



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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
2015

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 zmapovat současné využití ošetrovatelské dokumentace ve vybraných agenturách domácí péče, zmapovat, jak sestry dokumentaci v domácí péči vnímají, dále pak zjistit, zda sestry v agenturách domácí péče umí s ošetrovatelskou dokumentací pracovat, zmapovat, zda odpovídá používaná dokumentace vybraných agentur platné legislativě a posledním cílem je analýza jednotlivých ošetrovatelských dokumentací vybraných agentur domácí péče. Empirická část byla realizována pomocí kvantitativního šetření dotazníkovou metodou 25 demografických, uzavřených a polo uzavřených otázek a pomocí kvalitativního výzkumu metodou pozorování, kde bylo určeno 8 kategorií a informace zaznamenávány na záznamový arch a následně analyzovány a porovnávány. Výzkumný soubor tvořily řadové sestry a sestry manažerky/manažeři z deseti vybraných agentur Středočeského kraje a hlavního města Prahy a dále pak 7 agentur domácí péče. Obou šetření se zúčastnily pouze 4 ADP, proto bylo použito různé označení (číselné pro kvantitativní výzkum, písmenné pro kvalitativní). Byla zaručena totální anonymita všech agentur.

Kvantitativního šetření se zúčastnilo náhodně vybraných 219 respondentů z deseti agentur domácí péče. Zjišťovalo se pomocí dotazníkového šetření a následného statistického rozboru, zda se potvrdí nebo vyvrátí stanovené hypotézy. H1: Vybrané agentury domácí péče používají u svých klientů ošetrovatelskou dokumentaci. H2: Sestry pracující v domácí péči metodou ošetrovatelského procesu vnímají ošetrovatelskou dokumentaci kladně. H3: Sestry umí s ošetrovatelskou dokumentací pracovat. H4: Ošetrovatelská dokumentace vybraných agentur domácí péče vychází z platné legislativy České republiky. H5: Vybrané agentury domácí péče mají shodnou ošetrovatelskou dokumentaci. Po sesbírání a zpracování dat proběhlo statistické zpracování pomocí Pearsonova chi kvadrát testu nezávislosti, kde dle výsledků se zamítly všechny nulové hypotézy H_0 a přijaly se (potvrdily se) hypotézy alternativní.

Kvalitativní šetření proběhlo v 7 agenturách domácí péče. Nejprve se z dokumentace vybralo osm základních prvků, které bylo možné kategorizovat, a na základě toho se provedla analýza jednotlivých dokumentací. Do kategorií bylo zařazeno: způsob vyplňování, přehlednost, anamnéza, odborná terminologie, soulad dokumentace s fázemi ošetrovatelského procesu, duplicitní údaje, fyzikální vyšetření sestrou a rozpor s legislativní normou. Data ze všech agentur byly zaneseny do záznamových archů a následně analyzovány a porovnávány. Z šetření vyplynulo, že ošetrovatelská dokumentace stále není jednotná, je mnoho způsobů vyplňování, různé agentury si ji upravují dle svých potřeb, nicméně vždy odpovídá právní normě.

Výsledky výzkumného šetření pomohly zmapovat úroveň ošetrovatelské dokumentace v domácí ošetrovatelské péči a přístupu sester k ní. Mohou být inspirací nejen pro zdravotnický management, ale i pro „řadové“ sestry ke zlepšení přístupu k ošetrovatelské dokumentaci jako celku a zároveň mohou posloužit jako určité vodítko k vytvoření funkční ošetrovatelské dokumentace pro agentury domácí péče, která bude jasná, jednoduchá, přehledná, stručná, ale zároveň která bude vypovídat maximum o klientovi a jeho plánu ošetrovatelské péče včetně všech náležitostí. Výsledky diplomové práce by mohly být přínosné nejenom pro pracovníky v agenturách domácí péče, ale i pro všechny nelékařské profese a mohou posloužit i k dalšímu (hlubšímu) výzkumu.

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 map the current use of nursing documentation in selected home care agencies, mapping, documentation of how nurses in home care is perceived, then determine whether nurses in home care agencies can do with nursing documentation work chart that corresponds to the selected agencies used documentation relevant legislation and the final goal is to analyze the nursing documentation of selected home care agencies. The empirical part was carried out using a quantitative survey questionnaire method 25 demographic, closed and semi-closed questions and using qualitative research method of observation, which was addressed to 8 categories and the information recorded on the answer sheet and then analyzed and compared. The research sample consisted of staff nurses and nurse managers / executives from ten selected agencies of the Central Region and the capital city of Prague and then 7 home care agencies. Both participated in the survey, only 4 ADP therefore used different markings (figures for quantitative research, qualitative literal). It guarantees total anonymity of all agencies.

Quantitative survey was attended by 219 randomly selected respondents in ten home care agencies. It was examined by means of questionnaires and subsequent statistical analysis whether to confirm or disprove the hypothesis. H1: Selected home

care agencies use in their clients nursing documentation. H2: Nurses working in home care using the nursing process, nursing documentation is perceived positively. H3: Nurses can work with nursing documentation. H4: Nursing documentation of selected home care agencies based on valid legislation of the Czech Republic. H5: Selected home care agencies have the same nursing documentation. After collecting and processing statistical processing was carried out using Pearson's chi square test of independence, which according to the results rejected for all the null hypothesis H0 and take it (to confirm) alternative hypotheses.

The qualitative survey was conducted in 7 home care agencies. First, the documentation has chosen eight basic elements that could be categorized, and based on that analysis was performed on individual files. Until categories were included: how to fill, clarity, history, terminology, documentation compliance with the phases of the nursing process, duplicate data, physical examination sister and conflict with the legislative norm. Data from all the agencies were entered into the record sheets and then analyzed and compared. The investigation showed that the nursing documentation is still not unified, there are many ways filling, various agencies to govern it according to their needs, but always meets the legal standard.

The results of the survey helped map the level of nursing documentation in home nursing care and nurses access to it. Can be an inspiration not only for the medical management but also for "ordinary" nurses to improve access to nursing documentation as a whole, and also can serve as a guide to create a functional nursing documentation for home care agencies, that is clear, simple, clear, concise, but who will testify maximum client and its nursing care plan, including all the particulars. The results of the thesis could be beneficial not only for workers in the home care agencies, but also for all non-medical professions and can serve as the further (deeper) research.

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

V Českých Budějovicích dne 13. 8. 2015

.....

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, také všem sestřám z agentur domácí péče, které se podílely na výzkumu a v neposlední řadě mé rodině za trpělivost a obětavost.

Obsah

Úvod	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Historie domácí péče.....	12
1.1.1 Průřez historií domácí péče v zahraničí.....	12
1.1.2 Přehled historie domácí péče v České republice.....	13
1.1.3 Domácí péče v ČR v číslech.....	15
1.2 Činnost profesionálních skupin v České republice	20
1.3 Poskytování komplexní domácí péče v ČR	23
1.3.1 Zdravotně-sociální péče.....	25
1.3.2 Kompetence sester v domácí péči	32
1.4 Zdravotnická dokumentace obecně.....	35
1.4.1 Ošetrovatelská dokumentace	39
1.4.2 Ošetrovatelská dokumentace v domácí ošetrovatelské péči	46
2 EMPIRICKÁ ČÁST.....	51
2.1 Cíl práce	51
2.2 Hypotézy	51
3 METODIKA PRÁCE.....	52
3.1 Použité metody.....	52
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	53
4 Výsledky šetření.....	54
4.1 Demografické údaje respondentů v grafech.....	54
4.2 Zpracování dotazníků pomocí grafů	61
4.3 Analýza vybraných prvků ošetrovatelské dokumentace	81
5 Seznam použitých zdrojů.....	95
6 Klíčová slova	108
7 Přílohy	109

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

Atd. – a tak dále

Apod. – a podobně

Event. – eventuelně

Mj. – mimo jiné

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 kontinuity 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 taktéž ke zvyšování počtu osob závislých na pomoci osoby druhé, předpovídají 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. Alžbětkami, 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 byla 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. (Misoniová, 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 nekorespondují 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 pout' 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 fakulních 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 hrazena 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) 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 ošetrovatelství 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 transformujících 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 ošetrovateľská 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.“ (Misoniová, 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. (Misoniová, 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 ošetrujícím lékařem klienta. Sociální péči a pomoc určuje sociální diagnostika klienta a jeho prostředí. Řadí se sem např. pečovatelská služba, sociální dávky, sociální handicap 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 katétrů, 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. (Misconiová, 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 ošetřovatelskou péči charakterizuje několik aspektů např., že v dané zemi či konkrétním zdravotnickém zařízení existuje jasná koncepce ošetřovatelství, dále že ošetřovatelská péče je poskytována metodou ošetřovatelského procesu, je odvozená od potřeb klienta a jsou respektována práva klientů/pacientů, také že poskytování ošetřovatelské 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 ošetřovatelská 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, nepochopením 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 sestry 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 léčivými, 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. transplantační 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 2005)

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. Usměruje 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)

Kvalitní vedení ošetrovatelské dokumentace je odrazem úrovně profesionální praxe, protože správné, vhodné a efektivní vedení této dokumentace je vizitkou kvalifikovaného odborníka. Naopak se dá říci, že špatně vedená a neúplná dokumentace

často skrývá i širší problémy praxe určitého jednotlivce či zdravotnického zařízení. (ČAS, 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. (Vondráček, 2008, Škrla, 2008) Nečitelnost záznamů může vyvolat značné obtíže, a proto je nutné mít stále na paměti, že ošetrovatelská dokumentace chrání nejen klienta samotného, ale také všechny členy multidisciplinárního týmu. Toto pochybení je jedním z nejčastějších upozornění u soudních přelíčení a nese sebou právní následky. (Vondráček, 2008, NANDA, 2010) 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. (Vondráček, 2008, 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 zdrobnělin 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 škrtnutí 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, což usnadňuje následnou kontinuitu a individualitu jejich péče, avšak podle výzkumu by měla být věnována větší pozornost přesnosti ošetrovatelské 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 totiž 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 ošetřující 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, 2009, 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, a to buď formou písemnou, nebo v elektronické podobě. 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

ošetřovatelským postupům, např. pro jiné zdravotnické zařízení, zařízení sociálních služeb nebo agenturu domácí péče. Vyhláška též říká, že rozsah jednotlivých obsahových součástí záznamu o ošetřovatelské péči může poskytovatel zdravotních služeb přizpůsobit charakteru poskytované ošetřovatelské péče. (Vyhláška 98/2012 Sb.)

Totéž v podstatě udává i australská studie, ze které vyplývá, že ošetřovatelská 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 ošetřovatelské zhodnocení stavu klienta je první fází ošetřovatelského 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 ošetřovatelské diagnózy a pro plánování klientovy individuální péče. Přesnost a úplnost ošetřovatelského posouzení určuje přesnost dalších kroků ošetřovatelského procesu. Pro hodnocení ošetřovatelské 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 ošetřovatelské 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 epikrizy 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 dle Kalvacha by samozřejmě neměla chybět ani závěrečná zpráva při vyřazení klienta ze systému integrované domácí ošetřovatelské 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 ošetřovatelského 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 ošetřovatelské praxe“ vydala Americká asociace sester. V ČR byl přijat jako metoda ošetřovatelské 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 sestřám 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, 2006)

Ošetrovatelský proces má svoje výhody pro pacienty i pro sestry. Mezi výhody pro pacienta řadíme co nejkvalitnější plánování ošetrovatelské péče uspokojující jak potřeby klienta, tak jeho rodiny, ale i komunity a celé společnosti. Další výhody spočívají v návaznosti a kontinuitě péče o klienta nebo účast samotného klienta na ošetrovatelské péči. Pro sestry spočívají výhody v tom, že se mohou vyhnout případnému rozkolu se zákonem. Ošetrovatelský proces dále sestře napomáhá 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 ošetrovatelského procesu co nejlépe zužitkovat a uplatnit. (Mastiliaková, 2005, 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, proškrtně 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 oslovování 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 ošetřovatelské diagnózy. Tu sestra zpracuje na základě ošetřovatelské anamnézy, léčby stanovené lékařem a fyzikálního vyšetření klienta. Ošetřovatelskou 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 ošetřovatelských 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 ošetřovatelskou péči. (Nejedlá 2015)

Do ošetřovatelské 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 zvlášť 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, palpitace,

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 sebevnímání, 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, 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. Zmapovat současné využití ošetrovatelské dokumentace ve vybraných agenturách domácí péče.
2. Zmapovat, jak sestry dokumentaci v domácí péči vnímají.
3. Zjistit, zda sestry v agenturách domácí péče umí s ošetrovatelskou dokumentací pracovat.
4. Zmapovat, zda odpovídá používaná dokumentace vybraných agentur platné legislativě.
5. Analýza jednotlivých ošetrovatelských dokumentací vybraných agentur domácí péče.

2.2 Hypotézy

H1: Vybrané agentury domácí péče používají u svých klientů ošetrovatelskou dokumentaci

H2: Sestry pracující v domácí péči metodou ošetrovatelského procesu vnímají ošetrovatelskou dokumentaci kladně

H3: Sestry umí s ošetrovatelskou dokumentací pracovat

H4: Ošetrovatelská dokumentace vybraných agentur domácí péče vychází z platné legislativy České republiky

H5: Vybrané agentury domácí péče mají shodnou ošetrovatelskou dokumentaci

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Použité metody

Pro sběr dat byla použita metoda kvantitativního i kvalitativního výzkumu.

