Systémy zdravotní péče po celém světě využívá důkazy praxe (EBP) zaměřené na poskytování péče
a léčby vysoké kvality. Aby bylo možné učinit nejlepší klinická rozhodnutí v každodenní péči o pacienta, musí péče a léčba vycházet z informací různých zdrojů, jako je pečlivý výzkum, odborné znalosti lékařů a perspektivy a preference pacientů. Mnoho zemí a mezinárodních organizací vyvinuly doporučené postupy pro výživovou péči založené na důkazech, které lze použít a přenést do oblastí v rámci sektoru primární zdravotní péče. Navzdory existenci tyto důkazy založené na praktických pokynech pro podvýživu a příčiny problémů souvisejících s výživou jsou v ošetřovatelství špatně identifikovány ošetřovatelské domovy, domácí péče a domácí ošetřovatelství. Špatné identifikace v rámci podvýživy v rámci tohoto nastavení vedly k míře podvýživy v rozmezí od 40 do 90%.
Podvýživa vede k negativním výsledkům pro pacienty, pečovatele a systém zdravotní péče, včetně zvýšené nemocnosti, úmrtnosti, zvýšené potřeby péče a nemocniční read mise. Péče o výživu nezahrnuje pouze základní povinnost poskytovat přiměřené a vhodné jídlo a pití pro pacienty. Zahrnuje také důsledné a systematické hodnocení, diagnostiku, intervenci, monitorování a hodnocení faktorů, které mohou přímo nebo nepřímo ovlivnit stav výživy pacientů. K tomu, aby zdravotničtí pracovníci poskytovali vysoce kvalitní výživovou péči, několika studiemi zdůraznit, že kompetence zdravotnických pracovníků, v němž je péče poskytována (domácí péče nebo pečovatelský dům), spolupráce mezi různými poskytovateli zdravotní péče a organizační přístup jsou důležité vlivné faktory. Nutriční péče je běžná, složitá a mnohostranná praxe v oblasti zdravotní péče, která vyžaduje přesnou komunikaci a koordinaci mezi různými poskytovateli zdravotní péče zajistit kontinuitu péče a léčby. Péče o výživu a následná dokumentace proto vyžaduje, že zdravotničtí pracovníci mají komplexní kombinaci znalostí v oblasti výživy a dokumentace, rutiny a postoje. Nedostatek kompetencí ve výživové péči mezi zdravotnickými pracovníky negativně ovlivňuje výsledky pacientů a bezpečnostní opatření. Takže i přes to, že tvoří velkou část jejich každodenní pracovních úkolů je problematické, že zdravotničtí pracovníci bez ohledu na jejich úroveň vzdělání nebo dovednosti, obvykle absolvují minimální školení o výživové péči a léčbě, jakož i jejich následná dokumentace.

Mezi 42,1 – 88,2% účastníků studie nebylo obeznámeno s místně doporučenými screeningovými nástroji pro výživu a 61,4 – 71,4 vědělo kde a jak dokumentovat pacientovy výživové problémy, zahrnující také plány péče. Různé varianty byly objeveny ve třech různých skupinách profesionální zdravotnické péče a v zařízeních se zdravotní péčí (domácí oproti pečovatelským domům), proto závěrem bylo, že dovednosti a kompetence k poskytování výživové péče jsou poskytovány v rámci těchto specifických souvislostí.

 Pro pořádek organizací jak začlenit strategie zabývající se vzrůstající potřebou výživové péče mezi pracovníky, studie ukázaly, že specifické kompetence primární zdravotní péče při poskytování nutriční péče a dokumentace, zajištění bezpečí a léčby, jsou zajištěny. V roce 2016 byl vytvořen projekt zabývající se mapováním zdravotní péče na profesionální úrovni – vědomostmi, rutinami a přístupem k výživě a dokumentaci v rámci pečovatelských domů a domácí péče. Současná studie (pouze část projektu) zkoumala některé otázky, které vyvstaly z první studie tohoto projektu. Také průřezová studie poukázala na množství otázek ohledně možností výživové péče a dokumentace.

 Za prvé, pokud ředitelé nebudou považovat dokumentaci za důležitou a nebudou ji považovat za nezbytnou, mohlo by to mít negativní dopad na každodenní zdravotní péči. Za druhé, neadekvátní kompetence ve zdravotní péči by mohly být překážkou pro dosažení důležitých cílů pro zdravotní péči a následnou dokumentaci. Tyto otázky jsou zkoumány více podrobně v současné studii, aby se mohlo mnohem více porozumět potřebám a problémům.

 Studie se nejprve zaměřily na zdravotní sestry, ošetřovatelskou pomoc, lékařskou úroveň, jejich praxe a přístup k výživě. Jiné studie zkoumaly dokumentování napříč zdravotní péčí. Současná studie je unikátní v tom, že je první, která zkoumá výživu a její dokumentaci jako společný a dynamický prvek, jak bylo zaznamenáno třemi různými skupinami zdravotníků, sester, sociální a zdravotních asistentů a jejich pomocníků, jejich osobní znalosti, ruina a přístup k výživě, dokumentaci stejně tak jejich osobní vnímání. To vše jsou faktory, které ovlivňují každodenní práci a kvalitu zajišťované péče. Významem této studie je zjistit, jak osobní pohledy na kompetence v rámci výživy a dokumentace a organizační struktury ovlivňují každodenní práci a kvalitu odvedené péče v rámci ošetřovatelských domů, domácí péče.

