návštěvy typu I, II, III, IV), dále pak o dohled nad průběhem infuzní terapie (součást ošetřovací návštěvy typu III), sestavení dietního a pitného režimu nebo péči o osobní hygienu klienta v případech, kdy se skutečně jedná o odborný výkon.

Dalšími sdruženými výkony jsou materiálové kódy. Nesou s sebou minimální spotřebu materiálu a jsou v seznamu výkonů uvedeny jako agregáty výkonů popisující svým obsahem velmi obdobnou, nákladově srovnatelnou činnost. Je kalkulováno s ohledem na spotřebu v rozsahu minimální péče. Optimální materiálové vybavení ordinuje vždy aktuálně ošetřující lékař klienta. Jedná se především o odběr biologického materiálu (výkon č. 06323), aplikaci ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti (výkon č. 06325), ošetření stomií (výkon č. 06327), lokální ošetření (výkon č. 06329), klyzma, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katétrů (výkon č. 06331), aplikaci inhalační a léčebné terapie p.o., s.c., i.m., i.v., UV, event. další způsoby aplikace terapie či instilace léčiv (výkon č. 06333) a nácvik a zaučování aplikace inzulínu (výkon č. 06335). Tyto soubory výkonů nesou rozpočet průměrných materiálových nákladů pro provedení jednoho agregovaného výkonu.

Fyzická asistence při poskytování domácí péče – výkon č. 06319 (24 bodů za každou intervenci) -> Výkon je plně hrazený zdravotními pojišťovnami v rozsahu 30 minut 3x denně. Nositelem výkonu je všeobecná, dětská nebo ženská sestra bez ukončení nástupní praxe s asistencí nižšího nebo pomocného zdravotnického personálu. Výkon se provádí na základě indikace ošetřujícího lékaře, který zhodnotí aktuální fyzickou náročnost ošetřovatelské péče u imobilního klienta. Dochází pak k pověření asistencí dalšího člena týmu ADP při provedení daného výkonu, který začíná přípravou pomůcek, dohodou o způsobu provedení mezi zúčastněnými, informováním klienta o důvodu a způsobu provedení přes vlastní provedení ošetřovatelského výkonu a následným záznamem do ošetřovatelské dokumentace a informováním ošetřujícího lékaře.

Vyšetření stavu klienta ve vlastním sociálním prostředí – výkon č. 06321 (8 bodů za každou intervenci) -> přičítají se ke kódu ošetrovací návštěvy domácí péče jen materiálové náklady výkonu a to pouze 1x týdně.

Jedná se zejména o vyšetření glykemie glukometrem a registraci základní EKG křivky u imobilních klientů v rámci dispenzární a preventivní prohlídky na základě ordinace lékaře.

Odběr biologického materiálu – výkon č. 06323 (15 bodů za každou intervenci) -> připočítávají se pouze materiálové náklady výkonu ke kódu ošetrovací jednotky ve frekvenci max. 3x denně. Agregace výkonů zahrnuje sedimentaci erytrocytů, odběr kapilární či žilní krve a odběr ostatního biologického materiálu.

Aplikace ordinované parenterální terapie po písemném pověření ošetřujícím lékařem pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti – výkon č. 06325 (21 bodů za každou intervenci) -> ke kódu ošetrovací návštěvy se přičítají jenom náklady na materiál s frekvencí 3x denně. Tento výkon zahrnuje aplikaci i.v. infuze u dospělého nebo dítěte nad 10 let a kontinuální i.v. aplikaci léčiva injekční pumpou, kdy tento výkon je proveden sestrou bez příslušné úrovně kvalifikace, proto je vždy nutné aktuální písemné pověření ošetřujícího lékaře.

Ošetření stomií – výkon č. 06327 (23 bodů za každou intervenci) -> ke kódu ošetrovací návštěvy se přičítají jen materiálové náklady výkonu s frekvencí 3x denně. Je zde zahrnuto ošetření kolostomie, urostomie, nefrotomie, ileostomie, gastrostomie a dalších typů stomií.

Lokální ošetření – výkon č. 06329 (21 bodů za každou intervenci) -> ke kódu ošetrovací návštěvy se přičítají jenom materiálové náklady výkonu s frekvencí 3x denně. Tento výkon zahrnuje běžný převaz (lokální ošetření jedné/ohraničené kožní léze nebo defektu či poranění), čištění nebo výměnu tracheostomické kanyly nebo ošetření katétru pro parenterální výživu.

Klyzma, výplachy, cévkování, ošetření permanentních katétrů – výkon č. 06331 (22 bodů za každou intervenci) -> přičítají se jen náklady na materiál k ošetrovací návštěvě s frekvencí výkonu 3x denně. Jedná se o cévkování ženy, ošetření permanentní cévky u muže i ženy, klyzma léčebné, očistné, výživné i terapeutické, výplach pochvy či laváže.

Aplikace inhalační a léčebné terapie p.o., s.c., i.m., i.v., UV, event. další způsoby aplikace terapie či instilace léčiv – výkon č. 06333 (5 bodů za každou intervenci) – přičítají se jen náklady na materiál, frekvence výkonu 3x denně.

V tomto výkonu je zahrnuta opakovaná instilace do epidurálního katétru, inhalační aerosolová léčba, aplikace i.m., s.c., i.v. injekce, aplikace léků p.o., různé typy instilace léčiv, aplikace UV záření nebo další typy aplikace ordinované léčebné terapie.

Nácvik a zaučování aplikace inzulinu – výkon č. 06335 (7 bodů za každou intervenci) -> ke kódu ošetrovací návštěvy domácí péče je přičítají pouze materiálové náklady výkonu max. 30x za 14 dní, frekvence 3x denně.

Příloha B

ZÁZNAMOVÝ ARCH – analýza dokumentu

Způsob vyplňování

- vpisované záznamy
- předtištěné formuláře – křížkování

Přehlednost

- ano
- ne

Anamnéza

- strukturovaná – dle modelu Gordonové - s využitím diagnostických domén podle NANDA Int. Taxonomie II.
 - dle modelu Hendersonové
 - dle jiného modelu
- nestrukturovaná (popsaná)

Odborná terminologie

- používá se
- nepoužívá se
- spisovné výrazy

Soulad dokumentace s fázemi ošetrovatelského procesu

- ano
- ne

Duplicitní údaje

- ano (event. v čem?)
- ne

Rozpor s legislativní normou

- ano
- ne

Fyzikální vyšetření sestrou

- provádí se
- neprovádí se
- aktualizuje se (v pravidelných intervalech/při obtížích)

Příloha C

RÁMCOVÉ OTÁZKY PRO ROZHOVORY

Jaký je Váš věk, vzdělání a délka praxe?