K naplnění cílů práce pomocí kvantitativního šetření bylo využito dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval 25 otázek (viz Příloha 3). Otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6 znázorňovaly demografické údaje respondentů. Otázky č. 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 a 23 byly uzavřené, zbylé otázky (10, 11, 13, 24 a 25) polouzavřené. Dotazník byl určen pro sestry pracující v agenturách domácí péče, byl anonymní a sestaven pouze pro účely této diplomové práce. Byl distribuován přímo do vybraných agentur domácí péče. Výsledky byly vyhodnoceny pomocí grafů programem Microsoft Office Word 2007. Pro ověření hypotéz bylo využito Pearsonova chí kvadrát testu nezávislosti (chí kvadrát statistika a P-hodnota) - zpracováno statistikem.

K hypotézám se vztahují tyto otázky:

H1: Vybrané agentury domácí péče používají u svých klientů ošetrovatelskou dokumentaci – otázka č. 7, 8, 9

H2: Sestry pracující v domácí péči metodou ošetrovatelského procesu vnímají ošetrovatelskou dokumentaci kladně – otázka č. 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18

H3: Sestry umí s ošetrovatelskou dokumentací pracovat – otázka č. 12, 19, 20

H4: Ošetrovatelská dokumentace vybraných agentur domácí péče vychází z platné legislativy České republiky – otázka č. 21, 22

H5: Vybrané agentury domácí péče mají shodnou ošetrovatelskou dokumentaci – otázka č. 23, 24, 25

Pro kvalitativní šetření bylo použito metody přímého strukturovaného pozorování, kde bylo zvoleno osm kategorií. Záznam byl proveden do záznamového archu (viz Příloha 2), 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.

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

Výzkumný soubor pro kvantitativní šetření tvořily sestry a manažeři/manažerky deseti náhodně vybraných agentur domácí péče fungujících na území Středočeského kraje a hlavního města Prahy. Bylo rozdáno 250 dotazníků, z nichž se vrátilo 225 vyplněných kusů, vyřazeno muselo být 6 dotazníků. Celkové šetření tedy proběhlo na základě 219 dotazníků ze všech deseti agentur domácí péče, což je 88% návratnost.

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření tvořilo 7 náhodně vybraných agentur domácí péče Středočeského kraje a hlavního města Prahy.

Obou šetření se účastnily pouze 4 agentury domácí péče, proto bylo voleno jiné označení pro respondenty z agentur domácí péče v kvantitativním výzkumu (číselná řada) a agentur domácí péče z kvalitativního výzkumu (písmena).

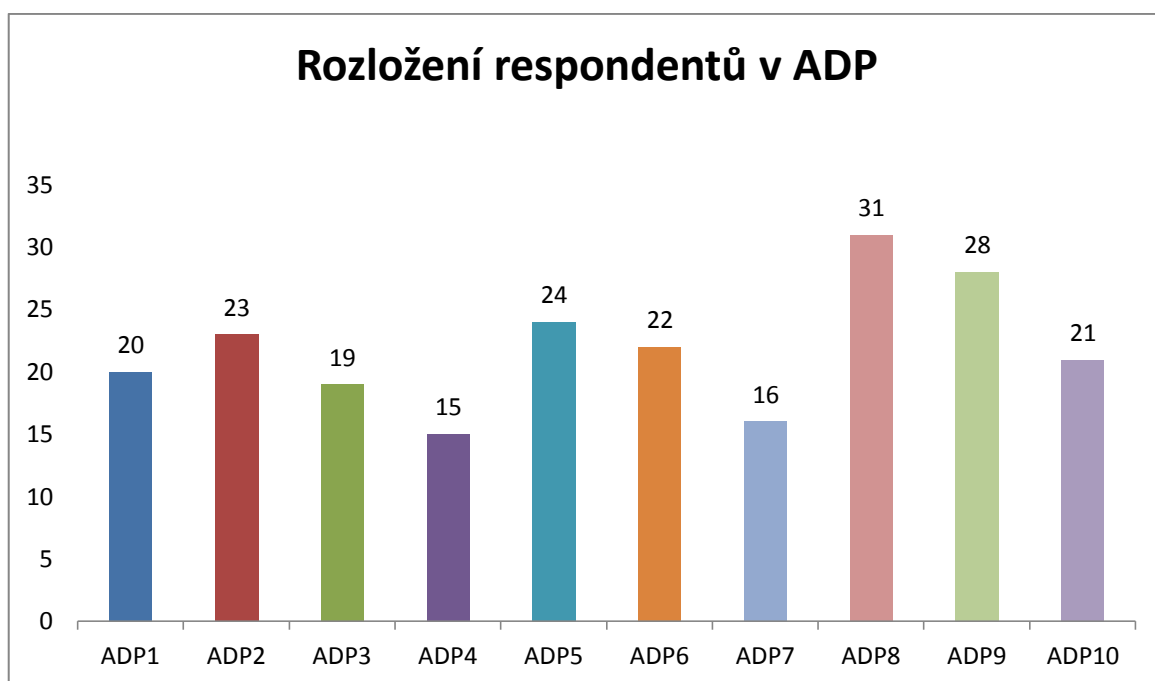
Důležitým a v podstatě jediným kritériem pro výběr výzkumného souboru pro oba typy výzkumu byla chuť spolupracovat při šetření tohoto stále ještě dosti ožehavého tématu, neboť mnoho oslovených agentur tuto spolupráci odmítlo. Vedení vybraných agentur domácí péče bylo ujistěno o anonymitě při zpracování a prezentování výsledků v této práci. Z tohoto důvodu nelze jmenovat konkrétní agentury domácí péče.

Sběr dat probíhal v období červen až srpen 2015.

4 Výsledky šetření

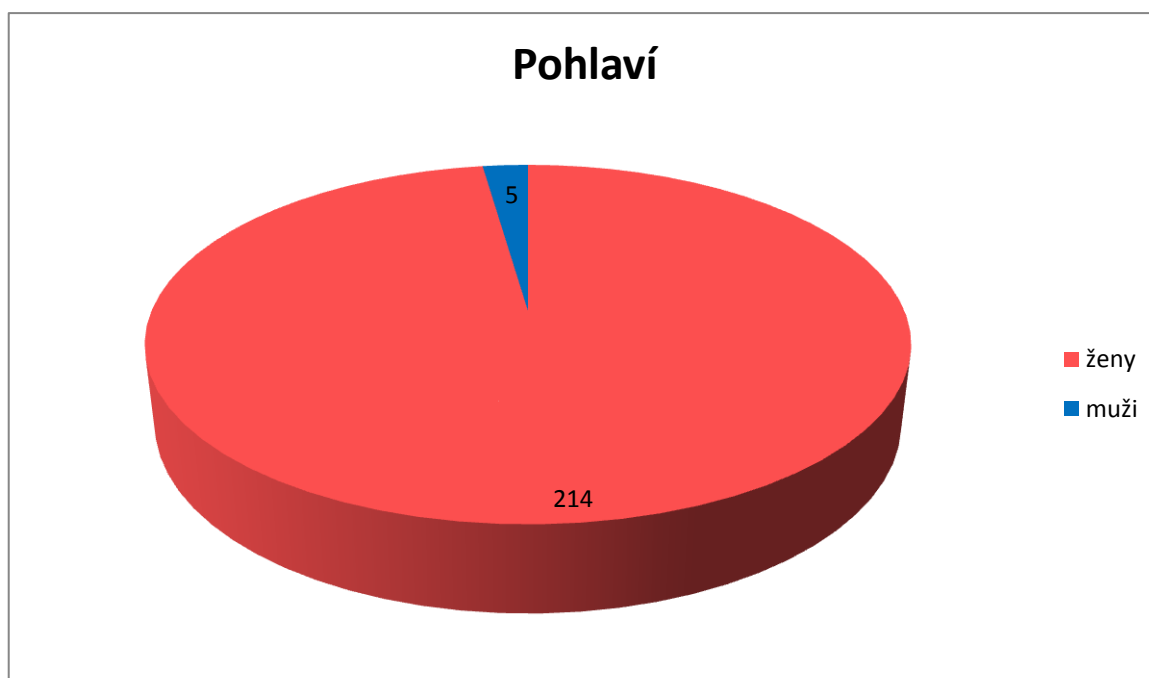
4.1 Demografické údaje respondentů v grafech

Graf 1 Rozložení respondentů v daných agenturách



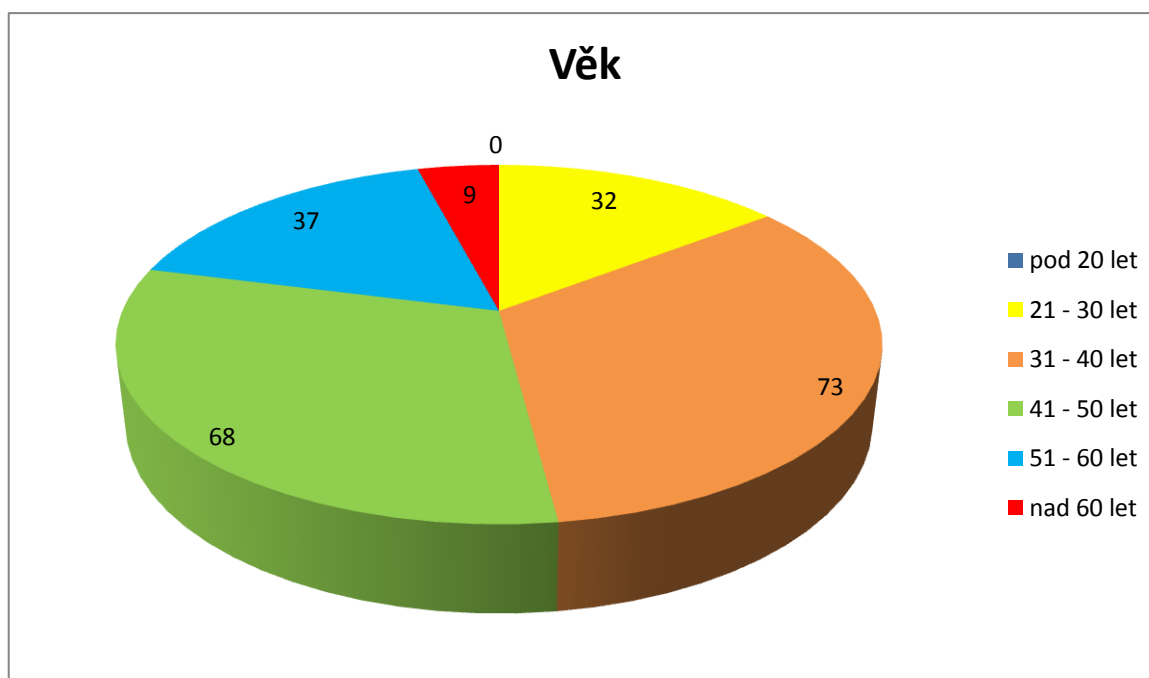
Celkem se na vyplnění dotazníku podílelo 219 respondentů (100 %) z deseti agentur domácí péče. Z ADP1 to bylo 20 respondentů (9 %), z ADP2 23 respondentů (11 %), z ADP3 19 respondentů (9 %), z ADP4 pak 15 respondentů (6 %), z ADP5 24 respondentů (11 %), z ADP6 22 respondentů (10 %), z ADP7 16 respondentů (7 %), z ADP8 31 respondentů (14 %), z ADP9 28 respondentů (13 %) a z ADP10 21 respondentů (10 %).

Graf 2 **Rozdělení respondentů dle pohlaví**



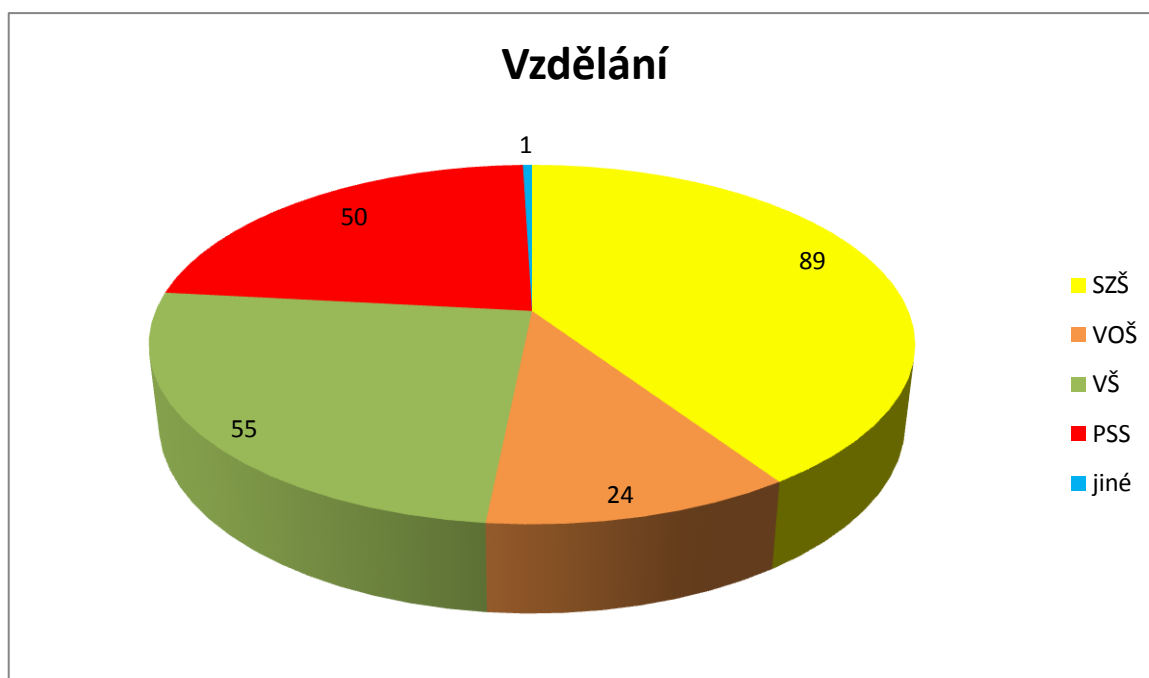
Z celkového počtu 219 respondentů (100 %) bylo 214 žen (98 %) a 5 mužů (2 %).