**metody**

**uspořádání**

**Studie byla prováděna v dánské obci** (populace˃ 70 000**), která zaměstnává 1134 sociálních a zdravotnických pomocníků, 143 sociálních a zdravotních asistentů a 120 registrovaných sester. Obec je rozdělena do 4 obvodů s vlastním managementem, ale celkově odpovídá managementu v rámci pečovatelských domů, domácí péči a domácímu ošetřovatelství.**

**vzorkování**

**Výběr účastníků byl realizován místním koordinátorem pracujícím na obci a vše bylo založeno na vhodném vzorku. To zahrnovalo, že místní koordinátor vybral takové zaměstnance, kteří splňovali nejenom zařazená kritéria, ale také ty, kteří by byli schopni poskytnout nejlepší informace. Vybraná kritéria odpovídala pracovní síle v pečovatelských domech a v domácí péči/ domácímu ošetřovatelství s maximální mírou variace zahrnující následující:**

 **Dvě vybrané skupiny byly sestaveny z mixu daných kritérií za účelem získání, co nejlepší reflexe klinické reality a zvýšení diskuze.**

**účastníci**

V každé skupině se účastnilo sedm zdravotníků, takže celkem bylo 14 zdravotníků. Jejich délka vzdělávání se pohybovala od 1 roku až po 2 měsíce (SSH), od 1 roku až 8 měsíců (SSA), 3 roky až 6 měsíců (RN) v rámci tří skupiny zdravotníků. Teoretická část vzdělávání pro SSH a SSA se skládala ve výsledku z 30 – 40%. Vzdělávání pro RN zahrnovalo až 60% teorie. Praktická a klinická část pro SSH a SSA byla 60 – 70% a pro RN z 40%. Tabulka 1 ukazuje profesionální charakteristiky účastníků.

**sbírání dat**

**Data byla sbírána za pomoci rozhovorů** ve skupině zahrnující vzájemnou spolupráci jednotlivých zdravotníků. **Skupiny byly sestavovány tak, aby v nich byli lidé, kteří mají podobné charakteristiky, jsou zaměstnání ve stejné obci, mají různé vzdělání a denně spolu pracují** (v tabulce 2 nalezneme zahrnutá kritéria).

 **Tím byl zajištěn autentický pohled do kultury spolupracující skupiny skrz přímý přístup do jejich interakcí**, jazyka a dynamiky. Sedm **zdravotníků bylo vybráno do skupiny jedna a sedm zdravotníků do skupiny dva**, celkem tedy 14 zdravotníků. **Ve skupině jedna, roky práce v těchto specifických podmínkách se pohybovaly od 18 měsíců – 14 let. Ve druhé skupině, roky odpracované v rámci pečovatelských domů a/ nebo domácí péčí/ domácím ošetřovatelstvím se pohybovaly od 1 roku až po 31 let.**

 **Tato dvě skupinová interview byla vedena zkušenou zdravotní sestrou SJH a MB, což je zkušený kvalitativní metodolog a výzkumník**. MB primárně docházel do skupin jako pozorovatel, který zároveň dohlížel na to, aby byla dodržena etika a všechny aspekty pohovoru**. Pohovory vybraných skupin byly provedeny v září 2017 a trvaly 84 – 94 minut, odehrávaly se v izolovaném a privátním místě bez jakéhokoliv rušení kolegů nebo ředitelů**. **Diskuze mezi účastníky vybraných skupin byly nahrávány a přepisovány doslovně přepisovací službou**. **Zahrnovaly také nonverbální komunikaci jako třeba smích a vyrušování, nerozhodnost, váhání, veškeré zápisy byly také kontrolovány SJH.**

 Průvodce polostrukturovaným rozhovorem byl využíván k řízení vybraných skupin, aby se hovořilo o věcech, které byly důležité a zároveň zajistit konzistenci daného pohovoru. Průvodce rozhovorem by neměl být nikde uveden (viz Příloha 1). Z důvodu zajištění vnitřních předpisů se průvodce držel 9 předpokladů vycházejících ze studie (viz tabulka 3).

 **Průvodce rozhovorem obsahoval 6 domén: 1) Rutiny ve vztahu k výživě a dokumentaci, 2) znalost ve vztahu k výživě a dokumentaci, 3) přístup k výživě a dokumentaci 4) kontext k jejich každodenní práci, 5) spolupráce mezi různými spolupracovníky a 6) organizace jejich práce**. Příklady otázek jsou v tabulce 4. Každá doména rozhovoru se skládá z několika otázek (mezi 4 až 12 otázkami v každé doméně) a také z otázek, které byly použity, aby prozkoumaly a zjistily pohled účastníků. Pomohly objasnit situaci v jednotlivých skupinách, jestliže konverzace a rozhovory mezi účastníky neprobíhaly hladce nebo byla zmatečná a nejistá podle toho, o jaké otázky se jednalo.

**Analýza dat**

**Přepsané rozhovory byly analyzovány podle kvalitativní metodologie analýzy obsahu** (30 -32). Bylo potřeba zajistit právoplatnost obsahu vysvětlující pohled na popsané předpoklady. **Pohledy účastníků a jejich vnímání byly pravidelně analyzovány, v úvahu se musela vzít také sociální interakce. Všechna pozorování dynamiky skupiny byly zdokumentovány během sezení a byly následně analyzovány a posouzeny v rámci kontextu spolupracující interakce**. Žádná teorie sociální interakční dynamiky však nebyla zahrnuta do analýzy, při pozorování účastníků a jejich interakcí bylo vše analyzováno podle rámce pro analýzu obsahu. **Shody, neshody a rozdílné pohledy mezi informátory byly uznány a zdůrazněny tazateli jako stejně důležité.**

 **Analýza byla provedena ve čtyřech krocích**. **Prvně, rozhovory byly přečteny SJH několikrát, aby získali celkové porozumění přepisů a poznámek během čtení.** Pro zvýšení spolehlivosti byl začátek čtení pokaždé na jiné stránce. **Za druhé, jednotky relevantní pro daný účel bylo vytvoření dvou výzkumných otázek? 1) Co jsou kompetence vnímání sebe sama** **(rutiny, znalosti a přístup) ohledně výživy a dokumentace mezi sestrami, sociálními a zdravotními asistenty a pomocníci v zdravotních a sociálních službách, kteří pracují v pečovatelských domech nebo domácí péči nebo v domácím ošetřovatelství?** 2**) Kterým faktorům (kontext, spolupráce a organizace)věří zdravotní sestry, sociální a zdravotní asistenti a pomocníci v zdravotních a sociálních službách, že ovlivňují jejich každodenní práci a kvalitu poskytované péče?** 3**) popisová úroveň, odvozené významové jednotky byly označeny a kódovány jako kondenzované významové jednotky**. **Kódy byly zkoumány pro své podobnosti a roztřiďovány do šesti kategorií, proto hlavním jádrem byly popisy vlastního vnímání znalostí zdravotníků, jejich přístup a rutiny ohledně výživy a dokumentace**. **4) (vysvětlující část), tyto kategorie byly srovnány, aby mohly být interpretovány a vysvětleny, jak vlastně zdravotníci přijímají jejich kompetence** stejně tak jako organizační struktur a nakonec shrnuty do dvou hlavních témat. Analýza byla provedena v neustálých rozhovorech mezi SJH a MB a hlavní témata byla diskutována s PUP a CNT, tak aby nedošlo k nedorozumění a byla dodržena maximální platnost. Příklad procesu analýzy je zobrazen na obrázku 1.