Používáte ve vaší agentuře ošetřovatelskou dokumentaci?

Jak vnímáte vaší ošetřovatelskou dokumentaci?

Myslíte si, že váš věk, vzdělání či délka praxe vás ovlivňuje při vedení ošetřovatelské dokumentace?

Víte, co všechno má ošetřovatelská dokumentace obsahovat dle platné legislativy?

Jak uchováváte vaší ošetřovatelskou dokumentaci?

Upravujete vaší dokumentaci dle aktuálních potřeb klienta?

Je vaše dokumentace v souladu s fázemi ošetřovatelského procesu?

Myslíte si, že vaše dokumentace je shodná s dokumentací ostatních (konkurečních) ADP?

Kdo odpovídá za provedené záznamy ve vaší dokumentaci?

Jsou ve vaší dokumentaci nějaké chyby (gramatika, slang, vulgarismy, zdrobněliny...)?

Kdo ve vaší ADP upravuje ošetřovatelskou dokumentaci, jsou-li nutné procesní úpravy, ev. jakým způsobem probíhají?

Příloha D

ROZHOVORY S RESPONDENTY

Respondent R1

„Do agentury jsem nastoupila před 4 roky, předtím jsem pracovala 19 let na chirurgii v nemocnici. Agentura mě svým způsobem vysvobodila z toho nemocničního kolotoče, protože už mi je 47 let. Vystudovala jsem klasickou zdravotku, ale tehdy jsme o nějaké ošetrovatelské dokumentaci neměli ani ponětí. Já osobně jsem se s ošetrovatelskou dokumentací setkala již v nemocnici, kde jsem dříve pracovala, ale tam to bylo formou křížkování a vlastně to o ničem moc nevyprávělo.

Ošetrovatelská dokumentace byla v naší agentuře velkým oříškem. Teď už to není tak hrozné, ale někdy s ní ještě docela bojujeme. Zvláště, když máme těžkého pacienta, musíte zdokumentovat vše, co jste u něho udělali a zároveň vás tlačí čas, abychom nepřišli pozdě k dalšímu klientovi. Tahle současná se mi celkem líbí, i když jsem jí zpočátku trochu bojkotovala. V podstatě jsem úplně nechápala, proč jí musím vypisovat a denně opisovat to, co už jednou někdo napsal. Pak jsem ale byla na školení a tam jsem se dozvěděla, že vlastně stačí, když napíšu podstatné změny. A tak jsem to zkusila a ono to najednou začalo fungovat. Nejvíce jsem se o tom přesvědčila, když jsem se po dovolené ke svému klientovi vrátila. V dokumentaci byly napsané jenom podstatné informace, které jsem si cíleným dotazem u klienta ověřila. Ušetřilo mi to spoustu práce. Takže za mě tento styl vedení ošetrovatelské dokumentace rozhodně ano. Už jenom proto, že nás to chrání před případnými spory. Sama jsem zažila řešení stížnosti, která přišla od příbuzných. Nezdála se jim moje péče dostatečná. Po ne zrovna příjemné konfrontaci se zkoumala dokumentace. Díky tomu, že bylo vše zapsáno, se stížností neuspěli a museli se omluvit. Proto já sama kladu na administrativu velký důraz a raději odcházím ze zaměstnání později, ale jak se říká „s čistým štítem“, než s nedokončenou administrativou. Bohužel to musíme brát tak, že i to je součástí našeho ošetrovatelského výkonu.

Nemyslím si, že by mě nějak ovlivňoval věk, vzdělání nebo délka praxe, ale myslím, že rozhodující opravdu byl okamžik, kdy jsem správně pochopila důvod vedení dokumentace a samozřejmě též řešení té stížnosti.

My máme dokumentaci kombinovanou, tzn., že něco vypisujeme ručně a něco elektronicky. V praxi to vypadá tak, že si u klienta ručně vypíšu, co jsem u něho prováděla za výkony, jak klient vypadal nebo např. jak vypadala jeho operační rána či dekubitus. A po návratu na středisko zadáme do počítače všechny výkony podle kódu, aby se to mohlo vykázat pojišťovně. Pořizujeme i fotodokumentaci, když je to možné a klient s tím souhlasí. Tu pak zakládáme do jeho chorobopisu v kanceláři. U klienta necháváme pouze anamnestické údaje, plán péče a aktuální denní záznam, kam můžeme zapsat jakékoli poznámky či postřehy, samozřejmě kromě patřičného výkonu. Sem je možné psát i záznamy o rehabilitaci, když ji má klient ordinovanou, ale tady to příliš nefunguje. Fyzioterapeuti za klienty domů příliš chodit nechtějí, nicméně my máme v agentuře jednu externistku, která nám v případě potřeby klienty odcvičí, a ta je srozuměná s tím, že je vhodné do dokumentace klienta provést i záznam o rehabilitaci. Nikdo jiný v podstatě k našim klientům nechodí.

Dokumentaci upravujeme podle potřeb klienta. U nás to funguje tak, že při každé návštěvě zběžně pohledem klienta shlédnou, poptám se, jak se má a on mi obvykle sdělí, zda má nějaké obtíže, co se zlepšilo nebo zhoršilo, zda se objevilo něco nového. Vzhledem k tomu, že máme obvykle stálé klienty, už se vzájemně známe, takže ve většině případů družný hovor není problém. Podle toho, co se od nich dozvím, společně pak upravujeme ošetřovatelský plán, v rámci mých kompetencí a v souladu s předpisem ošetřujícího lékaře. Pokud je to závažný problém, informuji ošetřujícího lékaře.

Co se mi na naší dokumentaci líbí, je, že je celkem dobře přehledná. Máme předtištěný formulář pro anamnézu, kam dopisujeme vše, co nám klient sdělí a je možné tam v průběhu péče údaje aktualizovat. Diagnózy máme též předtištěné, tedy pouze ty, které se u našich klientů vyskytují nejčastěji, tzn. Např. záznamy o dekubitech, operační ráně, polohování, péči o PEG, permanentní močový katétr apod. V podstatě tam dopisujeme pouze souvislosti nebo ne příliš časté diagnózy. Plán, intervence a zhodnocení vypisujeme vlastnoručně.

