DOI: 10.35191/medsoft_2026_1_38_zimova

KOMPAS: DATOVÝ STANDARD DOMÁCÍ A KOMUNITNÍ PÉČE

Michaela Zímová, Jana Hyxová, Miroslav Zvolský

Abstrakt

Vývojem datového standardu v domácí a komunitní péči se v současné době zabývá projekt KOMPAS, který se zaměřuje na nejednotnost ošetřovatelské dokumentace a rozdíly v rutinně sbíraných datech mezi poskytovateli. Minimální datový standard definuje, jaké údaje se v domácí péči sbírají a v jaké podobě se zaznamenávají. Datový model má dvě části, a to vstupní posouzení a návštěvu. Vstupní posouzení sbírá komplexní informace o pacientovi při přijetí do domácí péče. Sekce návštěva umožňuje popsat poskytnutou péči, a tak v čase sledovat změnu náročnosti péče. Minimální datový standard vytváří předpoklady pro interoperabilitu informačních systémů, sdílení dat a vytvoření sekundární klasifikace pacientů na základě klinické náročnosti a nákladovosti.

Klíčová slova

domácí péče, komunitní péče, datový standard, standardizace dat

1 Úvod

Projekt KOMPAS otevírá v České republice problematiku datového standardu v domácí a komunitní péči. Reaguje na současný stav, kdy ošetřovatelská dokumentace není jednotně strukturována a rutinně sbíraná data se mezi poskytovateli významně liší. Tato situace omezuje interoperabilitu informačních systémů, možnosti sdílení dat i jejich využití pro hodnocení kvality péče. Vytvoření jednotného standardu je nezbytným krokem k zapojení domácí a komunitní péče do elektronizace zdravotnictví a k rozvoji elektronické ošetřovatelské dokumentace v tomto segmentu.

Navržený datový model vznikl na základě inspirace zahraničními datovými modely, analýzy stávající ošetřovatelské dokumentace poskytnuté poskytovateli domácí péče a expertních zkušeností z odborností 925, 926 a 913. Model byl průběžně konzultován a validován expertním panelem.

Datový model je tvořen dvěma částmi: vstupní posouzení a záznam návštěvy. Vstupní posouzení zahrnuje hodnocení funkčních a kognitivních schopností, klinického a fyzického stavu, a charakteristik domácího prostředí. Součástí jsou standardizované hodnotící nástroje. Záznam návštěvy zachycuje průběh poskytované péče prostřednictvím záznamu délky návštěvy a zaznamenání vybraných intervencí popisujících ošetřovatelské činnosti a jejich časové délky.

Takto navržený datový model představuje standard určený k implementaci do softwarových řešení poskytovatelů domácí péče. Definuje jednotnou strukturu, obsah a význam sbíraných dat a vytváří tak předpoklady pro interoperabilitu informačních systémů, sdílení informací a jejich sekundární využití pro klasifikaci pacientů. Aktuálně je sběr dat realizován prostřednictvím registrů rezortu zdravotnictví (eREG), které jsou součástí Národního zdravotnického informačního systému, jejž spravuje ÚZIS ČR. První zkušenosti z pilotního sběru dat potvrzují proveditelnost navrženého řešení, vhodnost nastavených parametrů i potenciál standardu pro hodnocení kvality, srovnávání poskytované péče a budoucí rozvoj elektronické ošetřovatelské dokumentace. Projekt představuje jeden z prvních kroků k vytvoření národně využitelného datového standardu pro domácí a komunitní péči.

2 Minimální datový standard

Minimální datový standard představuje jednotný soubor pravidel a definice specifikujících jaké údaje se v domácí péči sbírají, a především v jakém formátu se zaznamenávají. Předávání standardizovaných informací pomáhá snížit počet opomenutých klinických příležitostí, a tak přispívá ke zlepšení a zacílení potřebné péče, dále poskytuje výzkumná data pro analytické účely (např. riziko hospitalizace) (Sockolow, Chou, & Park, 2022).