 **Pro zvýšení právoplatnosti studie, byl proveden test spolehlivosti.** **Tento test zkoumá obsah dvou nebo více nezávislých kódu, které mají stejný výsledek**, pokud použijeme stejných kódový vzorec. SJH a CNT byli obeznámeni s obsahem metodologie kvalitativní analýzy, která kódovala část přepisů. Hlavní kódovací proces SJH byl pečlivě představen CNT do kódovacího vzorce**. Z částí přepisů SJH a CNT nezávisle na sobě vyvstaly významové jednotky, které byly využity pro výzkumné otázky**. Kódovaný obsah byl porovnáván a neshody byly diskutovány a potom byly některé významové jednotky vylepšeny. Poté, co byly vytvořeny kategorie, SJH zakódoval význam ze všech přepsaných rozhovorů do jednotlivých kategorií. CNT potom třídil jednotlivé kategorií do segmentů z vybraných příkladů. Dva kódy porovnávaly set kódů, které každý označil v textu a vysvětlil důvody pro nesrovnalosti a tak mohly být vytvořeny kategorie a kódy. Kódování a statistická analýza byla vytvořena v ReCal2: Spolehlivost 2 kodérů.

 Dohody mezi hodnotiteli byly propočítávány pro obě výzkumné otázky a vzorky (Krippendorfs

Alpha 0.79) a a významové jednotky a kategorie (Krippendorfs Alpha 0.85) vycházející z Krippendorff alpha právoplatnostní koeficient pohybující se od 0 (úplný nesouhlas) po 1 (úplný souhlas). Žádné přerušení přístupu Alpha nebylo předtím stanoveno, záleželo na stupni shody a neshody, které určila finální Alpha, které bylo použito k objasnění a bylo možné se soustředit na proces analýzy.

 Alpha 0,79 a 0,85 byly využity, jako neshody mezi dvěma kodéry pouze se jednalo o délku extrahované jednotky a ne přímo celkového kontextu.

**Výsledky**

**Analýza datového materiálu ze dvou skupin, která se skládala ze 14 zdravotníků a jejich názorů a zkušeností s výživou a dokumentací v pečovatelských domech a domácí péčí/ domácí ošetřovatelství byla rozdělena do 6 kategorií: 1) nedostatek jednotné a systematické komunikace ohledně výživové péče v praxi 2) znalosti zaměřené na zkušenostech mezi primárními pracovníky a jak je to ovlivňuje v každodenních klinických rozhodnutích 3) různý přístup k výživové péči vedoucí k různým kvalitám této péče 4) odlišnosti v organizování kultury, což působí na kvalitu péče 5) nedostatek jasných podmínek ohledně výživové péče, která má za následek to jak vypadá každodenní péče 6) nedostatek klinického vedení a priorit, které dělají to, že se péče o výživu stává neviditelnou.**

**nedostatek jednotné a systematické komunikace ohledně výživové péče v praxi**

Nedostatek v rozpoznání výhod v dokumentaci a v nepřesné komunikaci má za následek rozporuplné a náhodné rutiny pokud jde o výživovou péči, která ovlivňuje kontinuitu péče a léčby.

 Komunikace zahrnuje obojí jak to, co se objeví v pacientově záznamu, ale také to, co je ústně řečeno a vychází to z terminologie. Primární zdravotnická péče čelí výzvě nepřesnosti klinického jazyka uvnitř a napříč skupinami zdravotníků. Základní klinické termíny jako jsou plány aktivit nebo plán péče jsou často nepochopeny a aplikovány zdravotníky v různých formách, vše vede k tomu, že dochází k nedorozuměním kvůli více druhům terminologie, která pak ovlivňuje jejich každodenní praxi.

 *.. ale je tu ještě něco, co se nazývá plány práce v domech pacientů, kde píšeme jak a co….. místo toho, abychom se zaměřili na jejich dietní příjem, na který bychom si měli dát pozor….. nebo když mluvíte s dietologem pak musíte opravit plány… to je doopravdy realita toho, jak vznikají moje plány. (SSh 2F)… nemyslíte tím, že vyrobíte poznáku a přilepíte ji v kuchyni na skříňku…? (RN,2a).. ano.. (SSH 2f).. to by se nemělo stávat u pacientů doma a takto se rozhodně nevytváří jejich plány! (RN 2A) cílová kupina 2*

Dokumentace není považována být primárním prostředkem, jak komunikovat mezi zdravotníky. To ohrožuje kontinuity péče. Dále, výhody každodenní dokumentace jsou čistě spjaty s obyčejnými problémy a nejsou popisovány jako příznivé v každodenním poskytování péče a léčby mezi skupinami zdravotníků.

 *Myslím si, že celkový záměr je, že bychom měli primárně komunikovat skrz pacientovy zdravotní záznamy, ale… (SSA 2c) dělat to takto, ale způsobilo by to, že malé detaily a nuance by zmizely… (RN 2B) ( cílová skupina 2) … primárně dokumentuje ve zdravotní kartě pacienta, takže jestliže někdo příjde a řekne: já jsem neměl tuto možnost, tak vy můžete jít a podívat se.. (SSA 2D) Myslím, že je to jako vyhýbat se předním stránkám novin. (RN 2) cílová skupina 2*

Zdravotníci nepokládají za důležité a užitečné dokumentovat jejich každodenní klinická rozhodnutí a zároveň vidí nejistotu toho jak a kde dokumentovat důležité informace, pozorování a zásahy do stavu výživy pacientů. Vše vede k nedostatku transparentnosti týkající se kde data o pacientovi dokumentovat a také podtrhuje to, že rutiny, které se týkají dokumentace, jsou čistě náhodné, nekonzistentní, nesystematické a závislé na dané osobě.