Tyhle položky mám nejraději, protože se zde mohu seberealizovat a po lopatě napsat, čeho chceme s klientem dosáhnout, co pro to uděláme a jaký očekáváme výsledek. Je pravda, že cesta k cíli bývá mnohdy dlouhá a trnitá, ale o to větší je potom radost klienta a vlastně i naše.

Co se týče vyplňování ošetrovatelské dokumentace, musíme si uvědomit, že je to úřední dokument, který má nejenom zajistit kontinualitu a kvalitu péče o našeho klienta, ale že je to i nástroj k naší obraně, proto se snažím, a věřím, že i ostatní kolegové a kolegyně i v jiných agenturách, abych se vyvarovala gramatických chyb, slangových výrazů a zdobnělin. Někdy je to opravdu těžké, protože u dlouhodobých klientů jsme mnohdy jako doma, oni nás berou jako součást své rodiny, takže se lehce může stát, že zapíšete např. „Jaruška se zlepšila“. Stávat by se to ale samozřejmě nemělo a my jsme si toho vědomi. Konec konců si každý ručíme za svůj vlastní výkon a za svůj vlastní zápis, který razítkujeme a podepisujeme. A je to tak správně, má to tak být. Musím přece vědět, proč kterou činnost dělám a zaznamenávám. Jinak by celá dokumentace pozbyla smysl a byla by k ničemu. Otázkou je, jak moc se liší používané dokumentace ve všech agenturách domácí péče v tomto státě. Neznám dokumentace ostatních agentur doslova, ale co jsme se s kolegyněmi bavily např. na kongresech, rozhodně nemáme dokumentaci stejnou. Je pravda, že si ji agentury upravují podle svého používání a skvady klientů, ale já osobně si myslím, že by se to mělo ujednotit a zkompletovat a vytvořit jednu jedinou dokumentaci, která by se dala využít ve všech agenturách. Ušetřilo by to práci sestřám hlavně v případě, kdy se klient rozhodne přejít k jiné agentuře.“

Doplňující otázka: Kdo ve vaší ADP upravuje ošetrovatelskou dokumentaci, jsou-li nutné procesní úpravy, ev. Jakým způsobem úpravy probíhají?

„Já jsem takovéhle úpravy zažila jenom jednou. Tehdy přišla naše vrchní a řekla nám, že současná dokumentace nevyhovuje a že by bylo fajn, kdybysme nadnesli svoje návrhy na změnu. Po 14 dnech to dala dohromady a vytvořila zkušební verzi. Tu jsme používali asi půl roku, pak jsme se k tomu měli vyjádřit. Provedlo se ještě několik drobných úprav, než se vytvořila finální verze, která nám zatím vyhovuje. Tedy aspoň já jsem s ní spokojená, ale to už jsem říkala.“

Doplňující otázka: Víte, co všechno má ošetrovatelská dokumentace obsahovat dle platné legislativy České republiky?

„Abych se přiznala, příliš legislativu nesleduju, protože pro moji vlastní práci není příliš podstatná, ale to je jenom můj názor. Určitě tam nesmí chybět hlavička poskytovatele služby a údaje o klientovi, jako je jméno, rodné číslo, u cizince číslo pojištěnce, pojišťovna, sociální anamnéza, medikace, údaje o obvodním lékaři a jeho ordinace. Myslím, že též kódy péče pro vykazání zdravotní pojišťovně. Samozřejmě taky datum, čas provedení záznamu, včetně podpisu autora. A pak si myslím, že by tam měl být kontakt na příbuzné, ev. sousedy, pokud spolu mají dobré vztahy. A věci týkající se ošetrovatelství, tj. anamnéza, diagnóza, plán, intervence a hodnocení. Zapomněla jsem na lékařské diagnózy. Ale jak říkám, jestli to je podle zákona, to nevím.“

Respondent R2

„Je mi 35 let, vystudovala jsem SZŠ a nedávno si dodělala Brno – Komunitní péči. Než jsem přešla do agentury domácí péče, pracovala jsem 9 let v nemocnici na ortopedii v jiném kraji. Potom jsme se s manželem přestěhovali sem a od té doby pracuji v domácí péči. Je to již 7 let. Když jsem nastoupila, byla zde již ošetrovatelská dokumentace zaběhnutá. Kolegyně, která mě zaučovala, kladla na vypisování dokumentace velký důraz. Vždycky mi radila, že se mám držet heslem: Co je psáno, to je dáno! Možná to je důvod, proč mě při vypisování dokumentaci neovlivňuje ani věk, ani vzdělání, ani délka praxe, ale spíše již zajetý systém. Naše dokumentace je rozdělená do příslušných oddílů dle fází ošetrovatelského procesu. Celá je psaná ručně. Máme předtištěné formuláře, ale i ty se vypisují. Anamnézu částečně dopisujeme, částečně křížkujeme vybrané možnosti. Ošetrovatelské diagnózy máme též předtištěné, ale do dokumentace vkládáme pouze ty, které se klienta týkají, tzn., že když ošetřuji klienta s chronickou ránou, vložím do dokumentace pouze příslušné diagnózy. Někdy se vyskytnou diagnózy, které příliš u klientů nepoužíváme, ty se potom na samostatný list vypíšeme ručně. K příslušným diagnózám máme předtištěné i intervence, které lze upravit dle aktuální situace. Vlastními slovy se potom píše zhodnocení.

Při každé změně klientova stavu nebo při každém náznaku potíží diagnózy společně s klientem upravujeme a aktualizujeme.