Graf 3 **Rozdělení respondentů podle věku**



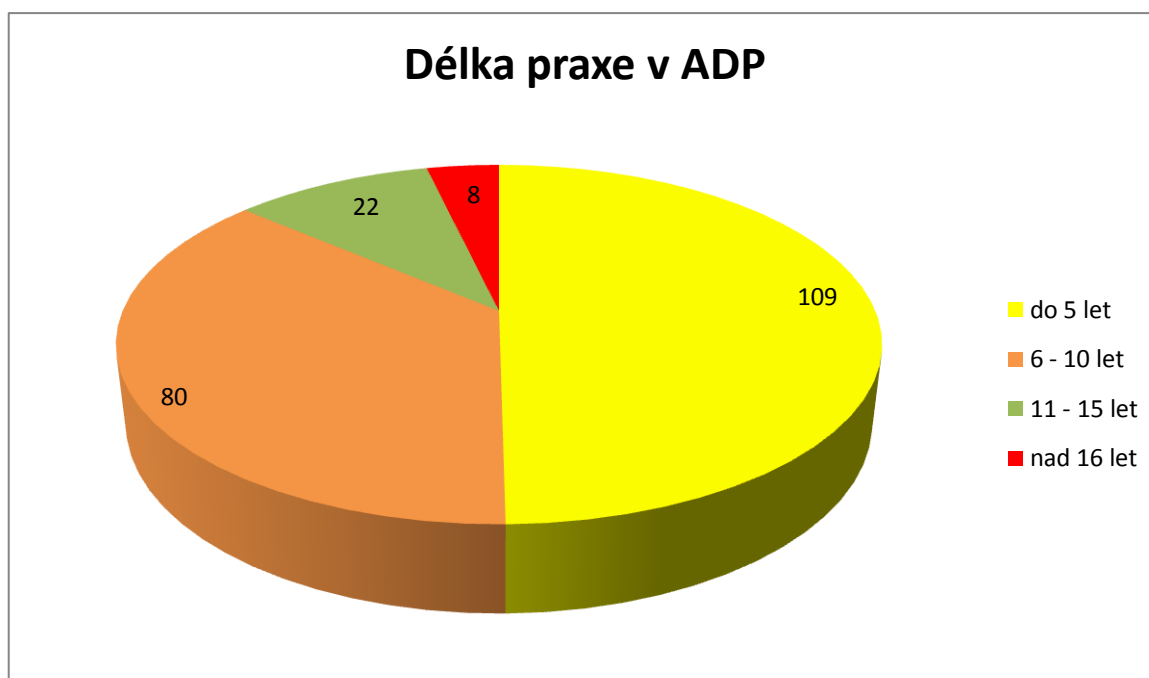
Rozdělení 219 respondentů (100 %) dle věku čítá tyto data: pod 20 let nebyl žádný respondent (0 %), ve věku do 30 let bylo 32 respondentů (15 %), ve věku 31 – 40 let bylo 73 respondentů (33 %), ve věku 41 – 50 let odpovídalo 68 respondentů (31 %), ve věku 51 – 60 let bylo 37 respondentů (17 %) a ve věku nad 60 let se zúčastnilo 9 respondentů (4 %).

Graf 4 **Rozdělení respondentů dle vzdělání**



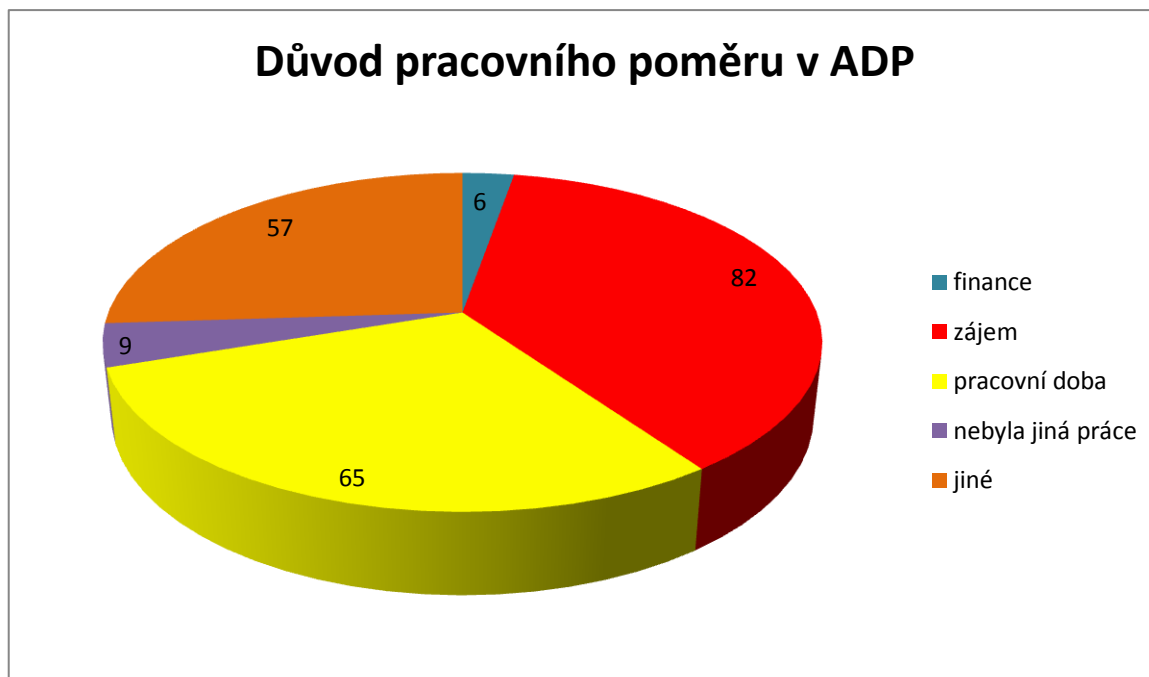
Podle vzdělání se 219 respondentů (100 %) dělí na respondenty s ukončeným vzděláním na SZŠ v počtu 89 (40 %), na VOŠ v počtu 24 (11 %), na VŠ v počtu 65 (25 %), PSS v počtu 50 (23 %) a jiné vzdělání udává 1 respondent (1%).

Graf 5 **Rozdělení respondentů dle délky praxe v ADP**



Dle délky praxe v agentuře domácí péče lze respondenty rozdělit na ty, co v agentuře pracují max. 5 let – celkový počet těchto respondentů je 109 (50 %), dále na ty, co v agentuře pracují 6 – 10 let v počtu 80 respondentů (37 %), 11 – 15 let v počtu 22 respondentů (10 %) a na ty, kteří v agentuře pracují 16 let a více, tj. 8 respondentů (3 %)

Graf 6 **Rozdělení respondentů dle důvodu pracovního poměru v ADP**



Tento graf znázorňuje rozdělení všech 219 respondentů (100 %) v souvislosti s důvodem pracovního poměru v agentuře domácí péče. Celkem 82 respondentů (37 %) uvedlo jako důvod zájem o tuto práci. 65 respondent (30 %) uvedlo jako důvod pracovního poměru v ADP pracovní dobu. Jen 6 respondentů (3 %) uvedlo jako důvod finanční ohodnocení a 9 respondentů (4 %), že zrovna nebyla žádná jiná pracovní pozice. 57 respondentů (26 %) uvedlo jiný důvod, kdy nejčastěji bylo uváděno, že toto zaměstnání je vhodné ke studiu na VŠ nebo jako práce na dohodu o pracovní činnosti/dohodu o provedení práce, dále pak jako důvod zvolili volnost, samostatnost, originalitu v práci a odpovědnost.

Graf 7 **Rozdělení respondentů dle pracovní pozice**



Dle pracovní pozice bylo možné respondenty rozdělit na řadové sestry a sestry manažerky. V celkovém počtu 219 respondentů (100 %) se nacházelo 211 řadových sester (96 %) a 8 sester manažerek (4 %).

4.2 Zpracování dotazníků pomocí grafů

Graf 8 Používání ošetrovatelské dokumentace v ADP



Tento graf znázorňuje používání ošetrovatelské dokumentace v agenturách domácí péče dle odpovědí respondentů. Z celkového počtu 219 respondentů (100 %) odpovědělo ano (ve smyslu používání) 182 respondentů (83 %) a spíše ano 22 respondentů (10 %). Spíše ne zaškrtnulo 10 sester (5 %) a dokumentaci nepoužívá 5 respondentů (2 %).

K této otázce se vztahuje vyhodnocení první hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Agentury domácí péče používají u svých klientů ošetrovatelskou dokumentaci ve stejném poměru. Na základě výpočtu Pearsonova chí kvadrát testu nezávislosti, kdy chí kvadrát statistika je 379,1279 a P-hodnota (hladina významnosti) téměř 0, zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu: Vybrané agentury domácí péče používají u svých klientů ošetrovatelskou dokumentaci.

Z tohoto úhlu pohledu se **hypotéza H1 potvrdila.**

Graf 9 **Rozdělení respondentů dle formy ošetrovatelské dokumentace**

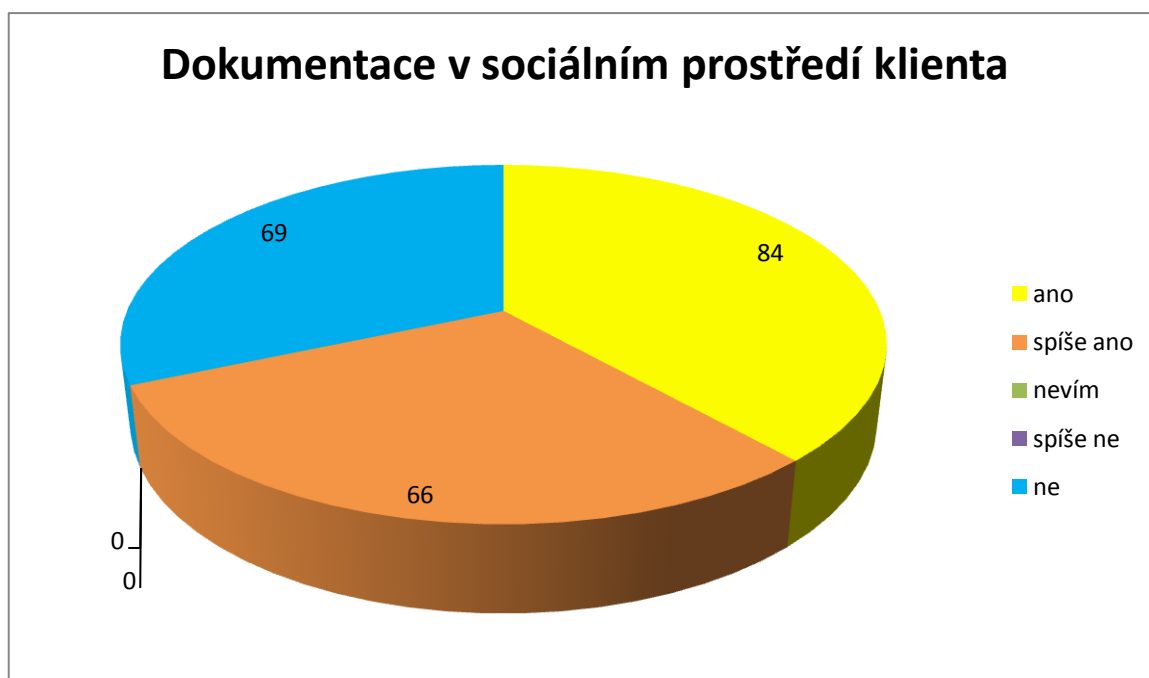


Dle formy ošetrovatelské dokumentace lze odpovědi respondentů rozdělit takto: používání listinné formy ošetrovatelské dokumentace označilo 116 respondentů (53 %), používání elektronické dokumentace 103 respondentů (47 %).

K této otázce se vztahuje vyhodnocení první hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Není významný rozdíl mezi používáním listinné či elektronické dokumentace v agenturách domácí péče. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 0,77168 a P-hodnota 0,379 (hladina významnosti jsme si stanovili na 0,05, tj. 5 %). Z důvodu P-hodnoty vyšší než 0,05 nezamítáme nulovou hypotézu.