 *Jsem opravdu, ale opravdu rozrušená z toho, když slyším, kde dokumentujete? (RN 1A) … pod výživou. Já vyvíjím své plány a pojmenovávám je výživa. (RN 1B) my to také tak děláme v našem okresu (SSA 1C) cílová skupina 1*

Nekonzistentní rutiny dokumentace negativně ovlivňují možnost zdravotníků působit včas a přesně a včas zahájit nebo pokračovat v příslušné intervenci.

 *Ale když jste venku a v cizím domě jako nový zaměstnanec, říkáte si, proč nesní všechno… je nemocný nebo co je vlastně špatně? Je to jeho zuby nebo je v tom něco jiného? No a pak se ukáže, že to bylo něco úplně jiného… ale nikde to nebylo napsané…. ale někdo řek, že slyšel něco o tom… (SSH 1G) cílová skupina 1*

**znalosti zaměřené na zkušenostech mezi primárními pracovníky a jak je to ovlivňuje v každodenních klinických rozhodnutích**

Péče a léčba v pečovatelských domech, domácí péči a ošetřovatelské péči jsou zpochybňovány nedostatečnou aplikací nebo náročností různých typů evidence při procesu klinického rozhodování.

 Není zde žádná formální evidence sdílená s výživovou oblastí mezi zdravotníky. Zdravotníci nezvažují nebo nepoužívají jiné formy znalostí než jejich vlastní anebo jejich kolegů. Co chybělo v každodenní praxi, tak to bylo to, že nebyl kladen důraz na již existující směrnice nebo jiné zdroje evidence. Zdravotníci mají jednostranné vnímání toho, co je výživa a formulují to jako formu stravovacích služeb. Kromě toho, jejich znalosti výživových principů byly skrovné jako to, že měli problémy s vysvětlením toho, jaké akce a intervence jsou vhodné v konkrétních situacích, stejně tak jako vysvětlení spojení mezi pozorováním a intervencí.

 *vždycky se najde někdo, kdo to chce zkusit dělat správně.. (SSA 1C) pak se ho zeptáš, jak by to chtěl dělat v konkrétních situacích.. (SSa 1D) cílová skupina 1*

 *…. ale potom, když jste tam venku, potom si říkám že roky zkušeností ti umožní vědět, že to zvládneš znovu a znovu a znovu …. (SSH 1F) … požádal jsem své kolegy, aby to dělali častěji… (SSH 1G) cílová skupina 1*

 *…. my nemáme žádné porady, kde bychom si mohli sdílet znalosti nebo něco takového. Je to pouze na nás vědět a znát toho, kdo možná o daném tématu zrovna něco ví… (SSa 1E) ano je to spíše učení skrz dělání… (RN 1A) cílová skupina 1*

**různý přístup k výživové péči vedoucí k různým kvalitám této péče**

Zdravotníci bez ohledu na jejich vzdělání, formulují výživovou péči a dokumentaci jako velmi důležitou. Přesto výživě a dokumentaci se nedává stejná priorita jako jiným pečovatelským aktivitám v každodenních činnostech.

 Celkově obojí jak výživová péče, tak dokumentace jsou přijímány jako něco, co je důležité a e to součástí každodenní pracovního úkolu a odpovědnosti a zajištění výživy, také dokumentace příslušných pozorování. Avšak, kvalita v zajištění péče v těchto oblastech je nesourodá a záleží na závislosti a zájmu dané osoby. To znamená, že pokud zdravotníci mají nebo nemají speciální zájem o výživu, potom kvalita péče i léčby pacientů je závislá na tomto:

 *… ale já si myslím, že všichni tady jsme si vědomi toho, jak důležité to je ( výživa) RN 2A… ale co takový chudák pacient? Pacienti, kteří jsou závislí na zájmu zdravotníka o jeho výživu. Zdravotník je mnohdy pro ně jediný, kdo by měl být schopen uvědomit si a propojit si problémy s výživou.. (SSa 2D) … a potom jsou tu zdravotníci, kteří dělají více než jiní protože mají větší zájem v daném tématu a dávají mu přednost… (SSA 2C) cílová skupina 2*

To vede k různorodosti kvality k zajištění péče a léčby, také to ovlivňuje individuální profesionální preference a hodnoty vycházející z výživové péče.

 Nicméně, jsou zde různé přístupy a názory na to, jestli by zdravotníci měli trávit více času nad dokumentací výživové péče a léčby pacienta v jeho záznamech. Někteří zdravotníci cítí, že již nyní tráví příliš mnoho času nad některými nepotřebnými dokumenty, zatímco by jiní uvítali mít více času na to dokumentovat a zaznamenávat. Celkově zde byl rozdílný názor v rámci tří skupiny zdravotníků, s názorem zdravotních sester, že vnímají dokumentaci výživové péče jako ztrátu času a že by bylo dobré se soustředit na opravdové věci v opravdovém životě. Celkově, sociální a zdravotní ošetřovatelé a pomocníci by rádi trávili více času dokumentováním, cítí to spíše tak, že na to mají málo času při práci, ale považují to za důležité, aby bylo možné se utvrdit v tom, že léčba pokračuje dobře.