Z mého hlediska je to velké urychlení práce, protože vypisování dokumentace je součástí ošetrovatelského výkonu a záznam tedy musí být proveden. Takový přístup by měla mít každá sestra, ať už pracuje ve státním či nestátním zdravotnickém zařízení. Já osobně se to ale snažím nebrat jako nutné zlo, ale přistupuji k dokumentaci spíše optimisticky. Připouštím si více klady než zápory. Pro mě je nejdůležitější to, že chrání mě a zároveň i klienta a také že je to nástroj zajišťující kontinuitu péče o klienta. Také si myslím, že je důležité, že v podstatě dokumentaci píšeme dvojmo, jedna část nosíme ke klientovi při návštěvách a ukládáme ji v kanceláři, druhou část, dá se říci, že v podstatě kopii, necháváme u klienta. Možná je to přidělování si práce, ale na druhou stranu, pokud náhle onemocním a musí mě někdo zaskočít, nemusí se hnát ještě do kanceláře pro dokumentaci a může si vše přečíst přímo u klienta. Stává se to zřídka, ale stává se to. Mám dokonce pocit, že dle zákona by měla dokumentace u klienta zůstat, ale my to řešíme takto právě z již řečených důvodů. Také pak lze sledovat, kdo o klienta pečoval a jaký úkon u něho skutečně provedl. Každý pracovník je povinen záznam provést a také ho podepsat. Každý za svůj záznam nese odpovědnost. Každý zodpovídá za správnost údajů, za případné chyby, třeba gramatické, za vyvarování se zdvořilých, neslušných a nesprávných výrazů. Naštěstí se takovéto chyby v naší dokumentaci snad vůbec neobjevují.“

Doplňující otázka: Víte, co všechno má ošetrovatelská dokumentace obsahovat dle platné legislativy ČR?

„Abych se přiznala, na 100 % to nevím. Tuším ale, že tam mají být identifikační údaje společnosti, která služby poskytuje, tedy agentury, a také údaje klienta. Neměl by tam chybět kontakt na ošetřujícího lékaře, na příbuzné, určitě chronická medikace. Dále opravdu nevím.“

Doplňující otázka: Myslíte si, že vaše dokumentace je shodná s dokumentací v ostatních (konkurenčních) ADP?

„Osobně jsem jinou dokumentaci z jiných agentur neviděla, ale myslím si, že ten základ bude ve všech agenturách stejný. Možná někde mohou mít více či méně místa na dopisování údajů, ale veskrze se dokumentace lišit příliš nebudou.“

Doplňující otázka: Kdo ve vaší ADP upravuje ošetrovatelskou dokumentaci, jsou-li nutné procesní úpravy, event. jakým způsobem úpravy probíhají?

„Na tuto otázku tak docela nedokážu odpovědět, protože jsem ještě žádné změny a úpravy dokumentace osobně nezažila. Dokumentaci používáme stejnou po celou dobu mého působení v agentuře.“

Respondent 3

„Hned po dokončení zdravotní školy v oboru zdravotnický asistent jsem nastoupila do nemocnice, kde jsem pracovala 8 let. Přitom jsem se přihlásila na vysokou školu obor ošetrovatelství, kterou jsem při zaměstnání vystudovala. Dnes je mi 30 let a už 3 roky pracuji v domácí péči. Podle mého názoru je dokumentace v naší agentuře naprosto nefunkční. Není to tím, že se vše vypisuje ručně a že nemáme žádné předtištěné formuláře, ale myslím, že je to spíše tím, že se tam nezaznamenává vše, co by tam mělo být. Zápisy jsou velmi stručné, a pokud bych svého stálého klienta neznala, nevěděla bych, co u něho mám vůbec dělat a proč tam vlastně jsem. Tady se dokumentace dost bojkotuje, kolegyně ji odmítají řádně vypisovat. Převládá zde názor, že je to ztráta času. Vedení má stejný negativistický postoj, takže se tady kontroly neprovádí. V podstatě naše dokumentace obsahuje jen stručný základ, který udává státní norma pro případ, že by přišla nějaká kontrola z pojišťovny nebo z ministerstva, takže zapisujeme stručné údaje o klientovi na hlavičkový papír, pak se sestaví nějaký ošetrovatelský plán, ale víc už se s ním nepracuje. Při návštěvách se stručně napíše, co se tam udělalo, někdo občas popíše i převaz rány a obvykle se do zhodnocení napíše formulka ‚stav nezměněn‘. Samozřejmě se pod to ten dotyčný podepíše. Mně sice tahle stručnost vadí, ale nedokážu s tím sama nic udělat.“

Proto aspoň píšu záznamy podrobné, aby z nich bylo čitelné co a jak. Je to přece i moje ochrana a je jasně vidět, že jsem vykonala vše, co jsem měla a co měl klient naordinované, píšu i stručné hodnocení. Snažím se aktualizovat ošetřovatelský plán podle klientova aktuálního stavu, ale to se neseťkává s pochopením kolegyň. Mnohdy jsem slyšela, že jim tam nemám zavádět novoty, které jsem se naučila ve škole, protože dokumentace je k ničemu a berou jí jen jako nutné zlo. Nechtějí pochopit, že to není jenom nástroj kvality k zajištění návaznosti péče, ale že je to i prostředek pro naši ochranu. Zastávají názor, že dopsat se dá vždycky všechno, protože si nosíme papíry do agentury a protože vše píšeme normálně propiskou. I podpisy děláme ručně, nemáme razítka. Abych se přiznala, naučila jsem se dokumentaci vypisovat v předchozím zaměstnání, kde se na to kladl velký důraz a vždycky se na to našlo trochu času. Ve škole jsme se sice o dokumentaci učili dosti podrobně, ale ono je to ve škole jiné a pak v reálu taky jiné, proto si nemyslím, že by mě to ve škole nějak ovlivnilo nebo že bych to vypisovala lépe proto, že jsem mladší než kolegyně nebo že mám méně praxe. Nemyslím si, že by naše agentura poskytovala špatnou péči, naopak péče je dobrá, klienti si jí pochvalují, ale podle mého názoru máme značné nedostatky v administrativě. Je ale jasné, že dokud se nezmění negativní postoj a přístup vedení, nikdo s tím nic nezmuže. V tuto chvíli je to boj s větrnými mlýny, neboť úpravy dokumentace se provádějí pouze v případě změny legislativy, kdy vedení přidá nebo ubere patřičné položky.“

Doplňující otázka: Víte, co všechno má ošetřovatelská dokumentace obsahovat dle platné legislativy?

„Jméno a příjmení klienta, jeho rodné číslo, bydliště, pojišťovna, lékařské diagnózy, jméno a kontakt na ošetřujícího lékaře, myslím, že i příbuzní. Ze strany agentury tam má být jméno, adresa, IČO, kontakt. Pak tam má být ošetřovatelský proces, kódy výkonů pro zúčtování pojišťovně, ev. přímá platba klientem, což se ale u nás nevyskytuje, protože neposkytujeme nadstandardní služby. Součástí dokumentace je i smlouva klienta s agenturou a předpis ošetřujícího lékaře. Jestli to ale takto ukládá zákon, to opravdu přesně nevím.“

Doplňující otázka: je vaše dokumentace v souladu s fázemi ošetrovatelského procesu?