Sběr podle jednotného standardu slouží také potřebám zdravotnického systému, například v oblasti úhrad, hodnocení kvality a klinického výzkumu. V rámci projektu KOMPAS, vytváří minimální datový standard podklad pro tvorbu sekundární klasifikace pacientů v domácí péči, tedy pro následné zařazení pacientů a poskytnuté péče do kategorií podle klinické náročnosti a nákladovosti. Takto získaná data pak mohou sloužit jako podklad pro nastavení úhrad v sektoru domácí péče.

Minimální datový standard vycházející z projektu KOMPAS je v současné době postaven na základech, které vychází ze zavedené praxe i ze současných trendů v sektoru domácí péče (proto se nazývá *minimální*). Širší datový standard již současně implementuje položky, které se na základě rozsáhlých rešerší zahraniční literatury, diskuzí s experty z domácí péče a metodickým centrem ukázaly jako významné. Tento vývoj musí být však doprovázen edukací pracovníků v sektoru domácí péče. Standardizace dat je nejefektivnější tehdy, když je zajištěna sémantická interoperabilita, tedy když příjemce dat plně rozumí významu jednotlivých položek stejným způsobem, jak jej tvůrci zamýšleli (Schulz, Stegwee, & Chronaki, 2019).

3 Vstupní posouzení

První část dokumentace tvoří vstupní posouzení pacienta, jenž sbírá podrobná data o stavu pacienta při přijetí do domácí péče. Tato část je tvořena důležitými parametry pro posouzení zdravotního stavu pacienta a nastavení vhodného individualizovaného plánu péče.

3.1 Profil pacienta

Na začátku této části je pacient zařazen do tzv. *diagnostické skupiny* personálem domácí péče, který disponuje výhodou přímého vizuálního zhodnocení pacienta. Diagnostická skupina popisuje stav, se kterým je pacient v domácí péči ošetřován. Taková skupina se nemusí shodovat s indikací do domácí péče praktickým nebo ošetřujícím lékařem.

Nedílnou součástí plánování péče je také posouzení environmentálních faktorů domácího prostředí a sociální interakce. Bezpečné a přístupné prostředí zlepšuje zdraví starších lidí i kvalitu péče a umožňují jim žít samostatněji (Fang, Phung, Olley, & Lee, 2024). Zjišťuje se zejména, zda pacient bydlí sám nebo s dalšími osobami, přítomnost neformálního pečujícího, či přítomnost prostorových bariér. Dále se zohledňují významná zdravotní omezení, např. ochrnutí, využívání zdravotnických pomůcek a čerpání sociálních služeb.

3.2 Kognitivní a funkční stav

Kognitivní zhodnocení hraje klíčovou roli při odhalení časných příznaků kognitivních poruch. Datový standard sleduje základní informaci o kognitivním stavu pacienta prostřednictvím parametru orientace, tedy zda je pacient orientován časem, místem nebo osobou. V případě potřeby zhodnocení dalších aspektů kognitivních funkcí je doporučeno využít standardizovaný nástroj Mini Mental State Examination (MMSE).

Posouzení funkčního stavu probíhá formou hodnocení aktivit běžného života (ADL). Tento parametr zachycuje míru soběstačnosti pacienta v denní rutině, což následně umožňuje určit rozsah potřebné pomoci a nastavit tak individuální plán péče. Toto posouzení zároveň pomáhá predikovat, jak náročná domácí péče o daného pacienta bude. Studie zjistila, že pokles kognitivních schopností a pohyblivosti souvisí se zhoršenou funkčností v základních i instrumentálních činnostech (Predebon, a další, 2021). Minimální datový standard využívá k posouzení úrovně soběstačnosti *Základní test Barthelové*. Nástroj nehodnotí psychické funkce ani sociální adaptabilitu, soustředí se výhradně na funkční stav pacienta. Nástroj hodnotí deset základních oblastí: jedení, přesun z invalidního vozíku na lůžko a zpět, provádění osobní hygieny, posazení se na toaletu a vstání z ní, koupání nebo sprchování, chůzi (pohyb na vozíku) na rovném povrchu, chůzi do schodů a ze schodů, oblékání, ovládání stolice a ovládání močení (Pokorná, Komínková, Schneiderová, & Pinkavová, 2013). Pro pacienty s potřebou paliativní péče je použito hodnocení PPS (Palliative Performance Scale). Nástroj PPS pomáhá týmu orientovat se v tom, v jaké fázi nemoci se pacient nachází, a přizpůsobit tomu plán péče. Opakované měření PPS v čase umožňuje zachytit trajektorii zhoršování, a tak včas reagovat, např. přehodnotit cíle péče nebo zahájit intenzivnější symptomatickou léčbu. PPS verze 2 hodnotí pět oblastí: pohyblivost, aktivita a rozsah nemoci, sebeobsluha, příjem potravy a tekutin a úroveň vědomí (Slámová & Vlčkova, 2026).