Graf 10 **Ponechání ošetrovatelské dokumentace v sociálním prostředí klienta**



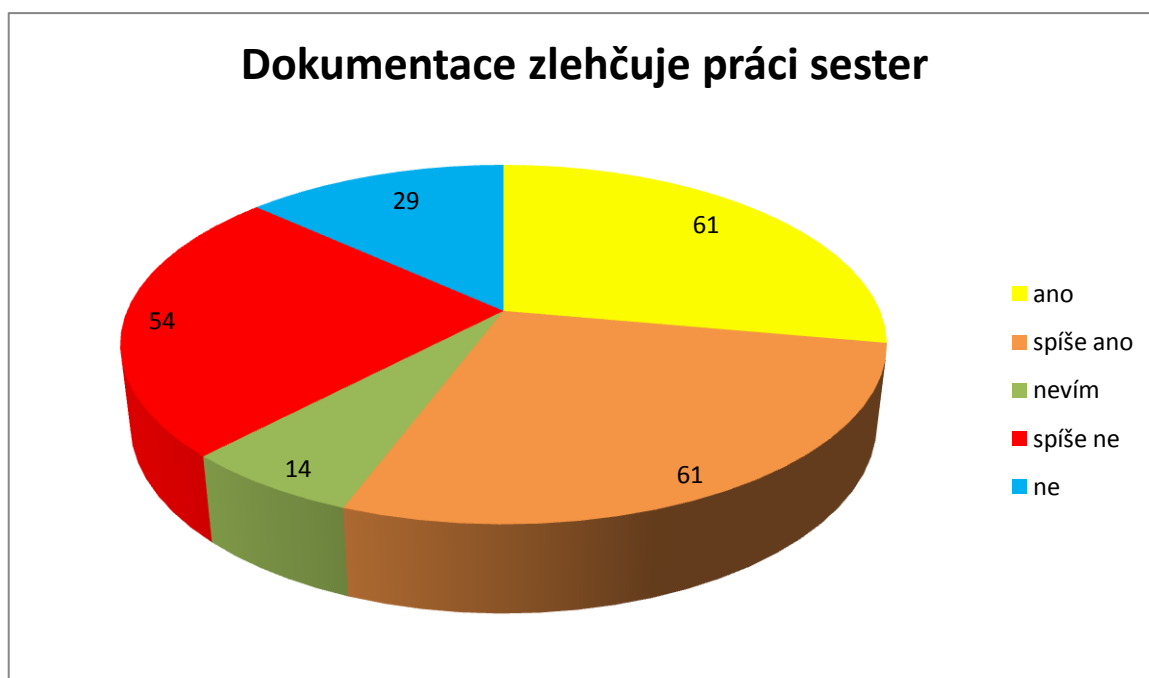
Z tohoto grafu lze vyčíst, že z celkového počtu 219 respondentů (100 %), 84 sester (38 %) ze všech testovaných ADP odpovědělo, že ošetrovatelskou dokumentaci ponechávají v sociálním prostředí klienta, tj. u něho doma, dále pak 66 respondentů (30 %) označilo odpověď spíše ano a 69 respondentů (32 %) udalo, že si ošetrovatelskou dokumentaci od klienta odnáší, tj. nenechávají ji v sociálním prostředí klienta.

K této otázce se též vztahuje vyhodnocení první hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: *Není významný rozdíl v ponechávání ošetrovatelské dokumentace v sociálním prostředí klienta.* Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti činí chí kvadrát 2,5479 a P-hodnota 0,279. Nezamítáme proto nulovou hypotézu a počet ano není významně větší než jiných odpovědí. Avšak v případě, že sloučíme odpovědi ano a spíše ano dohromady, pak by nulová hypotéza zamítnuta byla, neboť hodnota 150 (84 respondentů ano, 66 respondentů spíše ano) je vyšší než hodnota 69 (respondenti, kteří udali ne). Z tohoto důvodu pak přijímáme alternativní hypotézu H_1 : *Vybrané agentury domácí péče používají u svých klientů ošetrovatelskou dokumentaci.*

První hypotézu přijímáme.

Graf 11 Ošetrovatelská dokumentace zlehčuje práci sester



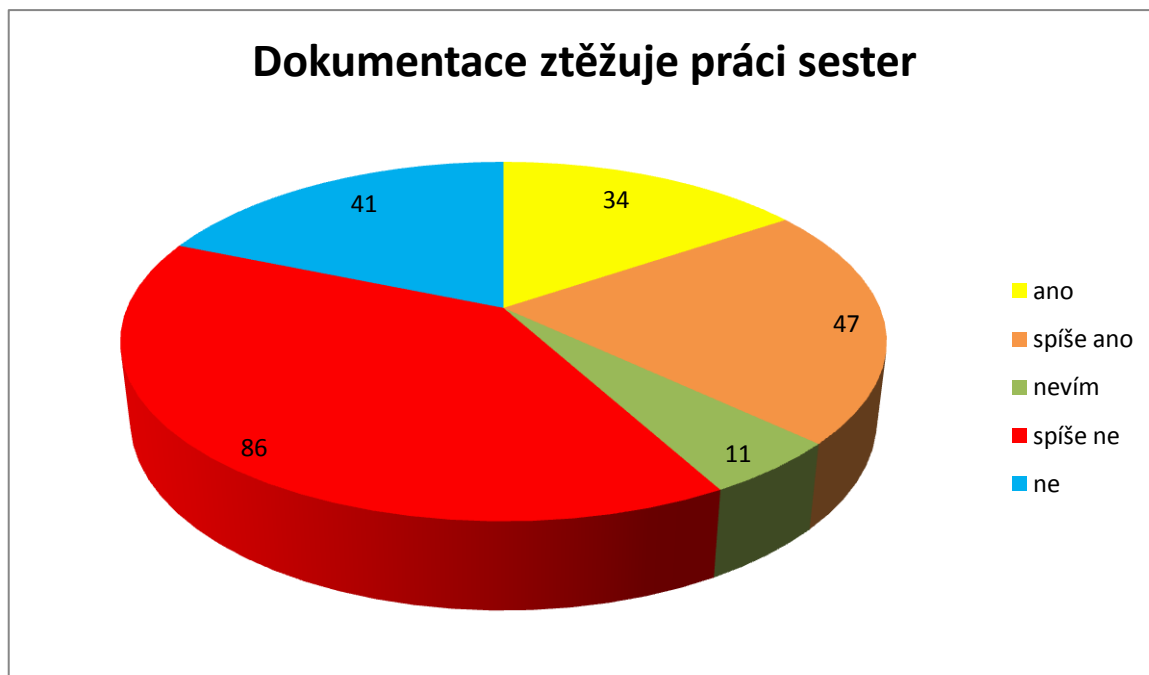
Graf 11 osvětluje názory respondentů na to, zda ošetrovatelská dokumentace zlehčuje práci sester. Z celkového počtu 219 respondentů (100 %) 61 sester (28 %) uvádí, že ano, 61 sester (28 %) zaškrtno možnost spíše ano, 14 respondentů (6 %) nevědělo, 54 sester (25 %) udalo spíše ne a 29 respondentů (13 %) si myslí, že ošetrovatelská dokumentace sestřím práci nezlehčuje.

K této otázce se vztahuje vyhodnocení druhé hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Sestry nevnímají ošetrovatelskou dokumentaci jako svého „pomocníka“. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 41,15982 a P-hodnota je menší než 0,05 a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H_2 : Sestry pracující v domácí péči metodou ošetrovatelského procesu vnímají ošetrovatelskou dokumentaci kladně.

Druhou hypotézu přijímáme.

Graf 12 Ošetrovatelská dokumentace ztěžuje práci sester



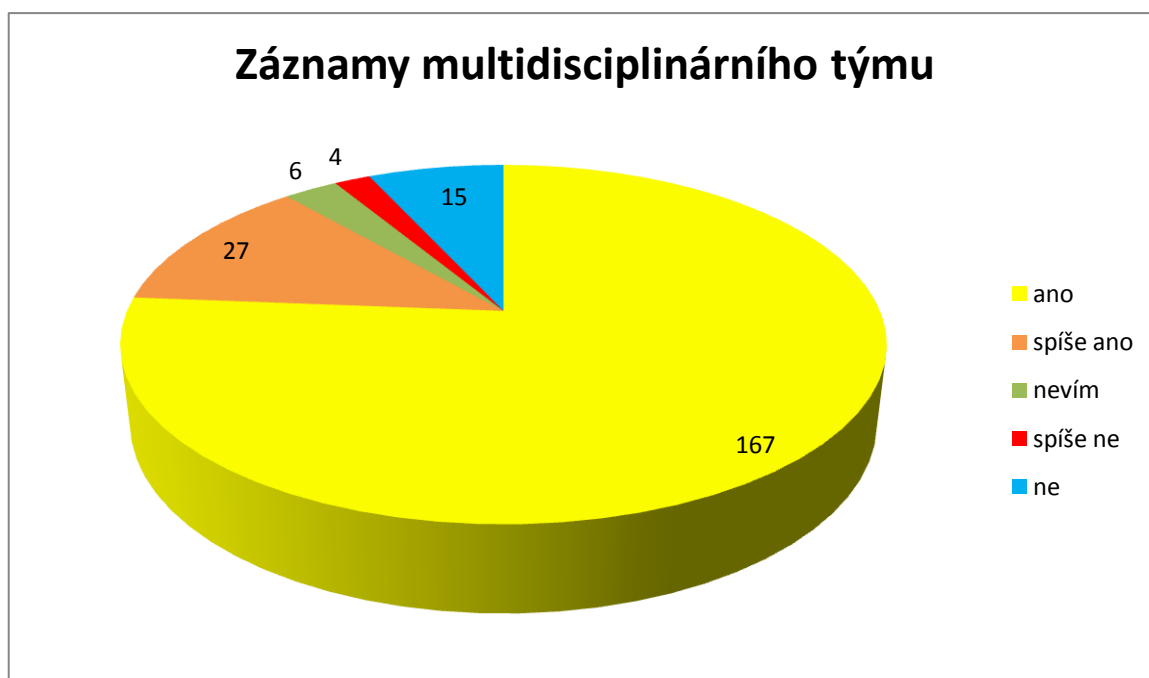
Graf znázorňuje odpovědi všech respondentů (100 %) na otázku, zda ošetrovatelská dokumentace práci sester ztěžuje. 34 respondentů (16 %) odpovědělo, že ano, 47 respondentů (21 %) spíše ano, 11 sester (5 %) nevědělo, 86 respondentů (39 %) odpovědělo spíše ne a 41 respondentů (19 %) ne.

K této otázce se vztahuje vyhodnocení druhé hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Sestry nevnímají ošetrovatelskou dokumentaci jako svého „pomocníka“. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 68,82648 a P-hodnota je menší než 0,05 a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H_2 : Sestry pracující v domácí péči metodou ošetrovatelského procesu vnímají ošetrovatelskou dokumentaci kladně.

Druhou hypotézu přijímáme.

Graf 13 Záznamy všech členů multidisciplinárního týmu



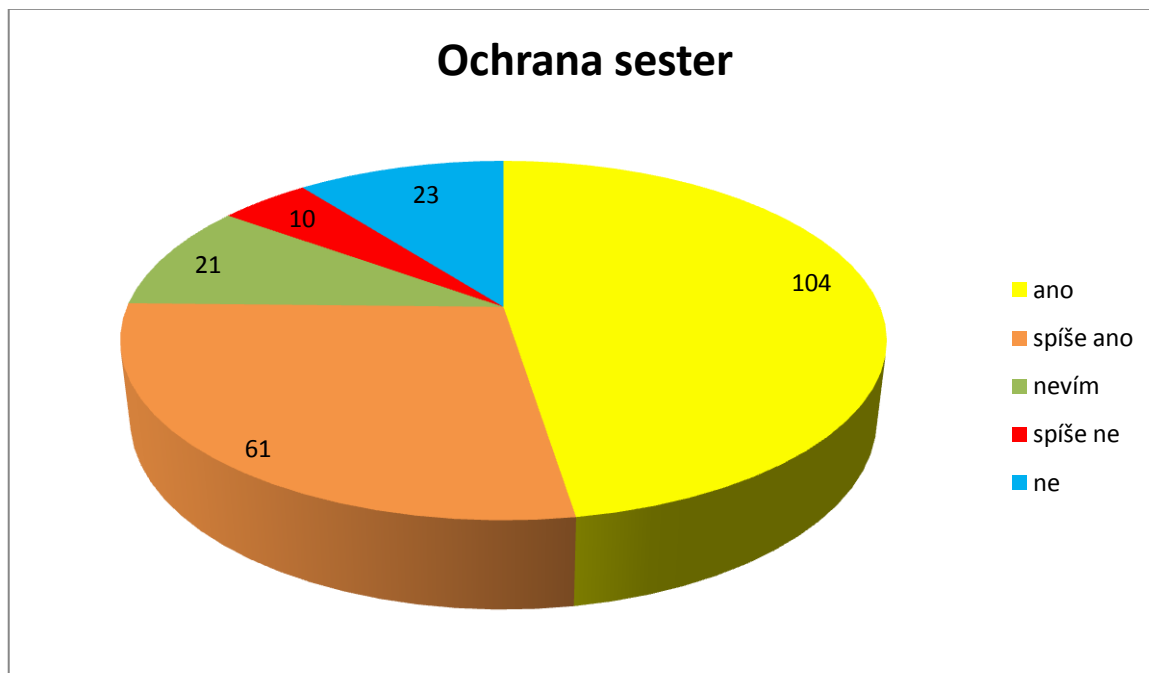
Graf znázorňuje odpovědi respondentů v problematice zaznamenávání všech členů multidisciplinárního týmu. Z celkového počtu 219 sester (100 %) jich 167 (76 %) zvolilo odpověď ano, 27 sester (12 %) spíše ano, 6 respondentů (3 %) nevím, 4 sestry (2 %) spíše ne a 15 respondentů (7 %) ne.