„Když to vezmu hodně zevrubně a hodně přivřu obě oči, tak v podstatě ano. Vypisuje se ošetrovatelská anamnéza, v podstatě se provede i nějaká diagnostika, ačkoli podle mě ne příliš dokonalá a funkční, vytvoří se jakýsi plán a intervence, které se ale v podstatě moc neztotožňují s realitou a zhodnocení se provádí, ale velmi sporadicky.“

Doplňující otázka: Myslíte si, že vaše dokumentace je shodná s dokumentací v ostatních agenturách domácí péče?

„V základu v podstatě ano, protože ten vychází z legislativy a kdo se chce udržet na trhu práce v této oblasti, musí toto respektovat. Nicméně jsem pevně přesvědčena, že na naší dokumentaci je toho hodně co vylepšovat a zdokonalovat. Mně osobně zde zcela chybí hodnotící škály, např. Norton score nebo Barthel. Podle čeho mám určovat, zda je klient více či méně soběstačný nebo zda mu třeba nehrozí podvýživa, pád nebo dekubit? Nebo klasické záznamy o dekubitech, chronických ranách apod. Bylo by tam aspoň jasně vidět, zda se defekt lepší nebo naopak, co se na něj použilo.“

Doplňující otázka: Jsou ve vaší dokumentaci nějaké chyby?

„Naše dokumentace je tak stručná, že se tam chyby ani vyskytovat nemohou.“
(smích)

Respondent R4

„Vystudovala jsem SZŠ a dodělala si PSS. Je mi 36 let a v agentuře pracuji 6 let. Předtím jsem byla na psychiatrii, kde jsem pracovala 9 let. Tahle zkušenost mi dost pomáhá zvláště u starých a dementních klientů, nemyslím si však, že by mě praxe, věk či škola ovlivnily při vedení ošetrovatelské dokumentace. V naší agentuře používáme papírovou dokumentaci. Řekla bych, že je dosti propracovaná a podrobná. Snažíme se nepsat údaje duplicitně, avšak já za sebe mohu říci, že dělám raději obsáhlejší zápisy, aby z nich bylo jasné, co jsem u klienta provedla a v jakém rozsahu. Vyhovuje mi, že je dokumentace vypisovací, protože se tam mohu více rozepsat, když je to potřeba. Když je stav klienta stejný, prostě jenom napíšu, že je stav stejný a nezměněný a popíšu jen patřičné úkony. Dokumentaci beru jako ulehčení práce.“

Sice jí musím věnovat další čas, ale pro mě je to záruka návaznosti péče. Pokud nevypíší vše tak, jak mám, může se stát, že nějaká jiná kolegyně nebude vědět, v jaké fázi péče se klient nachází a jaké úkony se mají provést. Pak se přeruší kontinualita péče a můžeme začít opět od začátku. Proto si myslím, že nám to práci ulehčuje. Navíc je to důkaz o tom, že jsem udělala vše, co jsem udělat měla a že jsem to udělala správně. Naše dokumentace obsahuje všech pět částí ošetrovatelského procesu, tj. ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelská diagnózy, které jsou průběžně aktualizovány, plán ošetrovatelské péče, intervence a zhodnocení. Při každé návštěvě vedu s klientem rozhovor, kde se snažím dozvědět, jak se cítí, zda nemá nějaký nový problém nebo zda potenciálně nehrozí. Pokud ano, společně situaci probereme, přehodnotíme a upravíme ošetrovatelský plán. Podotýkám jenom, že plán sestavujeme s klientem společně, ale za provedené úkony odpovídá sestra, tedy já. Stejně tak i za provedené záznamy si ručí ten, kdo výkon provedl a následně zapsal. U nás se záznamy samozřejmě podepisují a kvůli čitelnosti ještě dáváme razítko. Je to tak správné, protože se nemůže stát, že vám kolega nebo klient zalže. Prostě zde platí pro všechny zaměstnance známé rčení ‚co je psáno, to je dáno‘. Ptala jste se na chyby v dokumentaci, tak co se týče gramatických chyb, tak myslím, že se tím problém nemáme. Občas se nevyvarujeme zdobnělin nebo zdravotnické hantýrce. Nemělo by se tak stávat, ale někdy se to prostě člověku ujede a uvědomí si to až později. Já osobně se toho snažím vyvarovat, protože je to i moje vizitka, spíše vlastně jenom moje vizitka. Je pravdou, že jsem pracovala i v jiné agentuře domácí péče a tam byla chybovost podstatně vyšší, než je zde. Byla tam i trochu jiná dokumentace, byla v podstatě zaškrťovací, ale musím přiznat, že mi to nevyhovovalo, protože tam nebylo kam napsat případné problémy nebo změny, které u klienta nastaly. Základ byl sice stejný, ale to zpracování nebylo zrovna šťastné. V podstatě jste se z daného zápisu toho příliš nedozvěděli. Ale zase je pravdou, že tam byly celkem dobře zpracované a použitelné přílohy typu ošetřování chronických ran a dekubitů, hodnotící škály apod. Ale to my máme také. Myslím, že naší specialitou je, že píšeme záznamy dvojmo, přes kopírák, originál zůstává u klienta, kopii si nosíme do kanceláře. Někomu se to může zdát zbytečné, ale takhle je to v agentuře nastavené.

Je to hlavně pro ochranu sester i klientů, neboť se u nás pravidelně provádějí kontroly dokumentace a tudíž se nemůže stát, že je proveden zápis o výkonu, který se nestal a naopak, že klient do dokumentace nic nepřipisuje, jak se kdysi stalo. Na tomhle se shodlo vedení se sestrami ještě v době, kdy jsem v agentuře nepracovala, ale poměrně dobře se to ujalo. Já jsem v této agentuře poměrně krátkou dobu, ale i tak jsem pochopila, že je tohle docela dobré opatření. Stejně tak jsem si jistá, že pokud by bylo nutné provádět nějaká nová opatření nebo jiné změny přímo v dokumentaci, měla bych možnost se tohohle procesu zúčastnit. Naše vedení je v tomhle hodně vstřícné a určitě by názory řadových zaměstnanců uvítalo. A já bych se toho zúčastnila ráda, protože kdo jiný by mohl vznést připomínky, než ten jedinec, který má se změnami pracovat.“

Doplňující otázka: Víte, co všechno má ošetrovatelská dokumentace obsahovat dle platné legislativy ČR?