3.3 Klinický a fyzický stav

Posouzení klinického a fyzického stavu zahrnuje hodnocení stavu kožní integrity, zaznamenání přítomnost lézí a popis jejich charakteristik. Dále se hodnotní nutriční stav pomocí hodnotícího nástroje MNA-SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form), který představuje zkrácenou verzi nutričního screeningového dotazníku MNA vhodným pro hodnocení stavu podvýživy v geriatrickém prostředí. Nástroj hodnotí šest oblastí: příjem potravy, úbytek váhy, mobilitu, stres či závažné onemocnění, neuropsychické obtíže a BMI (Bielaková, 2018). Dalším parametrem jsou hmotnostní kategorie, kde je pacient následně zařazen do jedné z kategorií na základě dostupného údaje o hmotnosti nebo kvalifikovaného odhadu. Součástí posouzení je rovněž záznam přítomnosti invazivních vstupů a vývodů.

3.4 Rizikové screeningy

Využívání rizikových screeningových nástrojů pomáhá zdravotnickému personálu rozpoznat pacienty s komplexními zdravotními potřebami a poskytnout jim včasnou péči odpovídající jejich aktuálnímu stavu. Screeningové nástroje umožňují předcházet vzniku rizikových stavů a na základě jejich výsledků lze cíleně plánovat preventivní opatření, která tak umožní zmírnění nebo zlepšení rizikového stavu.

Kromě výše uvedených standardizovaných nástrojů, využívá datový standard další nástroje zaměřené na konkrétní oblasti:

Škála Bradenové

Škála Bradenové slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů. Na základě posouzené míry rizika u konkrétního pacienta se vytváří plán opatření k prevenci vzniku proleženin. Škála hodnotí šest oblastí: smyslové vnímání, vlhkost, aktivitu, mobilitu, výživu, tření a střih (Mandysová, Ehler, & Trejbalová, 2012).

Škála Morseové

Škála Morseové představuje standardizovaný nástroj k posouzení rizika pádů. Identifikace rizika umožňuje cílené plánování preventivních opatření. Škála Morseové hodnotí šest oblastí: pád v anamnéze, přidruženou diagnózu, pomůcky k chůzi, intravenózní terapii/zátku fyziologického roztoku, chůzi a psychický stav (Morse, Morse, & Tylko, 1989).

FRAIL Scale

FRAIL Scale je nástroj určený ke screeningu rizika syndromu geriatrické křehkosti (frailty) doporučený pro primární a neakutní péči. Použití škály umožňuje včasnou identifikaci jedinců se zvýšeným rizikem zhoršení zdravotního a funkčního stavu, a tím přispívá k včasnému plánování preventivních a podpůrných opatření. Nástroj hodnotí pět základních oblastí: únavu, odolnost, mobilitu, přítomnost nemoci a úbytek hmotnosti (Vaňková, a další, 2023).