K této otázce se vztahuje vyhodnocení třetí hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Není rozdíl ve zpracovávání jednotlivých částí ošetrovatelské dokumentace. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 440,7032 a P-hodnota je menší než 0,05 a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H_3 : Sestry umí s ošetrovatelskou dokumentací pracovat.

Třetí hypotézu přijímáme.

Graf 14 Ošetrovatelská dokumentace jako ochrana sester



Na grafu 14 můžeme vidět rozložení odpovědí respondentů, kterých jsme se ptali, zda mají pocit, že je ošetrovatelská dokumentace chrání. 104 sester (47 %) odpovědělo ano, 61 respondentů (28 %) spíše ano, 21 sester (10 %) zaškrtnlo nevím, 10 respondentů (4 %) spíše ne a 23 sester (11 %) má pocit, že je ošetrovatelská dokumentace nechrání. Nejčastěji respondenti viděli důvody ochrany v případě potíží s klientem nebo rodinou, při neadekvátním chování klienta či jeho rodiny, dále pak při úrazech či pádech, v případě soudního sporu nebo při vyúčtování pojišťovně. Negativa spatřovali v tom, že jejich ošetrovatelská dokumentace není tak dokonalá, aby je např. u soudu ochránila.

K této otázce se vztahuje vyhodnocení druhé hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Sestry nevnímají ošetrovatelskou dokumentaci jako svého „pomocníka“. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 137,3242 a P-hodnota je menší než 0,05 a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H_2 : Sestry pracující v domácí péči metodou ošetrovatelského procesu vnímají ošetrovatelskou dokumentaci kladně.

Druhá hypotéza se potvrdila.

Graf 15 Ošetřovatelská anamnéza



Znázorněný graf představuje odpovědi respondentů týkající se ošetřovatelské anamnézy v ošetřovatelské dokumentaci. Z celkového počtu 219 respondentů (100 %) odpovědělo 137 (63 %), že jejich ošetřovatelská dokumentace obsahuje ošetřovatelskou anamnézu. 82 dotázaných (37 %) pak zaškrtnulo, že ošetřovatelskou anamnézu ve svojí dokumentaci nemají.

K této otázce se vztahuje vyhodnocení druhé hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Sestry nevnímají ošetřovatelskou dokumentaci jako svého „pomocníka“. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 13,81279 a P-hodnota je menší než 0,05 a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H_2 : Sestry pracující v domácí péči metodou ošetřovatelského procesu vnímají ošetřovatelskou dokumentaci kladně.

Graf 16 Ošetrovatelská diagnóza

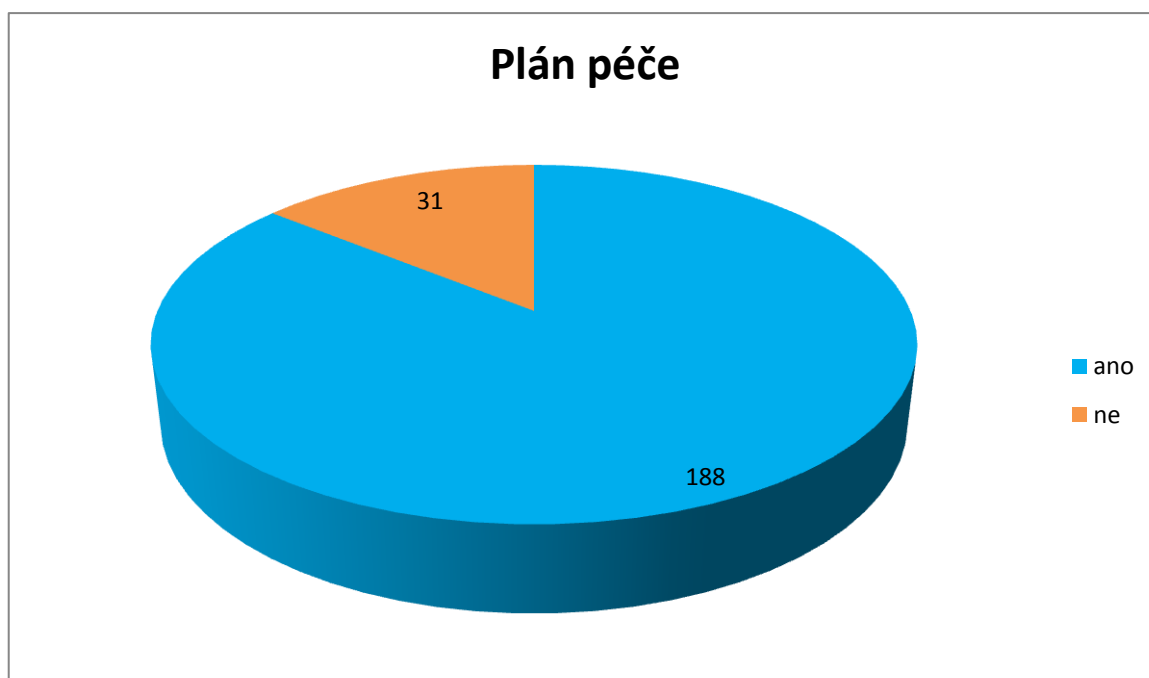


Na grafu jsou znázorněny odpovědi 219 dotázaných (100 %), kdy 137 respondentů (63 %) uvádí, že součástí jejich ošetrovatelské dokumentace je i zpracování ošetrovatelských diagnóz. Naopak 82 sester (37 %) z celkového počtu uvádí pravý opak, a to, že jejich dokumentace neobsahuje zpracování ošetrovatelských diagnóz.

K této otázce se vztahuje vyhodnocení druhé hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Sestry nevnímají ošetrovatelskou dokumentaci jako svého „pomocníka“. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 13,81279 a P-hodnota je menší než 0,05 a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H_2 : Sestry pracující v domácí péči metodou ošetrovatelského procesu vnímají ošetrovatelskou dokumentaci kladně

Graf 17 Plánování ošetrovatelské péče

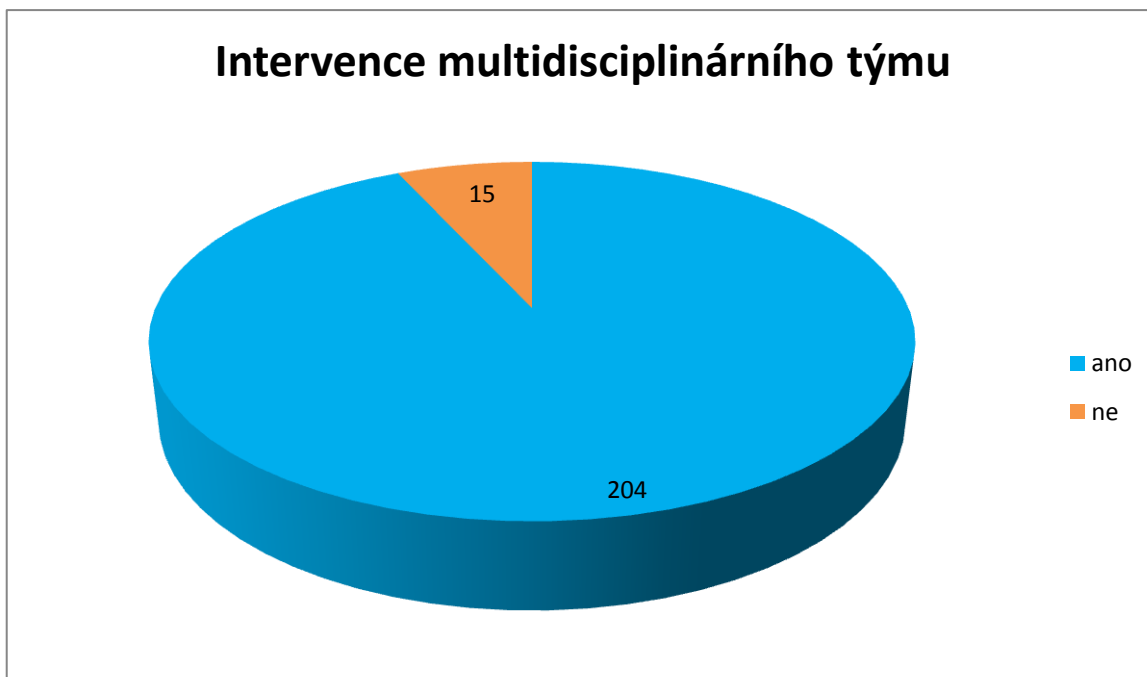


Graf ozřejmuje, zda ošetrovatelská dokumentace obsahuje i plánování ošetrovatelské péče. Ze všech 219 respondentů (100 %) jich 188 (86 %) udává, že jejich dokumentace obsahuje i plán ošetrovatelské péče. 31 respondentů (14 %) uvádí, že jejich dokumentace plán péče neobsahuje.

K této otázce se vztahuje vyhodnocení druhé hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Sestry nevnímají ošetrovatelskou dokumentaci jako svého „pomocníka“. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 112,5525 a P-hodnota je menší než 0,05 a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H_2 : Sestry pracující v domácí péči metodou ošetrovatelského procesu vnímají ošetrovatelskou dokumentaci kladně.

Graf 18 Vlastní realizace ošetrovatelské péče



Graf popisuje rozdělení respondentů při dotazu na vlastní realizaci ošetrovatelské péče. 204 respondentů (93 %) udalo, že jejich ošetrovatelská dokumentace obsahuje prostor pro vlastní realizaci ošetrovatelské péče. 15 respondentů (7 %) přiznalo, že jejich dokumentace neobsahuje záznam pro intervence multidisciplinárního týmu.

K této otázce se vztahuje vyhodnocení druhé hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Sestry nevnímají ošetrovatelskou dokumentaci jako svého „pomocníka“. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 13,81279 a P-hodnota je menší než 0,05 a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H_2 : Sestry pracující v domácí péči metodou ošetrovatelského procesu vnímají ošetrovatelskou dokumentaci kladně a platí, že významná většina dokumentací obsahuje taktéž prostor pro vlastní realizaci (intervence).

Graf 19 Vyhodnocení efektivity poskytnuté péče



Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 219 respondentů (100 %) odpovědělo 204 sester (93 %), že jejich ošetrovatelská dokumentace obsahuje i závěrečnou fázi ošetrovatelského procesu. 15 respondentů (7 %) uvedlo, že jejich dokumentace neobsahuje vyhodnocení efektivity poskytnuté ošetrovatelské péče.

K této otázce se vztahuje vyhodnocení druhé hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Sestry nevnímají ošetrovatelskou dokumentaci jako svého „pomocníka“. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 163,1096 a P-hodnota je menší než 0,05 a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H_2 : Sestry pracující v domácí péči metodou ošetrovatelského procesu vnímají ošetrovatelskou dokumentaci kladně.

Graf 20 **Zpracování ošetřovatelské anamnézy s klientem**

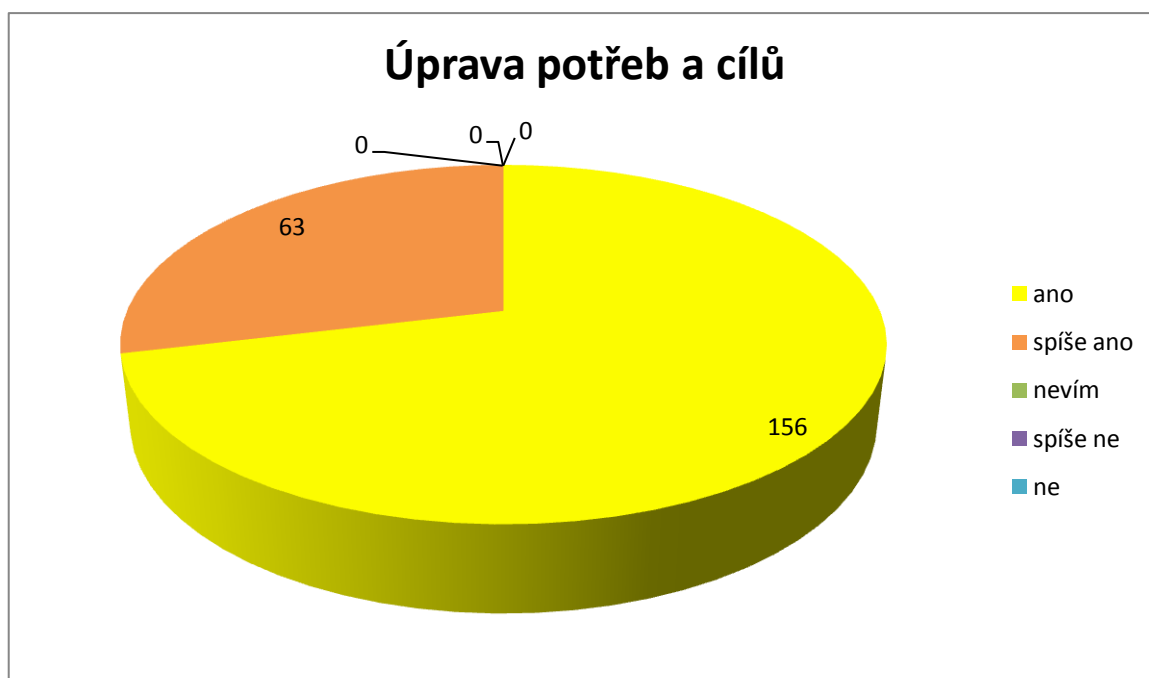


Z celkového počtu 219 dotázaných (100 %) jich 101 (46 %) uvedlo ano, 36 (16 %) spíše ano, 45 (21 %) spíše ne a ne 37 respondentů (17 %).