„Myslím si, že naše dokumentace je v souladu s platnou legislativou. Obsahuje údaje o klientovi, jeho diagnózu, obvodního lékaře, pojišťovnu, rozsah péče, údaje o poskytovateli domácí péče, tj. o agentuře, ošetrovatelský proces, vyúčtování pro zdravotní pojišťovnu (kódy výkonů).“

Respondent R5

„S ošetrovatelskou dokumentací jsem se setkala poprvé v nemocnici, kde jsem pracovala 3 roky na interně. Tady jsem 4 roky. Je mi 29 let a mám vystudovanou vysokou školu v oboru ošetrovatelství a nemám pocit, že by mě toto vše nějak ovlivňovalo při vyplňování dokumentace. Když jsem přešla sem, do agentury domácí péče, zrovna se měnila legislativa, tím pádem se rozvíjela i dokumentace. Příjemné a překvapivé pro mě bylo, že vrchní sestra přišla s nástinem a všichni, včetně nováčků, jsme se k tomu mohli vyjádřit. Nejprve samozřejmě nikdo nic nepřipomínkoval, ale když nám vysvětlila, že to vlastně bude náš denní chleba a je potřeba to vychytat tak, aby tam bylo vše, co tam být má a zároveň, aby nám papíry nezabraly víc práce než celý úkon, jaly jsme se návrh otestovat. Dostali jsme měsíc na vyzkoušení, ale už po dvou týdnech přišly první připomínky. Nakonec nám trvalo necelý rok, než jsme vše vychytali a upravili do finální podoby.“

Neříkám, že teď máme dokumentaci nejlepší ze všech, ale nám vyhovuje a to je pro nás podstatné. Nejhorší asi bylo zpracování anamnestických údajů, protože jsme se nemohli shodnout, co je pro nás nejdůležitější a zda je totéž důležité i pro klienta. Nakonec jsme jako předlohu použili model fungujícího zdraví, kde jsme se v podstatě se všemi body ztotožnili a kde jsme usoudili, že většinu stačí ve formuláři zakřížkovat, ev. doplnit krátkou poznámku. Ošetrovatelskou diagnostiku jsme vyřešili poměrně lehce. Utvořili jsme diagnózy na všechny problémy, které se u našich klientů vyskytují. K tomu jsme zpracovali cíle a intervence a každou diagnózu včetně cíle a intervence jsme sjednotili na jeden list. Cíle a intervence tím pádem byla jasně dané k příslušné diagnóze, ale nechali jsme tam i místo na případné dopsání čehokoli dalšího, včetně prostoru pro zhodnocení. Zpočátku jsme měli strach, že se nám budou v dokumentaci vršit papíry, ale pak jsme usoudili, že není nutné mít jeden arch na jeden den, ale že můžeme pokračovat, dokud nám místo dovolí, na ten samý list. Je to přehledné, zajišťuje to návaznost péče a je zde jasně vidět, zda se stav lepší či nikoli. Diagnózy jsou upravovány a aktualizovány podle nastalých problémů a do aktualizace je klient aktivně zapojován. Každý záznam je podepsán příslušnou sestrou, která si za výkon i zápis ručí. K dokumentaci přikládáme i hodnotící škály, nejčastěji používáme Norton score, Barthel test, nutriční skóre a vyhodnocujeme riziko pádu. Nejmenší problém při změně bylo zakomponovat povinné položky jako identifikaci klienta, pod kterou patří jméno, příjmení, rodné číslo, bydliště, pojišťovna, ošetřující lékař, lékařské diagnózy a sociální anamnéza a potom identifikace agentury. Součástí naší dokumentace je i smlouva mezi agenturou a klientem a předpis lékaře, kde jsou vypsány úkony, které se mají provést. Do dokumentace zapisujeme i kódy uskutečněných výkonů. To je v podstatě základ, který by měly mít všechny agentury stejné. Rozdílnost bude pravděpodobně pouze ve formě zpracování, ale vzhledem k tomu, že jsem dokumentaci z jiné agentury ještě neviděla, jsou to jenom moje domněnky. Já osobně jsem s naší dokumentací velmi spokojená. Možná je to tím, že jsme ji utvářeli od samého počátku a je to tak trochu jako dítě, které si hýčkáte.

Mám k ní kladný vztah také proto, že si uvědomuji, že je to nástroj pro ochranu naší, ale i klientovu, že díky ní je zaručená návaznost péče, i když třeba zrovna někdo od stálého klienta vypadne, že údaje, které jsou jednou zapsané, jsou neměnné. Ano, zabírá mi to čas navíc, ale i administrativa patří do celkového úkonu a je potřeba ji provést. Na druhou stranu je potřeba říci, že díky administrativě je jasné a přehledné vše, co jsem u klienta vykonala a že jsem to provedla tak, jak to provedeno být mělo. A taky že na základě kontroly a vyhodnocení dokumentace je pořád co zlepšovat. Na co jsem si nemohla zprvu zvyknout, bylo, že dokumentace zůstává v sociálním prostředí klienta, a tudíž že musím vše učinit tak, abych stihla provést ještě patřičný záznam a příliš se neopozdila k dalšímu klientovi. Nepřišlo mi to příliš logické, ale je pravda, že pokud náhle vypadne kolegyně nebo kolega a jde za ně zástup, nemusí jet nejprve do agentury pro podklady, ale vše se vyřeší telefonicky a ten dotyčný jede přímo za daným klientem, kde se do dokumentace podívá. Někdy to ale ani není nutné, protože klienti jsou se vším obeznámeni a mnohdy toho ví více, než všichni ostatní.“ (úsměv)

Doplňující otázka: Jsou ve vaší dokumentaci nějaké chyby (gramatika, slang, vulgarismy, zdobněliny...)?