 *ne, netrávil bych více času dokumentováním! (RN 1A) myslím, že přesně tak to je…. my trávíme, mnoho času dokumentováním. Máme tento nový hrozný systém 1 ½ roku a zabírá to tak moc času… Nemyslím si, že by měl ještě někdo zájem trávit ještě více času dokumentováním.. (RN 1B) ale je to velká věc pro media, kolik času tráví sestry dokumentací, takže nejsme unikátní v tomto směru… (RN 1A) cílová skupina 1*

 *,,, Já si popravdě myslím, že bych chtěl trávit více času dokumentováním. (SSa 2C) … protože je tu tolik, co dokumentovat ( SSH 2F) … je velmi důležité dokumentovat tyto věci jak pro nás tak pro pacienta. Naši kolegové potřebují vědět, jak na tom je… ( SSA 2C) .. a to není vždycky to, na co máme pokaždé čas napsat… (SSh 2F) cílová skupina 2*

**odlišnosti v organizování kultury, což působí na kvalitu péče**

Ačkoliv jsou zdravotníci zaměstnáni u stejné organizace a obce, jsou zde výrazné odlišnosti v denním programu a také v tom, co je považováno za přijatelnou míru péče a léčby v pečovatelských domech, domácí péči a v domácím ošetřovatelství. Rozdíly v kvalitě standardů se mohou promítnout v léčbě a péči pacientů, mohlo by to mít také negativní vliv nebo je vystavit určitému nebezpečí.

 Celkově, zdravotníci pracující v primární zdravotní péči považují základní péči o pacienty za samozřejmost a součást jejich každodenní práce. Práce v domě pacienta představuje zvláštní výzvy. Zdravotníci se mohou cítit zastrašováni a mají tendenci se stahovat do sebe a neberou v potaz pacientovy preference, ačkoliv to potom má negativní důsledek na pacienta. Je někdy těžké diktovat a určovat, co je dobré pro pacienta, co by měl dělat, co by měl jíst, jak by se měl chovat ve svém vlastním domě. Nicméně zdravotníci přijímají svoji roli pouze jako tak, že jsou hosty poskytující služby, ale ne jako zdravotníci s určitými znalostmi, dovednostmi a cennými postřehy.

 *„Cítím, že přijímáme NE velmi rychle… nebo co bychom měli říct. Když přijdu k pacientovi domů a podávat mu jídlo a on řekne – ne já to nechce, vůbec nemám hlad – pak nezbývá než to přijmout místo toho než se snažit nějak ho povzbudit k tomu, aby se najedl…“ (SSA, 1D) a je to pravděpodobně proto, že se říká, že by se mělo akceptovat přání pacienta … (SSA, 1C).. musí to být přeci hrozně otravné, když někdo přijde a řekne vám, že tohle teď musíte sníst… (SSA, 1E)*

 Navíc, je velmi těžké poskytovat péči v domě pacienta, pokud zde je nesoulad mezi pacientem, příbuznými a poskytovatelem péče. Je zde také nevyhnutelná autonomie ve vlastním domě pacienta a to může někdy vést k tomu, že se zdravotník zdrží některé péče a léčby. Nerovný a nevyvážený vztah ovlivňuje velmi efekt dané péče. Zdravotník někde musí dát stranou to, co se naučil ohledně poskytování poradenství a péči v oblasti nutričního poradenství. Často musí také určovat nejistý směr léčby a snažit se navrhnout alternativní řešení situace, ve které nejsou zdravotníci školeni.

 *„… tady opravdu čelíme zkouškám.. (SSA, 1C), když stojíte proti pacientovi a jejich rodině, tak jste prostě někde odstrčeni. Potom je veškerý trénink a školení k ničemu. (SSH, 1G).. protože to je přesně to, co bychom se měli učit a na co se připravovat.. (RN, 1A)… a najednou jsme velmi daleko od toho, co jsme se vlastně naučili (SSA, 1C) a děláme přesně opak toho, co bychom měli. (RN, 1A) skupina 1*

Takže tu máme rozdíly v praxi a kvalitě standardů napříč stejnými organizacemi ve stejné obci (domácí péče versus pečovatelské domy), to vše má za následek, že vede ke zhoršení nebo úpadku v rámci pečovatelských domů nebo domácí péčí. Denní používání: schémata na cukr v krvi, jsou zde velké rozdíly v nutričním screeningu. Přístroje, které je vhodné použít v pečovatelských domech, nejsou vždy používány v domácí péči nebo v domácím ošetřovatelství navzdory jejich relevanci v použití. Zdravotníci jsou si vědomi těchto rozdílů a praktik, přesto o nich nemluví jako o kvalitě rozdílů nebo o zhoršení kvality. Celkově to přijímají jako to, že máme významné rozdíly v postupech v rámci různého přizpůsobení.

***Schéma cukru v krvi:*** *… Když jsem začal pracovat v této oblasti, začal jsem v pečovatelském domě a tady jsem se naučil, že mám používat tato schémata. Pak jsem se dostal k domácí péči a zde mi bylo řečeno, že za žádných okolností nemusím tato schémata používat. To bylo pro mě opravdu zvláštní, protože si sám osobně myslím, že jsou užitečná. (SSA, 1E) .. Nerozumím tomu. Jaký může bt rozdíl mezí tím být v pečovatelském domě nebo v domácí péči? (RN, 1B) .. Nevím, ale myslím si, že je to to samé…. zvláště ve stejné obci. (SSA, 1E) ( skupina 1)*

***Nástroje pro nutriční screening:*** *Ne, my nepoužíváme nástroje pro nutriční screening v domě pacienta. V pečovatelských domech si myslím, že je používají. ( SSH, 2G) … a stejně tak v nemocnicích. To je jak se vám promítne vše o výživě, že? (SSA, 2D).. ale my máme něterá… (SSA, 2C) ano, existují… (SSA, 2D) .. jistě.. (SSH, 2G) (skupina 2)*

**nedostatek jasných podmínek ohledně výživové péče, která má za následek to jak vypadá každodenní péče**

Zmatek a nejistota ohledně profesionálních funkcí a oblastí odpovědnosti v rámci výživové oblasti a dokumentaci, má za následek kvalitu odváděné péče. Když pacientovy výživové problémy jsou odhaleny zaměstnancem, je velmi těžké pro daného zaměstnance vyhodnotit, koho má kontaktovat a koho má požádat o další pomoc nebo asistenci.