K této otázce se vztahuje vyhodnocení třetí hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Není rozdíl ve zpracovávání jednotlivých částí ošetřovatelské dokumentace. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 52,98174 a P-hodnota je menší než 0,05 a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H_3 : Sestry umí s ošetřovatelskou dokumentací pracovat.

Graf 21 **Úprava aktuálních potřeb a cílů**



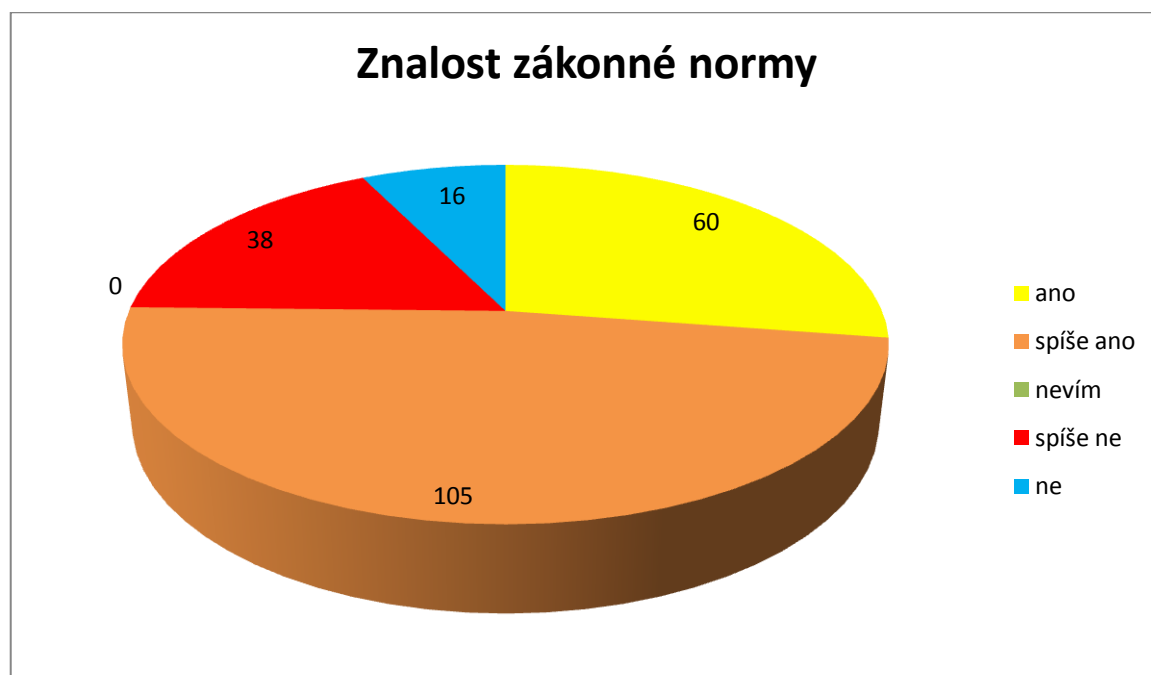
Z grafu vyplývá, že 156 respondentů (71 %) z celkového počtu 219 (100 %) s klienty upravuje aktuální potřeby a cíle a 63 respondentů (29%) označilo odpověď spíše ano.

K této otázce se vztahuje vyhodnocení třetí hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Není rozdíl ve zpracovávání jednotlivých částí ošetrovatelské dokumentace. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 39,4931 a P-hodnota je menší než 0,05 a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H_3 : Sestry umí s ošetrovatelskou dokumentací pracovat.

Hypotézu H_3 přijímáme.

Graf 22 Znalost respondentů zákonné normy, dle které se řídí používání ošetrovatelské dokumentace



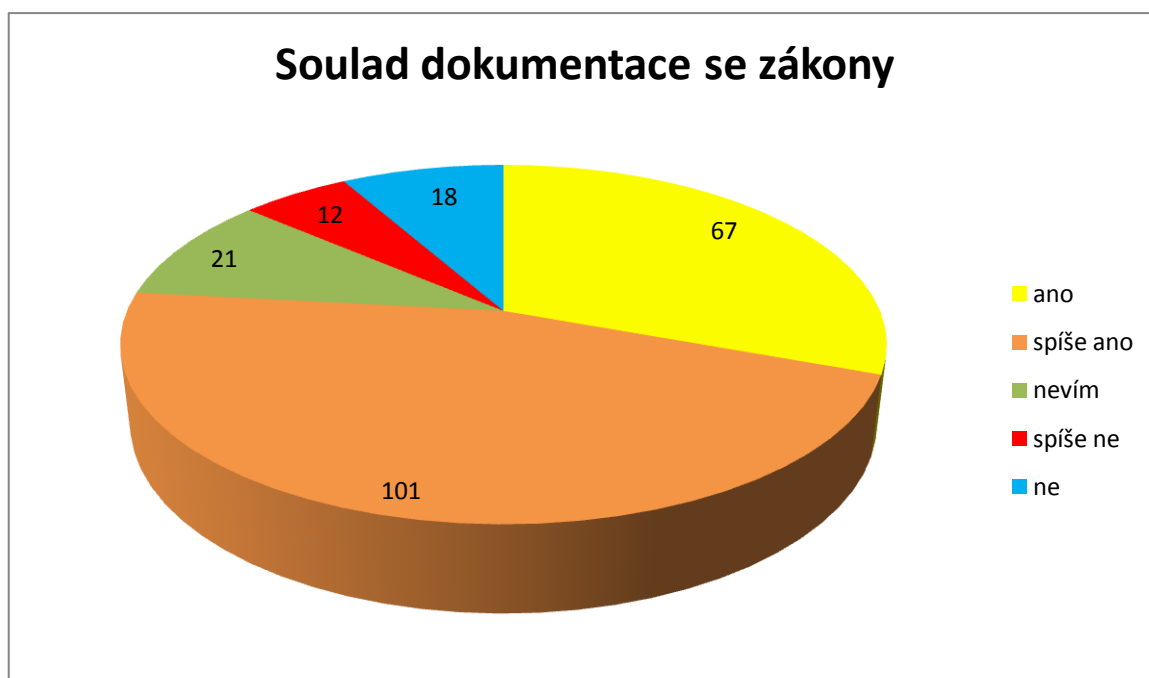
Znalost zákonné normy u 219 respondentů (100 %) znázorňuje graf 22. Odpověď ano zvolilo 60 dotázaných (28 %), spíše ano zaznamenalo 105 respondentů (48 %), spíše ne 38 sester (17 %) a ne 16 dotázaných (7 %).

K této otázce se vztahuje vyhodnocení čtvrté hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Není rozdíl uplatňování legislativní normy pro používání ošetrovatelské dokumentace. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 79,17352 a P-hodnota je menší než 0,05 a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H_4 : Ošetrovatelská dokumentace vybraných agentur domácí péče vychází z platné legislativy České republiky.

Čtvrtá hypotéza se potvrdila.

Graf 23 **Soulad dokumentace ADP se zákonnou normou**

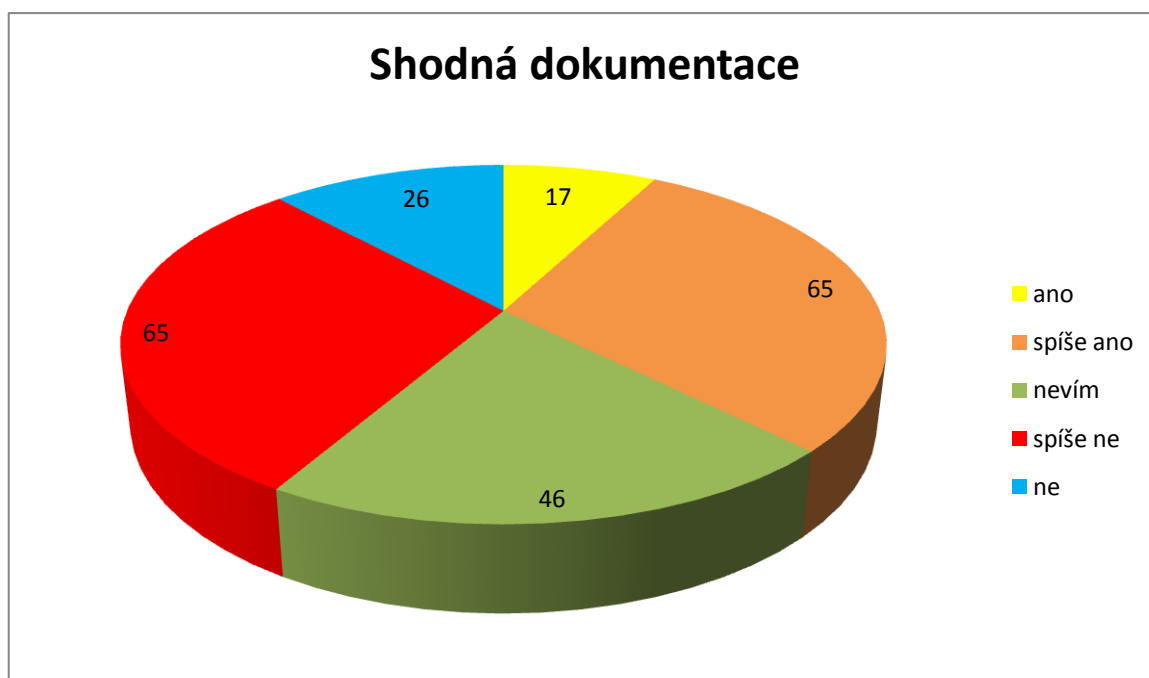


Graf 23 znázorňuje soulad ošetrovatelské dokumentace ADP se zákonnou normou. 67 respondentů (31 %) z celkového počtu 219 dotázaných (100 %) udává soulad jejich ošetrovatelské dokumentace se zákonnou normou. 101 sester (46 %) odpovědělo, že spíše ano, nevědělo 21 respondentů (10 %), spíše ne odpovědělo 12 respondentů (5 %) a ne 18 dotázaných (8 %).

K této otázce se vztahuje vyhodnocení čtvrté hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Není rozdíl uplatňování legislativní normy pro používání ošetrovatelské dokumentace. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 137,1416 a P-hodnota je menší než 0,05 a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H_4 : Ošetrovatelská dokumentace vybraných agentur domácí péče vychází z platné legislativy České republiky.

Graf 24 Shodná dokumentace s ostatními ADP



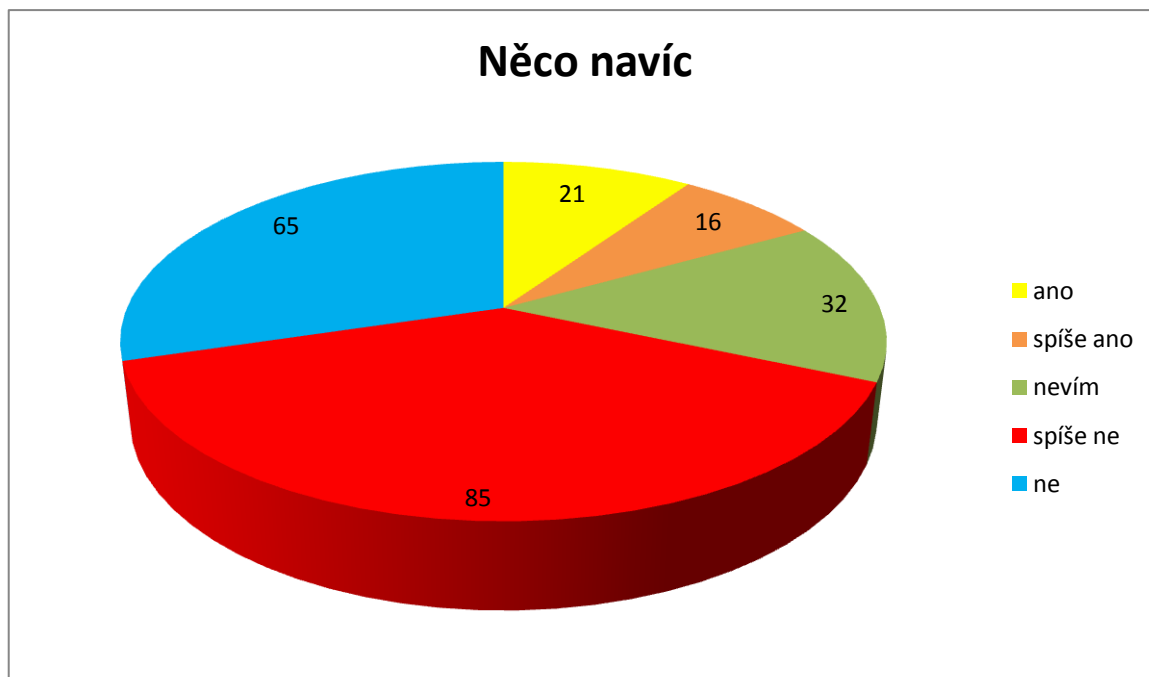
Graf znázorňuje shodu ošetrovatelských dokumentací v jednotlivých ADP dle mínění 219 respondentů (100 %). Jasnou shodu (odpověď ano) zaškrtnulo 17 dotázaných (7 %), spíše ano 65 respondentů (30 %), 46 sester (21 %) nevědělo, 65 respondentů (30 %) volilo spíše ne a ne 26 dotázaných (12 %).