„Osobně jsem se na chyby nesoustředila a nevyhledávala je, takže 100% to říci nemohu. Nemyslím si ale, že by někdo z mých kolegů či kolegyně nedával pozor na to, co píše. Stát se to samozřejmě může, ale určitě vylučuji vulgarismy a gramatiku. Pokud by se nějaké chyby objevily, tak si myslím, že by to byly spíše zdobněliny, žoviální oslovení klientů či zdravotnický slang.“

Respondent R6

„Do agentury domácí péče jsem nastoupila před 14 roky, předtím jsem 6 let pracovala v nemocnici na interně. Mezitím jsem byla téměř 10 let s dětmi doma. Nyní je mi 48 a pracovat v domácí péči mě velmi baví. Vyhovuje mi také volnější pracovní doba, ačkoli finančně se to s platy v nemocnicích nedá srovnávat. Mám několik stálých klientů, o které se starám každý den a také několik klientů, kteří naši péči potřebují pouze dočasně. Jsou to klienti převážně po chirurgických výkonech.“

S ošetrovatelskou dokumentací jsem se v podstatě pořádně a poprvé setkala až tady. Tehdy v nemocnici se nic podobného nevyplňovalo, ačkoli v podstatě se tytéž informace o pacientech sbíraly. Nevybavuji si ani, že bysme se něco podobného učili ve škole. Mám tedy jenom klasickou střední zdravotku. Přemýšlela jsem sice o tom, že si dodělám Brno, ale pak jsem si říkala, že už jsem na to stará a také dlouhé dojíždění mě nakonec odradilo. Takže ošetrovatelskou dokumentaci jsem poznala až tady v agentuře. Zpočátku jsem s ní měla obrovský problém, protože jsem tak docela nechápala, proč se to vypisuje, takže se mi občas stalo, že jsem zapomněla provést záznam nebo jsem napsala naši kdysi oblíbenou formulku: stav dtto. Až asi po roce práce jsem se potkala s jednou bývalou kolegyní z interny a začaly jsme si o tom vyprávět. A já tehdy pochopila, že dělám něco špatně. Pochopila jsem důvody vedení dokumentace a pochopila jsem hlavně to, že je to nejenom nástroj ke zvyšování kvality naší práce a způsob k zajištění pokračování naší péče, ale že tyhle nepopulární a zdržující papíry mohou v případě potřeby ochránit nejen klienta, ale také nás samotné. Takže když jsem konečně pochopila princip ošetrovatelské dokumentace, začala jsem si dávat větší pozor na svoje záznamy. A vyplatilo se mi to. Proto nemám pocit, že by mě ovlivnila praxe, škola nebo věk. Asi před šesti roky jsme celou dokumentaci modernizovali a aktualizovali, snažili jsme se jí zlehčit, takže jsme některé statě vypustili, něco přidali. Bylo to náročné a zdlouhavé, ale určitě to stálo za to, protože teď mám pocit, že se vyplňování opravdu zjednodušilo a usnadňuje mi to práci. I když, jak jsme již říkala, bylo to náročné, protože se jednalo o mnoho schůzek a dohadování, bouřlivé diskuze, mnoho návrhů schválených i zamítnutých. Musím pochválit naše vedení, protože bylo hrozně fajnové a vstřícné, usměrňovalo nás a podporovalo. Bylo úžasné, že nám vlastně v podstatě nechali volnou ruku, i když finální návrh schvalovalo ono. Musím ale přiznat, že jsem na současnou dokumentaci pyšná a beru ho jako svoje dítě. Finální produkt se mi zkrátka moc líbí. Je dobrý v tom, že je rozdělen na několik hlavních oddílů, které v podstatě kopírují ošetrovatelský proces. Součástí ošetrovatelské anamnézy jsou základní údaje o klientovi (tzn. celé jméno, rodné číslo nebo číslo pojištěnce, bydliště, lékařské diagnózy, kontakt na obvodáka, sociální anamnéza) a hlavně samotná ošetrovatelská anamnéza, při jejímž sestavování jsme využili 13 domén podle funkčního

modelu zdraví (jak mě poučili mladší kolegyně vysokoškolačky). Základ je předtištěný a klientem sdělené údaje tam pouze vepíšeme. Údaje lze kdykoli aktualizovat podle nových událostí. Nicméně musíme mít na paměti, že vše, co klient řekne, je pravda, protože nám nepřísluší zkoumat pravdivost údajů. Ošetřovatelské diagnózy máme rámcově předtištěné, vzhledem k tomu, že se u našich klientů často opakují. Tam pak dopíšeme souvislosti, datum založení a postupný průběh. Každá diagnóza má svůj vlastní list, kde se ihned zapíše plán, intervence a zhodnocení. Diagnózy, plán i intervence aktualizujeme podle potřeb klienta, podle jeho momentálních problémů. Na poslední list vykazujeme kódy pro příslušnou pojišťovnu. Vše, co do dokumentace zapíšeme, podepíšeme. Za zápisy ručí každý sám, tedy ten, kdo záznam napsal. Zodpovídá si za obsah, rozsah i případné chyby. Když se nad tím ale zamyslím, tak na chyby jsem zatím nenarazila. Myslím, že si každý dává pozor na to, co píše.

Co se týče uchovávání dokumentace, zůstává v klientově domově. Odnášíme ji pouze v případě kontroly managementem, zřizovatelem nebo pojišťovnou. Významné změny, které se u klienta staly, píšeme v kanceláři do provozní knihy. Je to pro případ náhlé nemoci sestry, aby zástup věděl, co je klientovo největší problém. Proto též záznamy aktualizujeme a pečlivě zapisujeme i tady v té knize.“

Doplňující otázka: Víte, co všechno má ošetřovatelská dokumentace obsahovat dle platné legislativy ČR?

„Abych se přiznala, nikdy jsem naši legislativu nečetla, takže přesně nevím. Ale vzhledem k tomu, že naše dokumentace legislativě odpovídá, tak bych řekla, že tam nemůžou chybět údaje o klientovi, údaje o agentuře, která péči poskytuje, kontakt na obvod'áka, lékařské diagnózy, sociální anamnéza klienta a pak ošetřovatelské záznamy. Tím myslím anamnézu, diagnózu, plán péče, výkony, které sestra provede a také zhodnocení stavu. Nejsem si jistá, jestli tam též nemusí být kódy pro pojišťovnu. Stoprocentně to opravdu nevím.“

Doplňující otázka: Myslíte si, že vaše dokumentace je shodná s dokumentací ostatních agentur domácí péče?