VAS

Vizuální analogová škála (VAS) je jednoduchý nástroj používaný k hodnocení bolesti. Umožňuje zachytit subjektivní prožitek bolesti pacienta a zaznamenat aktuální intenzitu. Pacient označí pociťovanou intenzitu bolesti na úsečce o délce 10 cm, přičemž 0 cm odpovídá stavu „žádná bolest" a 10 cm představuje „nejvyšší představitelnou bolest". V datovém standardu se alternativně využívá numerická škála bolesti (NRS), kde pacient hodnotí bolest na číselné škále od 0 do 10. Hodnota VAS je považována za ekvivalentní numerické škále NRS (ÚZIS ČR, 2026).

PAINAD

Škála PAINAD (Pain Assessement in Advanced Dementia) byla vyvinuta pro pacienty s pokročilou demencí a poruchou řeči. Její užití je proto indikováno v situacích, kdy pacient v důsledku kognitivního deficitu, poruchy řeči či porozumění není schopen bolest spolehlivě verbalizovat ani použít stupnici k jejímu měření. Hodnocení proto provádí vyškolený zdravotnický pracovník (ÚZIS ČR, 2026).

Hodnocení ESAS

Škála ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) slouží k rychlému hodnocení intenzity a závažnosti symptomů u pacientů s pokročilým či chronickým onemocněním. Umožňuje identifikaci symptomů, monitorování jejich vývoje a podporu cílených intervencí. V české klinické praxi je ESAS využíván zejména v oblasti paliativní péče. Nástroj hodnotí devět oblastí s volitelnou desátou položkou: bolest, únavu, ospalost, nevolnost, nechutenství, dušnost, depresi, úzkost, celkovou pohodu a další problémy (volitelná položka) (ÚZIS ČR, 2026).

Hodnocení MSSE

MSSE (Mini Suffering State Examination) je nástroj určený k hodnocení míry utrpení pacientů, kteří nejsou schopni verbalizovat své obtíže či použít numerickou škálu k zachycení závažnosti symptomů (např. ESAS). Tento nástroj lze současně využít i u pacientů s jinak změněnými kognitivními funkcemi nebo s jiným neurologickým omezením (např. delirium, těžká deprese) (ÚZIS ČR, 2026).

3.5 Nastavení plánu péče

Položka plán péče umožňuje nastavit orientační rozsah péče prostřednictvím záznamu vybraných intervencí a předpokládané frekvence jejich poskytování. Intervence se při zadávání vybírají ze seznamu určeného pro konkrétní odbornost. Zaznamenané intervence nejsou omezeny pouze na ty, které indikuje praktický nebo ošetřující lékař (např. na dokladu 06/dp), ale vycházejí z odborného posouzení zdravotnického personálu a z péče, která bude pacientovi skutečně poskytnuta.

Příklad záznamu intervencí v plánu péče je zobrazen v tabulce níže:

Intervence	Frekvence
D1001 Kontrola a měření vitálních funkcí a celkového stavu	každý den
D1052 Aplikace léčiva I.V., I.M. nebo S.C.	4x/týden
06331 Zavedení a ošetření permanentních močových katetrů, pravidelná hygiena	2x/měsíc

Tabulka 1 – ilustruje záznam intervencí v sekci plán péče ve vstupním posouzení při přijetí pacienta do domácí péče.

4 Návštěva

Druhá část, tedy sekce Návštěva v datovém standardu, umožňuje zachytit průběh poskytované péče pacientovi, vývoj její náročnosti a vývoj stavu pacienta v čase. Základními parametry návštěvy jsou datum návštěvy, údaj o času zahájení a konce návštěvy a seznam intervencí popisujících poskytnutou péči. Nedílnou součástí hodnocení stavu během návštěvy je i záznam hodnocení léze, a to v případě změny stávající léze nebo vzniku nové. Dále lze hodnotit bolest a symptomovou zátěž. Datový standard rovněž umožňuje i záznam mimořádné události, jež ovlivnila plánované poskytování péče.

Čas návštěvy vyjadřuje celkovou dobu strávenou přímou péčí o pacienta. Poskytnutá péče je popsána záznamem provedených intervencí, které odpovídají skutečně poskytnuté péči. Každá intervence má svoji vlastní časovou dotaci, proto se ke každé z nich zaznamenává také počet neboli násobek délky skutečného provedení.