K této otázce se vztahuje vyhodnocení páté hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Není rozdíl v obsahu jednotlivých ošetrovatelských dokumentací vybraných agentur domácí péče. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 44,26484 a P-hodnota je menší než 0,05 a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H_5 : Vybrané agentury domácí péče mají shodnou ošetrovatelskou dokumentaci.

Pátá hypotéza se potvrdila.

Graf 25 Máte něco navíc ve vaší ošetrovatelské dokumentaci

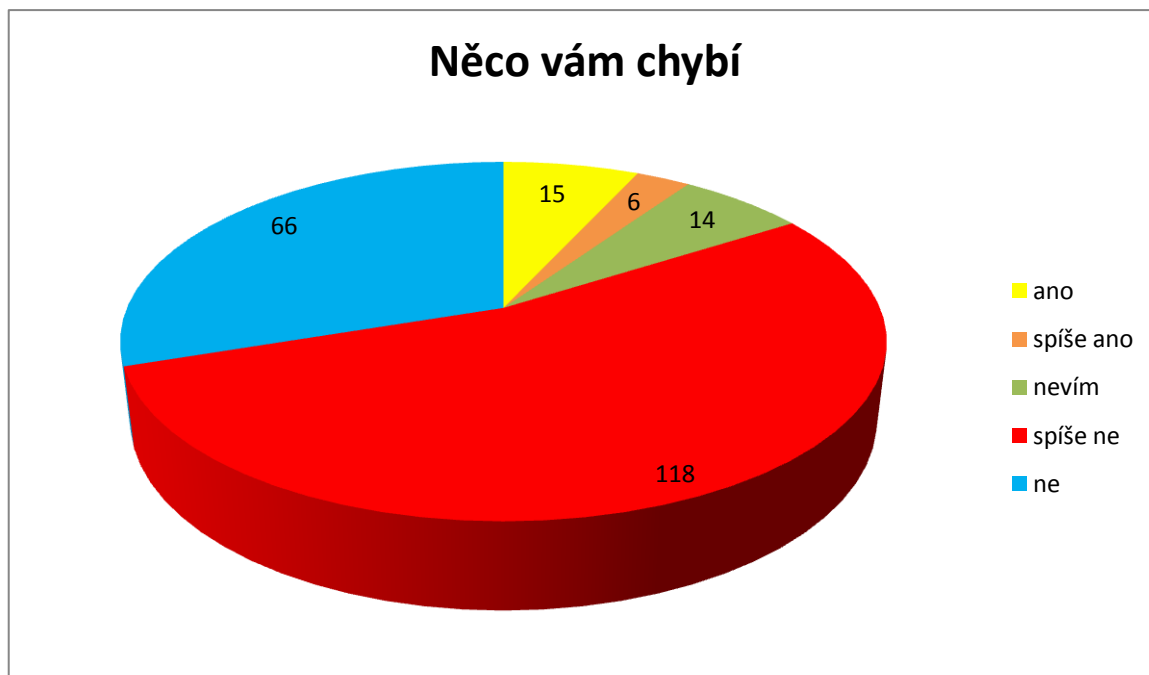


Z grafu vyplývá, že 21 respondentů (9 %) z celkového počtu 219 dotázaných (100 %) si myslí, že ve své dokumentaci mají navíc něco, co ostatní ADP nemají, spíše ano udalo 16 respondentů (7 %), nevědělo 32 dotázaných (15 %), spíše ne uvedlo 85 sester (39 %) a ne 65 respondentů (30 %). Respondenti odpovídající ano/spíše ano nejčastěji uvádějí, že mají více prostoru pro záznamy o ošetření, vzkazy pro další sestry nebo možnost přidání jakýchkoli formulářů.

K této otázce se vztahuje vyhodnocení páté hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Není rozdíl v obsahu jednotlivých ošetrovatelských dokumentací vybraných agentur domácí péče. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 81,70776 a P-hodnota je menší než 0,05 a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H_5 : Vybrané agentury domácí péče mají shodnou ošetrovatelskou dokumentaci.

Graf 26 Chybí vám něco ve vaší ošetrovatelské dokumentaci



Graf 26 znázorňuje názory respondentů na to, zda jim v ošetrovatelské dokumentaci něco chybí. Z celkového počtu 219 dotázaných (100 %) odpovědělo 15 sester (7 %) ano, 6 sester (3 %) spíše ano, 14 (6 %) nevím, spíše ne 118 respondentů (54 %) a ne 66 sester (30 %).

K této otázce se vztahuje vyhodnocení páté hypotézy.

Nulová hypotéza H_0 byla formulována: Není rozdíl v obsahu jednotlivých ošetrovatelských dokumentací vybraných agentur domácí péče. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je chí kvadrát statistika 208,7854 a P-hodnota je velmi blízko 0 a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu H_5 : Vybrané agentury domácí péče mají shodnou ošetrovatelskou dokumentaci.

Ze statistického zpracování dat lze usuzovat, že:

H1: Vybrané agentury domácí péče používají u svých klientů ošetrovatelskou dokumentaci – se potvrdila.

H2: Sestry pracující v domácí péči metodou ošetrovatelského procesu vnímají ošetrovatelskou dokumentaci kladně – se potvrdila.

H3: Sestry umí s ošetrovatelskou dokumentací pracovat – se potvrdila.

H4: Ošetrovatelská dokumentace vybraných agentur domácí péče vychází z platné legislativy České republiky – se potvrdila.

H5: Vybrané agentury domácí péče mají shodnou ošetrovatelskou dokumentaci – se potvrdila.

4.3 Analýza vybraných prvků ošetrovatelské dokumentace

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

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 z tabulky 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 ošetrovatelské 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

V tabulce 1B je znázorněn způsob vyplňování dokumentace v ADPA – ADPG pomocí předtištěných formulářů. V kategorizované formě je zde uvedeno, které oddíly byly vybrány. Z tabulky 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 ošetrovatelská diagnóza, plán péče, dekubity a pády. Obdobně to aplikovala ADPC, která formou křížkování vypisuje intervence, zhodnocení, edukační záznam, dekubity a pády. ADPB a ADPE 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							

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		

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

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 terminologií 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 zdrobněliny, 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							

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

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 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							

Tabulka osvětluje provádění fyzikálního vyšetření sestrou. Ukazuje se, že všechny pozorované agentury fyzikální vyšetření sestrou provádějí, ponejvíce 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. Ponejvíce se zaměřují na podkategorie vypsane 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).

Tabulka 8 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.

5 DISKUZE

Cílem mé práce bylo zmapovat současné využití ošetrovatelské dokumentace ve vybraných agenturách domácí péče a zmapovat, jak sestry dokumentaci v domácí péči vnímají. Dalším cílem bylo zjistit, zda sestry v agenturách domácí péče umí s ošetrovatelskou dokumentací pracovat. Dále pak zmapovat, zda odpovídá používaná dokumentace vybraných agentur platné legislativě a v neposlední řadě analýza jednotlivých ošetrovatelských dokumentací vybraných agentur domácí péče.

Do výzkumného vzorku v případě kvantitativního šetření bylo zahrnuto 219 sester pracujících v deseti náhodně vybraných agenturách domácí péče, v případě kvalitativního šetření pak 7 náhodně vybraných agentur domácí péče. Obou šetření se zúčastnily pouze 4 agentury domácí péče, proto bylo v každém výzkumu voleno jiné označení.

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 ÚZIS (2012), kdy bylo v ČR 474 ADP s 3000 pracovníky pro 148 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. ČAS na svých webových stránkách uvádí, že se vedení ošetrovatelské dokumentace považuje za nedílnou součást práce všech typů sester, neboť se jedná o nástroj profesionální praxe, s čímž nezbyvá než souhlasit. 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. Kapounová (2007), Škrla (2008) a Vondráček (2008) však také udávají, že v ošetrovatelské dokumentaci se mohou vyskytnout chyby a důsledně na ně upozorňují, neboť časté chyby mohou celou ošetrovatelskou dokumentaci v podstatě znehodnotit. Wang (2011) zase 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. Munyisia (2013) zase v jiné studii uvádí, že ke zlepšení kvality, bezpečnosti a efektivnosti poskytování ošetrovatelské péče vede elektronická dokumentace, kdy bylo zjištěno, že systém počítačové dokumentace snižuje chybovost a zlepšuje přístupnost, přesnost a čitelnost provedených záznamů.

Na základě teoretických poznatků bylo provedeno výzkumné šetření. Byla provedena analýza jednotlivých ošetrovatelských dokumentací ze sedmi 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 kvalitativní výzkum byl proveden metodou pozorování. Zjištěné poznatky byly zaneseny do záznamového archu (příloha 2) 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, fyzikální vyšetření sestrou a rozpor s legislativní normou. Již ze samotného pozorování 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 porovnávacími 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 všešlo, 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 ošetřovatelské anamnéze. Pouze polovina zkoumaných dokumentací obsahovala odborné termíny ve všech čtyřech zkoumaných bodech (ošetřovatelská 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 ošetřovatelského 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 ošetřovatelského procesu.

Dále byla zkoumána duplicita zanesených údajů. Pouze v jednom případě se opakovaly údaje, které byly již jednou zaneseny do intervencí ošetřovatelské péče v hodnocení. (tabulka 6)

Předposlední zkoumanou kategorií bylo „Fyzikální vyšetření sestrou“ (tabulka 7). 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.

V poslední kategorii byl zkoumán rozpor s legislativní normou (tabulka 8). I v tomto případě byly agentury v podstatě jednotné. Nebyl objeven žádný rozpor s legislativou, všechny dokumentace obsahovaly vše, co má dokumentace obsahovat.

Cílem provedeného výzkumu byla analýza jednotlivých dokumentací ve vybraných agenturách domácí péče. Byla provedena analýza jednotlivých vybraných částí, údaje byly shrnuty v jednotlivých kategoriích. Cíl byl splněn.

Na základě provedeného pozorování byl následně vytvořen dotazník pro sestry za účelem kvantitativního šetření. Dotazník (příloha 3) obsahoval 25 otázek, z toho bylo 6 demografických, otázky 7, 8 a 9 směřovaly k hypotéze H1, otázky 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17 a 18 k hypotéze H2, otázky 12, 19 a 20 k hypotéze H3, otázky 21 a 22 k hypotéze H4 a otázky 24, 25 a 26 k hypotéze H5.

Vondráček (2008), Policar (2010) i Plevová připomínají, že vedení zdravotnické (potažmo ošetrovatelské) dokumentace je dáno zákonem o zdravotních službách (Zákon č. 372/2011 Sb.) a každé zdravotnické zařízení má povinnost ji vést.

První testovanou hypotézou bylo, že vybrané agentury domácí péče používají u svých klientů ošetrovatelskou dokumentaci. K této hypotéze se vztahovaly tři otázky. Pomocí statistika byl spočítán Pearsonův chí kvadrát test nezávislosti ke každé otázce, aby možné co nejpřesněji hypotézu potvrdit či vyloučit. Z celkového počtu 219 respondentů (graf 8) odpovědělo 182 sester (83 %), že dokumentaci používají a spíše ano 22 respondentů (10 %). Odpověď spíše ne zaškrtnulo 10 sester (5 %), 5 sester dokumentaci nepoužívá (2 %). To ovšem neznamená, že ADP dokumentaci nevede. Na základě výpočtu Pearsonova chí kvadrát testu nezávislosti, zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu. K této hypotéze se vztahovala i další otázka (graf 9) – forma ošetrovatelské dokumentace. Vzhledem k tomu, že byl možný výběr pouze ze dvou veličin, které jsou ve výsledku velikostně takměř stejně velké, ukázalo se, že tato otázka nebyla dobře volena a v tomto znění příliš nekoreluje s vyslovenou hypotézou. Na základě výpočtu Pearsonova testu nezávislosti je P-hodnota větší než stanovená hladina významnosti 0,05, proto se z tohoto úhlu pohledu hypotéza H0 nezamítá a H1 je nepotvrzena. K této hypotéze H1 se vztahuje i třetí otázka, která řeší ponechání dokumentace v sociálním prostředí klienta. Opět bylo použito Pearsonova testu

nezávislosti a na tomto potvrzujeme hypotézu H1: Vybrané agentury domácí péče používají u svých klientů ošetrovatelskou dokumentaci.

H2: Sestry pracující v domácí péči metodou ošetrovatelského procesu vnímají ošetrovatelskou dokumentaci kladně. U všech otázek vztahujících se k této hypotéze byl proveden Pearsonův test nezávislosti. V tomto případě bylo zkoumáno pomocí otázek, zda ošetrovatelská dokumentace sestřím zlehčuje či ztěžuje práci a zda mají pocit, že je chrání a dále pak přítomnost ošetrovatelského procesu. Na základě výpočtu byla zamítnuta nulová hypotéza a přijata alternativní. Hypotéza H2 se tedy potvrdila.

H3: Sestry umí s ošetrovatelskou dokumentací pracovat. Odpovědi respondentů a následné zpracování statistických údajů u všech tří otázek nasvědčují tomu, že se zamítá H0 a přijímá se alternativní hypotéza H3. Hypotéza H3 se potvrdila.