„Vzhledem k tomu, že jsem v žádné jiné agentuře nepracovala, tak nemohu posoudit. Myslím si ale, že si každá agentura upravuje dokumentaci podle svých vlastních potřeb a skvadry klientů, protože co vím, není vytvořen jednotný koncept, který by byl pro všechny poskytovatele stejný.“

Respondent R7

„V agentuře domácí péče jsem začala pracovat při studiu vysoké školy, kdy jsem už nevládala školu a zároveň kolotoč v nemocnici. Tam jsem pracovala 5 let, než jsem se pro studium rozhodla. Rok jsem vydržela tento záprah, nakonec jsem se zdravotně rozhodla tak, že jsem byla nucená přemýšlet o změně zaměstnání. Okolnosti mě přivedly do agentury domácí péče a já jsem usoudila, že za zkoušku nic nedám a že vlastně nemám co ztratit. Takže jsem do agentury nastoupila. Zpočátku jsem z toho byla dost zoufalá, protože jsem z nemocnice byla zvyklá si s pacienty hodně povídat a tady jsem na to měla jen velmi omezený čas, ale nakonec jsem se naučila všechno skloubit. Vysokou jsem při této práci dokončila a v agentuře jsem zůstala. Dneska je mi 28 let a jsem tady již čtvrtým rokem.

S ošetrovatelskou dokumentací jsem se seznámila již ve škole. Od začátku to pro mě byla ztráta času. Možná proto, že jsme dostali befelem, že se to musíme naučit, protože to budeme v práci potřebovat, ale pořádně nám to nikdo nevysvětlil. Beztak to bylo jen takové křížkování čehosi, o čem jsme si tehdy mysleli, že by to mohla být ta správná odpověď k uspokojení pedagoga. A pak jsem viděla, jak to funguje v praxi. Realita byla naprosto jiná. V nemocnici to opravdu fungovalo. Sice tam byla dokumentace velmi rozsáhlá. Ale vypisovala se poctivě a pamatuji si dokonce případ, kdy si rodina stěžovala, že jsme pacienta needukovali o výkonu. Jenže kolegyně ho opravdu poučila, vyplnila záznam a pacient zapsal, že rozuměl a edukační list podepsal. Tím se celá stížnost uzavřela. To byl okamžik, kdy jsem se ujistila, že když se dokumentace vypisuje řádně a poctivě, funguje i zpětná vazba a ochrana, a proto si nemyslím, že by mě v tomto ovlivnil věk, praxe či vzdělání.

Dokumentace se mi zamlouvá hlavně proto, že je to zdroj informací o daném člověku, ať už je to pacient nebo klient, a protože je zde zdokumentována veškerá péče o něm, která na sebe navazuje, tudíž se neprovádějí duplicitní výkony apod. a naopak je tam zaznamenáno vše, co se u klienta provedlo. A je úplně jedno, jestli se jedná o nemocnici nebo o domácí péči. V začátcích naší agentury se prý původně používala dokumentace převzatá z nemocnice a upravená pro potřeby domácí péče. Díky zájmu řadových sester i managementu se postupně aktualizovala podle našich požadavků a samozřejmě také podle měnící se legislativy. Tato verze byla konečná a s touto jsem se zde seznámila i já. Musím přiznat, že já jsem s ní velmi spokojená. Je jednoduchá, přehledná, má vše, co má mít a mně osobně její vyplňování práci rozhodně nepřidělavá. Možná je to tím, že jsem se naučila jí používat. (úsměv) Když se nad tím člověk zamyslí, je opravdu jednoduchá. Ošetřovatelskou anamnézu máme na předtištěných formulářích, kde bylo využito předlohy podle modelu Gordonové, modelu funkčního zdraví. Vyplňuje ji vrchní sestra při prvním setkání s klientem, kdy zjišťuje přesný rozsah péče a seznamuje klienta, ev. společně s jeho rodinou, o podmínkách poskytování domácí ošetřovatelské péče. Když smlouvu podepíší, zajistí vrchní ošetřovatelskou anamnézu a ověří klientovy aktuální problémy. S příslušnou sestrou pak předvytvoří ošetřovatelské diagnózy. V našem případě to znamená, že vložíme formuláře s předtištěnou diagnózou do dokumentace. U klienta pak sestra diagnózy dotvoří a společně s klientem vytvoří plán péče. Prozradí klientovi svoje i jeho úkoly, vyslechne jeho návrhy, vše pak zapíše. V průběhu péče lze intervence k příslušné diagnóze aktualizovat. Snažíme se postupně všechny úkony ponechat na klientovi. Obnovujeme i diagnózy a plán, takže by se sice dalo říci, že jsme v takovém bludném kruhu, ale zase je dokumentace aktuální. A upřímně? Není nic hezčího, když vidíte, že se vám klient lepší a můžete s klidným svědomím napsat do hodnocení, že diagnóza je ukončena. S klientem stále pracujeme a poctivě vše zapisujeme do dokumentace. Za záznam si ručí příslušná sestra, která vykonala úkony a pak vše zapsala. Všechny si pečlivě hlídáme to, co píšeme, čímž se snažíme vyvarovat gramatických chyb, slangových výrazů, zdvořilých či jiných frází, které do úřední listiny nepatří. Zápis je opatřen podpisem a identifikačním razítkem.

Aktuální dekurz uchováváme u klienta, zbytek dokumentace nosíme do agentury pro případ kontroly.“

Doplňující otázka: Víte, co všechno má ošetřovatelská dokumentace obsahovat dle platné legislativy ČR?

„Jé, tak teď jste mě dostala (smích). Určitě jsme se to učili na vysoký, ale musím se přiznat, že stoprocentně to nevím. Předpokládám ale, že tam patří veškeré údaje o klientovi a agentuře. Dále pak celý ošetřovatelský proces. Nevím, zda tam má být i smlouva s klientem a kódy pro pojišťovnu. Vyjmenovat to opravdu nedokážu.“

Doplňující otázka: Myslíte si, že vaše dokumentace je shodná s dokumentací v ostatních (konkurenčních) ADP?

„Ještě jsem neviděla dokumentaci z jiné agentury, ale předpokládám, že ten základ by měl být všude stejný. Předpokládám, že si každá agentura dokumentaci upravuje podle svých potřeb.“