 *To znamená, že je to výzva. To není tak, že by tu nebyly nějací dodavatelé stravovacích služeb nebo něco takového, to není ten problém. Problém je, kdo by se toho měl ujmout, pokud dojde k problému. (SSA) (skupina 2)*

Rozdělení odpovědnosti a funkcí v rámci nebo napříč třemi skupinami zdravotníků není jasně definována. Není jasné, co všechno vlastně zahrnuje odpovědnost daného zdravotníka a kdy se do toho má zapojit kolega nebo se má zavolat jiný zdravotník. Bez ohledu na vzdělání, všichni zdravotníci mají za povinnost zaznamenávat vše, co považují za důležité ohledně výživy daného pacienta, ačkoliv je někdy těžké rozhodnout, kdo má dělat co, kdy a kde.

*Ne, my nemáme rozdílné úrovně odpovědnosti. My všichni děláme to samé. (SSA) .. Myslím tím, že na našem obvodu, když vím, že možná někdo má stravovací problém, obvykle ho navštívíme a potom …ehm… kontaktujeme sestru nebo dietologa, když se to zdá hodně špatné. (SSA) Myslím si, že jsou to ti, kteří se starají o konkrétního pacienta a ti jsou odpovědní, bez ohledu na vzdělání. (RN) ( skupina 1)*

**nedostatek klinického vedení a priorit, které dělají to, že se péče o výživu stává neviditelnou**

Je zde vnímaný nedostatek organizačního a klinického vedení a zaměření se na priority ve výživové péči a dokumentaci. Také je vnímáno, že zde není systematický přístup k trénování a vzdělávání nových zaměstnanců v dokumentačním systému nebo v návodech výživové péče, což má za následek, že zdravotníci mají různorodý a nekonzistentní přístup k těmto oblastech v jejich každodenní práci. Nedostatek času a nedostatek zdrojů je vnímáno jako něco, co velmi ovlivňuje jejich práci každý den a kvalitu jejich péče. Víceméně, výživová péče a dokumentace nejsou prioritami v primární zdravotnické péči.

 ***Čas:*** *dobře, neměl bych to říkat, ale nedostatek času je důležitým faktorem, který nám brání dělat naši práci… (SSH) (skupina 1)*

***Agenda:***  *ne, nemyslím si, že výživa je na agendě… (SSA) (skupina 2)*

Trénování a vzdělávání v dokumentaci a výživové péči není prováděno systematicky nebo pravidelně, stejně tak trénování je prováděno kopírováním toho, co dělají kolegové. To znamená, že noví kolegové jsou školeni různě a že školení v určité organizaci záleží na osobě, která školení provádí. Jelikož neexistují žádné příručky nebo postupy, které by se měly dodržovat, když jsou noví zdravotníci přijímáni a podle čeho by museli být školeni. To vede k odlišnostem a nesrovnalostem v každodenní práci zdravotnického personálu.

 *Není to nic jiného než dekódování praktik mých kolegů (SSA)… myslím tím, že v ošetřovatelství, když je přijat nový kolega, tak stávající zaměstnanec dostane za úkol ho zaškolit. Ale jeden zaměstnanec učí návyky a praxi jedním způsobem a jiný zase odlišným způsobem. Nejsou zde žádná pravidla, žádný strukturovaný trénink. Takže dva noví kolegové mohou být zaškolování zcela odlišně, protože zde není jasně daný postup…. (RN) (skupina 1)*

 Odlišné školení a vzdělávání ovlivňuje zdravotníky každý den, tak jako nedostatek specifických znalostí a náhled do existujícího výživového screeningu a jeho nástrojů a podpory elektronického systému způsobuje, že jejich každodenní práce je suboptimální a neefektivní. Není zde jasně dané, jaké nástroje, příručky nebo systémy by měly být aplikovány každý den,

 *je nemožnébýt si pokaždé vědom toho, který nástroj využít, když školení k naší práci bylo neužitečné a nesprávné (SSH) navíc, existuje zde mnoho dalších nástrojů, o kterých jsem mluvil už se svými nadřízenými. Potom tu máte tyto a tamty nástroje, které jsou ve skutečnosti podobné jiným. Avšak, my bychom je nemohli použít, protože existují pouze na papíře, take zabere mnoho času je zapojit do dokumentového systému. Takže to není dobré… (RN) (skupina 1)*

**Diskuze**

Tato studie zkoumala, jak zdravotníci vidí jejich kompetence v rámci výživy a dokumentace a jak organizační struktury ovlivňují jejich každodenní práci a kvalitu péče prováděné v pečovatelských domech, domácí péči a domácím ošetřovatelství.

 Příčná analýza kategorizovaných významových jednotek odhalila dvě témata: 1) absenci interních a intra profesionální spolupráce a komunikace, která brání optimálnímu klinickému rozhodování a 2) zhoršení kvality v důsledku špatně stanovené struktury péče ve výživě.

Nicméně, tato dvě témata vysvětlují, že z pohledu zdravotníků a organizace, která poskytuje zdroje, by měla upřednostňovat a formulovat potřeby každodenní nutriční péče a dokumentace, to vše je předpokladem pro kvalitní léčbu a péči.

 Víceméně, optimální klinická rozhodnutí vytvářená zdravotníky jsou ohrožena kvůli nepřesným formulacím a terminologii v pacientových záznamech a také kvůli chybějícím návodům a standardům pro spolupráci mezi různými zdravotníky, kteří pracují v pečovatelských domech, domácí péči nebo v domácím ošetřovatelství.

**absence interních a intra profesionální spolupráce a komunikace, která brání optimálnímu klinickému rozhodování**

Spolupráce a dokumentace v rámci a mezi různými zdravotnickými profesemi jsou kompenzovány omezenou dokumentací a mírní tím profesionální znalosti a přístup k nutriční léčbě. Neadekvátní dokumentace a znalosti o případech a efektech např: záměna v dietním příjmu potravy nebo změny ve váze mezi pacienty, může vést k denním klinickým rozhodnutím týkající se péče a dílčího volitelného zacházení. To je ve spojení s výsledky z meta analýzy evidence efektů o výživových znalostech v každodenním procesu a pacientově výsledcích kde je uzavřeno že to může mít závažné důsledky pro pacienty když zdravotníci a jejich znalosti nebo porozumění výživě je velmi omezené. Dospělo se také k závěru, že vylepšení ve znalostech o výživě mělo pozitivní důsledek na dokumentaci týkající se výživy prováděné zdravotními sestrami. Významný příznivý účinek ve zvýšené znalosti o výživě mezi zdravotníky v pečovatelských domech bylo zjištěno u řady výsledků, např jako zvýšení příjmu výživy, zlepšení na váze a kompozici těla, zlepšení hlášení stravovacích potíží a nakonec výrazné snížení prevalence podvýživy pacientů. Růst znalostí a porozumění výživě a dokumentaci může zlepšit výživovou péči. To zdůrazňuje potřebu organizace zaměřit se na zřízení místních post graduálních kurzů pro zdravotníky, zahrnující výživu i dokumentaci.