H4: Ošetrovatelská dokumentace vybraných agentur domácí péče vychází z platné legislativy České republiky. V této hypotéze se předpokládá, že sestry mají povědomí o zákonech České republiky a proto by měly vědět, zda i jejich dokumentace vychází z platné legislativy. I zde bylo použito Pearsonova chí kvadrát testu a bylo zjištěno, že sestry mají povědomí o zákonné normě. Test zamítá nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Hypotéza H4 se potvrdila.

H5: Vybrané agentury domácí péče mají shodnou ošetrovatelskou dokumentaci – se potvrdila. Zde byl testován na třech otázkách obsah ošetrovatelské dokumentace, konkrétně, zda mají ADP stejnou dokumentaci. Jak uvádí Rabenseiferová (2009) a Šindlerová (2011), agentury domácí péče nemají jednotnou dokumentaci a přizpůsobují si ji chodu a potřebám pracoviště. Na základě statistického zpracování pomocí Pearsonova testu nezávislosti usuzujeme, že se nulová hypotéza zamítá a přijímáme hypotézu alternativní. Hypotéza H5 se potvrdila.

6 ZÁVĚR

Tato diplomová práce na téma Ošetřovatelská dokumentace v domácí ošetřovatelské péči měla za cíl zmapovat současné využití ošetřovatelské dokumentace ve vybraných agenturách domácí péče, zmapovat, jak sestry dokumentaci v domácí péči vnímají, zjistit, zda sestry v agenturách domácí péče umí s ošetřovatelskou dokumentací pracovat, zmapovat, zda odpovídá používaná dokumentace vybraných agentur platné legislativě a analýzu jednotlivých ošetřovatelských dokumentací vybraných agentur domácí péče. První čtyři cíle se vztahovali k dotazníkovému šetření. Na počátku taktéž bylo stanoveno pět hypotéz. Ty zněly: 1. Vybrané agentury domácí péče používají u svých klientů ošetřovatelskou dokumentaci. 2. Sestry pracující v domácí péči metodou ošetřovatelského procesu vnímají ošetřovatelskou dokumentaci kladně. 3. Sestry umí s ošetřovatelskou dokumentací pracovat. 4. Ošetřovatelská dokumentace vybraných agentur domácí péče vychází z platné legislativy České republiky. 5. Vybrané agentury domácí péče mají shodnou ošetřovatelskou dokumentaci.

Poslední cíl k metodě pozorování, kdy bylo v ošetřovatelské dokumentaci vybráno 8 položek a ty pak byly kategorizovány a zapsány do tabulek. Úkolem bylo analyzovat jednotlivé ošetřovatelské dokumentace a zjistit společné znaky. Zaměřili jsme se na způsob zapisování, přehlednost, anamnézu, odbornou terminologii, soulad dokumentace s ošetřovatelským procesem. Duplicitní údaje, fyzikální vyšetření sestrou a rozpor s legislativní normou. Bohužel se potvrdilo, že ošetřovatelská dokumentace v domácí ošetřovatelské péči není jednotná, je přizpůsobená potřebám té dané agentury a mnohé z nich do ošetřovatelské dokumentace vkládají své vlastní formuláře. Šetření ukázalo, že ošetřovatelská dokumentace je stále žhavé téma nejen ve zdravotnických zařízeních lůžkového typu, ale i v agenturách domácí péče. Ačkoli je již několik let součástí běžné práce sester, jak vzešlo z průzkumu, některé sestry ji stále nepoužívají. Jak bylo řečeno, dokumentace je obrazem kvality poskytované péče a bohužel v době přibývajících soudních sporů i dokladem o správně poskytnuté péči. Je ochranou pro sestru, tak i pro klienta a je na čase, aby se s ní sestry naučily pracovat a ocenily především její klady.

Výsledky výzkumného šetření pomohly zmapovat úroveň ošetrovatelské dokumentace v domácí ošetrovatelské péči a přístupu sester k ní. Mohou být inspirací nejen pro zdravotnický management, ale i pro „řadové“ sestry ke zlepšení přístupu k ošetrovatelské dokumentaci jako celku a zároveň mohou posloužit jako určité vodítko k vytvoření funkční ošetrovatelské dokumentace pro agentury domácí péče, která bude jasná, jednoduchá, přehledná, stručná, ale zároveň která bude vypovídat maximum o klientovi a jeho plánu ošetrovatelské péče včetně všech náležitostí. Výsledky diplomové práce by mohly být přínosné nejenom pro pracovníky v agenturách domácí péče, ale i pro všechny nelékařské profese a mohou posloužit i k dalšímu (hlubšímu) výzkumu.

7 Seznam použitých zdrojů

BULIĆ, Ines et al. *Společné evropské pokyny k přechodu od ústavní péče k péči probíhající v rámci komunity*. Přeložila: Lenka Fořtová. Belgie: Brusel, 2012.

ČESKO. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. ČAS: *Vedení ošetrovatelské dokumentace*. [online]. ČAS, [cit. 2012-05-29]. Dostupné z: <http://www.cnaa.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>

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>

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>

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>

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>

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>

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>

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>

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>

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>

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>

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>

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>

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>

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>

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>

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

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>

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/vyhlaska-c98/2012-sb-o-zdravotnicke-dokumentaci_6087_2439_11.html

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/vyhlaska-c326/2014-sb-ktou-se-meni-vyhlaska-ministerstva-zdravotnictvi-c_9873_11.html

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>

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>

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>

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/>

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>

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>

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>

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>

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.

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.

FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin (SR): Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.

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).

HANZLÍKOVÁ, Alžbeta a kol. *Komunitne ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-251-7.

HAUKE, Marcela. *Pečovateľská služba a individuální plánování: Praktický průvodce*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.

HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ a Jan SLIVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

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

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.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7. (s. 60)

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

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.

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.

KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. ISBN 978-80-7318-726-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana a Martina CICHÁ, Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3843-7.

MARKOVÁ, Marie. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. Brno: NCONZO, 2010. ISBN 978-80-7013-499-3,

MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství. 1. díl*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.

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->

MISCONIOVÁ, Blanka. *Stručný průvodce domácí péčí*. Praha: Asociace domácí péče, 1998. ISBN neuvedeno.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

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.

NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: Deficiones y clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier Espana, 2010. ISBN 978-1-4051-8718-3.

NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2. Přepřacované vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4449-0.

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)

POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.

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.

RABENSEIFEROVÁ, Zuzana. *Práce sestry v agenturách domácí péče*. Zlín, 2009. Bakalářská. Fakulta humanitárních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

SLOUKOVÁ, Magda. *Spokojenost s domácí péčí v Brně pohledem seniorů*. Brno, 2011. Diplomová. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Marta Šenkyříková

SVOBODOVÁ, Zuzana. *Home care – odborná zdravotní péče v domácím prostředí klienta*. Zlín, 2010. Bakalářská. Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce: Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

ŠINDLEROVÁ, Nela. *Výzvy v práci sestry domácí péče*. Pardubice, 2011. Bakalářská. Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice. Vedoucí práce: Mgr. Marie Hledíková.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

TRACHTOVÁ, Eva. aj. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-7013-324-4.

UHHEREK, Pavel. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2658-8.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

VONDRÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1198-2.

VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-7262-392-3.

VONDRÁČEK, Lubomír. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1919-3.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace*. Návod pro praxi. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2763-9.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry*. Příručka pro praxi. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3132-2.

VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací*. Efektivní komunikace v praxi. Praha: Grada, 2008. s. 152-153. ISBN 978-80-247-2614-4.

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.

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.

8 Klíčová slova

Česky:

Ošetrovatelská dokumentace, domácí péče, dokumentace v domácí péči, elektronická dokumentace, listinná dokumentace

Anglicky:

Nursing documentation, home care, documentation in home care, electronic documents, paper-based documentation

9 Přílohy

Příloha č. 1 – Vykazování domácí péče

Příloha č. 2 – Záznamový arch (pozorování)

Příloha č. 3 – Dotazník pro sestry

Příloha 1

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 sebezpečí 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 ošetrovatelskými diagnózami a zahrnuje stejné výkony jako předchozí typ ošetrovací návštěvy.

Ošetrovací návštěva – domácí péče – typ III – výkon č. 06317 (79 bodů) -> Tato forma péče je určena dle indikace lékaře zejména pro klienty odkázané na ošetrování druhou osobou pro částečnou imobilitu, dezorientaci, inkontinenci a specifickou náročnost ošetrovatelské 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 ošetrovatelské anamnézy klienta i prostředí, stanovením priorit ošetrovatelské péče (aktuálními ošetrovatelskými diagnózami), svým obsahem, rozsahem i ukončením odpovídá výkonům typu I a II.

Ošetrovací 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 stejně jako u ošetrovací návštěvy typu I, II a III.

Součástí těchto typů ošetrovacích návštěv je vždy totožný komplex výkonů, protože se jedná o tzv. agregát činnosti. Je plně v kompetenci ošetroujícího lékaře dohodnout se s příslušnou ADP a stanovit časovou dispozici návštěvy u konkrétního klienta tak, aby odpovídala jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu a indikovanému rozsahu ošetrovatelské 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 ošetrovací 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, ošetrovatelská rehabilitace (součást ošetrovací návštěvy typu I, II, III, IV), dále pak o dohled nad průběhem infuzní terapie (součást ošetrovací 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 stomíí (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 ošetrovatelské 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 ošetrovatelského výkonu a následným záznamem do ošetrovatelské 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 inzulínu – 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 2

ZÁZNAMOVÝ ARCH (pozorování)

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

Fyzikální vyšetření sestrou

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

Rozpor s legislativní normou

- ano
- ne

Příloha 3

Dotazník pro sestry vybraných ADP

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

obracím se na vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který vám nezabere příliš času. Bude použit ke zpracování moji diplomové práce s názvem „Ošetrovatelská dokumentace v domácí ošetrovatelské péči“.

Velice vám děkuji za pomoc, ochotu i váš čas.

Bc. Zdeňka Chmelařová

2. ročník Zdravotně sociální fakulty

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

1. Jaké je vaše pohlaví?

žena

muž

2. Jaký je váš věk?

pod 20 let

21 – 30 let

31 – 40 let

41 – 50 let

51 – 60 let

nad 60 let

3. Jaké je vaše vzdělání?

SZŠ

VOŠ

VŠ

PSS

jiné.....

4. Jak dlouho pracujete v agentuře domácí péče?

do 5 let

6 – 10 let

11 – 15 let

16 let a více

5. Proč jste si vybral/a práci v agentuře domácí péče?

- tato práce mě zajímá
- vyhovuje mi pracovní doba
- dobré platové podmínky
- nebyla jiná pracovní nabídka
- jiné

6. V agentuře domácí péče pracujete na pozici:

- řadová sestra (komunitní sestra)
- sestra manažerka

7. Používáte u svých klientů ošetrovatelskou dokumentaci?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

8. Pokud vaše agentura domácí péče používá ošetrovatelskou dokumentaci, jakou formu?

- listinná
- elektronická

9. Zůstává dokumentace ošetrovatelské péče v sociálním prostředí klienta (tj. u něho doma)?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

10. Máte pocit, že vám ošetrovatelská dokumentace zlehčuje vaši práci?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

Pokud vaše odpověď byla ano/spíše ano, uveďte prosím čím.....

.....

.....

11. Máte pocit, že vám ošetrovatelská dokumentace ztěžuje vaši práci?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

Pokud vaše odpověď zněla ano/spíše ano, uveďte prosím čím.....

.....

.....

12. Provádějí do vaší dokumentace záznamy všichni členové multidisciplinárního týmu (sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, atd.)?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

13. Máte pocit, že vás ošetrovatelská dokumentace chrání?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

Pokud jste odpověděl/a ano/spíše ano, uveďte prosím čím

.....

.....

Pokud jste odpověděl/a ne/spíše ne, uveďte prosím důvod

.....

.....

14. Obsahuje vaše dokumentace ošetrovatelskou anamnézu?

ano ne

15. Je součástí vaší ošetrovatelské dokumentace zpracování ošetrovatelských diagnóz?

ano ne

16. Obsahuje vaše dokumentace plánování ošetrovatelské péče?

ano ne

17. Obsahuje vaše dokumentace prostor pro vlastní realizaci ošetrovatelské péče (intervence multidisciplinárního týmu)?

ano ne

18. Obsahuje vaše ošetrovatelská dokumentace závěrečnou fázi ošetrovatelského procesu, tj. vyhodnocení efektivity poskytnuté ošetrovatelské péče?

ano ne

19. Zpracováváte s vaším klientem ošetřovatelskou anamnézu?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

20. Upravujete s klientem jeho aktuální potřeby a cíle?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

21. Víte, jakou zákonnou normou se řídí používání ošetřovatelské dokumentace?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

22. Myslíte si, že vaše dokumentace odpovídá právním normám České republiky?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

23. Myslíte si, že v ostatních agenturách domácí péče mají shodnou dokumentaci s vaší?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

24. Myslíte si, že ve vaší ošetřovatelské dokumentaci je něco, co ostatní agentury domácí péče nemají?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

Pokud jste odpověděl/a ano/spíše ano, uveďte prosím, co máte v dokumentaci navíc

.....
.....

25. Myslíte si, že ve vaší dokumentaci něco chybí (oproti jiným agenturám domácí péče, vlastní zkušenost)?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

Pokud jste uvedl/a ano/spíše ano, napište prosím, co ve vaší dokumentaci postrádáte (nebo co mají jiné agentury navíc)

.....
.....