 Současná studie poukázala na problémy spojené s nepřesnou, nekonzistentní a nejednoznačnou terminologií a klinickým jazykem. Zdravotníci si různě vykládali klinické termíny, jako jsou plány práce a plány výživové péče, to vedlo k nedorozuměním a k výzvám v každodenní práci. Nepřesné používání jazyka vede k nedostatečnému předávání informací mezi zdravotníky a to má vliv na rozhodování ohledně léčby. Výhradně to může mít za důsledek nedostatečné zahájení intervencí související s výživou a tím se zvyšuje riziko nepříznivých výsledků pacienta, jako je podvýživa. Souvislost mezi výživovou péčí a léčbou je komplikována nedostatkem inter a intra profesionální komunikace mezi obcí protože klinický jazyk a terminologie, kterou zdravotníci využívají v mluveném a v písemném projevu není ani konzistentní ani nemůže být chápána stejným způsobem zdravotníky.

Toto je v souladu se zjištěními z jiné studie, která přišla s tím, že pacienti s identickými symptomy nebo podobnými problémy mohou dostat odlišnou diagnózu kvůli odlišnému porozumění klinických termínů a jazyka. Dále bylo zjištěno, že nedostatek správného jazyka a konzistentní terminologie vytváří téměř nemožné pro klinické pracovníky, výzkumné pracovníky a manažery agregovat, sdílet nebo znovu použít data od pacientů a z jejich složek, tak jako jsou současné definice a pochopení klinických pojmů nejednoznačné a vše je spojené s tím, jak každý zdravotník sám o sobě chápe individuální termíny. Proto by mělo být v hlavním zájmu zavést společnou terminologii a jazyk, který bude chápán a aplikován pro všechny stejně a to všemi zdravotníky, tím pádem by bylo zajištěno, že pacient dostane lepší péči.

 V současné studii, bylo vnímáno, že zdravotníci mají předpoklady pro poskytování vysoké kvality nutriční péče, vše je ovlivněno nedostatkem a špatně srozumitelnými formálními pokyny pro každodenní postup a spolupráci mezi různými zdravotníky. Například zmatek a nedostatek transparentnosti souvisejí s tím, jaký zdravotník je odpovědný za specifickou oblast v nutriční péči a dokumentaci. Vše je pak těžší rozpoznat, kdo dělá co, jak, kdy a kde. Nakonec to vše může vést k intervencím prováděným dvakrát různými zdravotníky, vyplývá, že nic nebylo zahájeno nebo provedeno. Podobné výzvy byly identifikovány v jiných studiích s rozdílnými podmínkami. S nemocničním zázemím, s různými odděleními, našly se také nesrovnalosti ve vzájemném vnímání spolupráce mezi různými zdravotníky. Zmatek a problémy spojené se spoluprácí mezi zdravotníky a jejich interakcí vede k problémům mezi v koordinaci pacientovy péče a léčby a v podstatě ovlivňuje kvalitu celkové péče poskytované pacientům. Dále, výzkum opakovaně prokázal a zdokumentoval, že dopad problémů spolupráce v pracovních procesech má dopad na bezpečnost pacientů. Například, selhání ve spolupráci bylo zjištěno v mnoha zařízeních, je to například selhání komunikace z důvodu chybějící dokumentace, slabé plánování pacientovy péče, chybné diagnózy pacientů v důsledku selhání komunikace, nevhodné přijetí nebo zpětné převzetí do nemocnice. Proto se zdravotníci musí přesvědčit o tom, že jejich spolupráce a komunikace je efektivní používáním konzistentní terminologie a efektním způsobem bude využita ke kvalitní a bezpečné péči o pacienta.

**zhoršení kvality v důsledku špatně stanovené struktury péče ve výživě.**

V současné studii bylo zjištěno, že vedení a manažeři dostatečně neupřednostňují výživovou péči a dokumentaci na vysokou úroveň kvality a nehlídají zdroje zaměřené na průběžné systematické školení ve výživové péči a dokumentaci. To je problém, jak ukazují studie, že nedostatečné zaměření se na systematické školení a zvyšování dovedností a kompetencí jsou bariérou pro včasnou identifikaci a léčbu podvyživených pacientů. Studie prokázaly, že organizační podpora a upřednostňování nutriční péče je důležité, aby se dosáhlo zlepšení v nutriční terapii a k poklesu podvyživených pacientů a riziku podvýživy. Systematické přezkoumání kontrolované studie vyšetřovalo důsledky chybějící specifické struktury nutriční péče a komunitní nastavení výsledků a denních procesů u obou pacientů. Dobře integrované a zavedené modely a organizace péče se ukázalo jako něco, co vede k zlepšení dané péče například dokumentace a spolupráce mezi zdravotníky. Dále, tyto velmi dobře zavedené struktury a modely péče mají potenciál redukovat hospitalizace, zpětné převzetí a využívání domácí péče a služby domácího ošetřovatelství. Je proto zásadní, že organizace vyžaduje, aby místní vedení a manažeři přidělují nepřetržitě zdroje pro efektivní výživu, dokumentaci školení zaměstnanců a snaží se úspěšně podporovat změnu v rámci nutriční péče a jeho následnou dokumentaci.

Zdravotníci a jejich rozhodnutí, kam bude péče o pacienta směřovat, jsou založena na zkušenostech jejich vlastních a jejich kolegů v nutriční oblasti a dokumentaci. Neodpovídají národním pokynům pro specifické oblasti výživové péče: jak vypočítávat proteiny a energetický příjem pro individuální pacienty ani se nedokazují na místní popisy standardů péče. Jestliže klinická rozhodnutí jsou založena na evidenci, risk, který vyvolá nutriční zásah nebo činnosti, které mohou být také nadbytečné dokonce i škodlivé pro pacienty. Přístup založený na důkazech to, aby zdravotník nejen dal na svoji vlastní zkušenost, ale také bere v úvahu znalosti z nejlepší vědní evidence a pacientovy preference v klinickém procesu rozhodování. Organizace, která systematicky realizuje a průběžně projednává a vytváří přístup založený na důkazech, má pozitivní dopad na znalosti, přístup a každodenní dovednosti zdravotníků. Pokud se ředitelé a manažeři nezaměří a převezme explicitně odpovědnost pro vytváření jiných zdrojů evidence, které budou dostupné pro zdravotníky zaměstnané v jejich oblasti, a nebude se vyžadovat, aby to začlenili do denních klinických rozhodnutí, stále to bude mít negativní dopad na nutriční péči a zdraví pacientů.

 Ve studiích obce jsou podstatné rozdíly v denních rutinách zdravotník a postupech zajišťující výživovou péči a dokumentaci. Používání různých schémat a nástrojů, jako je schéma na množství cukru v krvi a výživový screening, jsou velmi dobře začleněny v některých částech obce, speciálně v pečovatelských domech a jsou také velkým přínosem pro pacienty jako podpora a usnadnění koordinace péče a léčby skrz výrazně vylepšenou dokumentaci. Používání ověřených nástrojů pro nutriční screening je spojováno s lepší výživovou péčí a nižšími hodnotami spojovanými s podvýživou. Je problematické, že v jiných částech obce, speciálně v domácí péči a domácím ošetřovatelství, tato dostupná schémata a nástroje nejsou stále využívány a aplikovány pro zahájení nutričních intervencí na míru, které chybí. Dále, rozdíly v kvalitě uvnitř stejné obce, které byly identifikovány v naší studii, jsou kvůli organizačním strukturám, které nejsou konzistentní ve všech částech. Organizace by měla být pozorná ke stanovení společných kroků pro výživu a dokumentaci pro pacienty s identickými symptomy a problémy, takže může být očekáváno, že všichni pacienti, nehledě na tom, kde žijí, budou dostávat vysoce kvalitní péči a léčbu.

**Metodická úvaha**

**Váha této studie je v bohatosti dat získaných ze skupinových dynamik v rozhovorech skupin**. **Účastníci zapojených skupin reprezentují reálné zaměstnance pracující v primární zdravotnické péči s ohledem na jejich vzdělání, jejich věk, jejich počet let ve vzdělání a počet let, které mají odpracované v pečovatelských domech nebo domácí péči nebo domácím ošetřovatelství**. Maximální variace a reprezentování opravdové klinické praxe bylo výhodou a dovolovalo to podívat se na to z různých perspektiv. Avšak to může být bráno jako potencionální nevýhoda kvůli nerovnosti ve vzdělání, díle a hierarchii ve skupinách (účastníci s 3 ½ lety vzdělání a účastníci s 1 rokem a 2 měsíci v jedné skupině). Avšak, nebyly zde žádné viditelné známky nerovnoměrnosti sil nebo hierarchie, která možná mohla bránit všem účastníkům podávat svůj pohled na věc. Wengraf (2001) a Wilkinson (1998) prohlásili, že existuje menší riziko nerovnováhy v cílových skupinách než v rozhovorech jeden na jednoho, kde výzkumníci mají často mnohem větší moc.

 **Dále, kompozice témat nebyly pouze vypracované na základě dat z přepisovaných rozhovorů, ale také na základě diskuzí napříč účastníky v cílové skupině**. Tento přístup k rozhovorům ve skupině byl vybrán za účelem detekce a sledování dynamiky a interakce mezi třemi skupinami zdravotníků, kteří denně spolu pracují a spolupracují. **Pozorování byla provedena autory SJH a MB během rozhovorů, tak aby byla podpořena hlavní témata a aby se také ověřila naše zjištění**. Je to metodická úvaha, že dva z autorů (SJH, MB) byli také účastníky ve skupinových diskuzích, reprezentují obojí, jak vnitřní tak vnější perspektivu. Možným problémem spojeným s vnitřní a vnější perspektivou byly různé role autorů, nejenom že byli oba účastníky rozhovorů v cílových skupinách, ale také to byli oni, kdo interpretovali data. Je tu možnost předsudků kvůli porozumění tématu a kontextu. Abychom překonali tento předsudek, třetí autor (CNT), který nebyl zapojen do rozhovorů v cílových skupinách, byl zapojen v různých fázích procesu analýzy, aby podpořil validitu a spolehlivost výsledků.

**Závěr**

**Tato studie poskytuje důležité informace týkající se vnímaných kompetencí a faktorů, které ovlivňují každodenní kvalitu péče mezi různorodou a spolupracující skupinou zdravotníků v pečovatelských domech a domácí péči/ domácím ošetřovatelství. Znalost přiměřeného stavu výživy má důležitý účinek psychický a fyzický stav pacienta, priority v potřebách zajišťující bezpečí a kvalitu včetně zvýšeného zaměření na kompetence zdravotníků v pečovatelských domech, domácí péči a domácím ošetřovatelství. Jestliže nutriční péče a následná dokumentace není považována za součást každodenní léčby a péče organizací a obcí, potom se nemůže očekávat, že zdravotníci budou poskytovat tu nejvyšší možnou péči.**

**Význam pro klinickou praxi**

Objevy této studie jsou prospěšné pro podporu organizací s těmito specifickými podmínkami a se strategií zaměřující se na vzrůstající nutriční péči a kompetence v dokumentaci mezi zdravotníky. Dále výsledky volají po každodenní angažovanosti a podpoře vedení a manažerů ve strukturování důležitosti nutriční péče a léčby a její následnou dokumentaci.