Příklad záznamu intervencí poskytnutých během návštěvy je zobrazen v tabulce níže:

Intervence	Počet	Čas
D1001 Kontrola a měření vitálních funkcí a celkového stavu (čas. dotace: 10 min)	1	10 min
D1052 Aplikace léčiva I.V., I.M. nebo S.C. (čas. dotace: 10 min)	1	10 min
06331 Zavedení a ošetření permanentních močových katetrů, pravidelná hygiena (čas. dotace: 10 min)	3	30 min

Tabulka 2 – ilustruje záznam intervencí, počet a výsledný čas jednotlivých činností během návštěvy.

5 Závěr

Vytvoření minimálního datového standardu je prvním krokem k elektronizaci ošetřovatelské dokumentace napříč sektorem domácí a komunitní péče. Potřeba a důležitost datového standardu vyplývá z absence jednotné struktury dat, bez níž nelze podrobněji rozlišit skupiny pacientů dle náročnosti péče. Datový standard tuto mezeru zaplňuje tím, že stanovuje jednotný obsah, formát a význam sbíraných dat. Vytváří tak podklad nejen pro jednotnou podobu dokumentace, ale i pro interoperabilitu informačních systémů.

V současné době probíhá sběr dat (od března 2026) prostřednictvím aktuálně nadefinovaného datového standardu. Sběr dat bude pokračovat i v nadcházejícím roce 2027. Paralelně probíhají datové analýzy, které nám pomalu umožňují stavět obrázek poskytování péče v sektoru domácí péče. Datové analýzy především slouží k vytvoření sekundární klasifikace, která je jedním z cílů projektu. Dlouhodobým cílem je přispět k plnohodnotné elektronizaci ošetřovatelské dokumentace vytvořením optimálním datového standardu a následným nastavení systému úhrad péče v sektoru domácí péče.

Celý proces koordinuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR. Projekt KOMPAS je financován z Programu domácí péče v rámci Programu švýcarsko-české spolupráce z Druhého švýcarského příspěvku.

Zkratky	
ADL	– Activities of Daily Living; Aktivity běžného života
ESAS	– Edmonton Symptom Assessment Scale
MMSE	– Mini Mental State Examination
MNA-SF	– Mini Nutritional Assessment – Short Form
NRS	– Numeric Rating Scale
PPS	– Palliative Performance Scale
PAINAD	– Pain Assessement in Advanced Dementia
VAS	– Visual Analogue Scale

DATA STANDARD FOR HOME AND COMMUNITY CARE

The KOMPAS project focuses on the development of a data standard for home and community care, focusing on inconsistencies in nursing documentation and differences in routinely collected data among providers. The minimum data standard defines what home care data is collected and in what format it is recorded. The data model consists of two parts: the initial assessment and the visit. The initial assessment collects comprehensive patient information upon admission into home care. The visit section allows for a description of the actual care provided which allows the monitoring of changes in the intensity of care over time. The minimum data standard creates prerequisites for the interoperability of information systems, data sharing, and the creation of a secondary classification of patients based on clinical complexity and cost.

Keywords

home care, community care, data standard, standardised data

Literatura

[1.] Bielaková, K. (2018). Zhodnocení rizika malnutrice u seniorů – používáme správný screeningový nástroj? Geriatrie a gerontologie.

[2.] Fang, W., Phung, H., Olley, R., & Lee, P. (2024). The Major Domains of Comprehensive Assessment Tools for Older Adults Requiring Home-Based Aged Care Services: A Systematic Review. Healthcare.

[3.] Mandysová, P., Ehler, E., & Trejbalová, L. (2012). Česká verze škály Bradenové: Metodika. Ošetrovateľstvo.

[4.] Morse, J. M., Morse, R., & Tylko, S. (1989). Development of a scale to identify the fall-prone. Can J.Aging.

[5.] Pokorná, A., Komínková, A., Schneiderová, M., & Pinkavová, H. (2013). Ošetřovatelství v geriatrii. Hodnotící nástroje. Grada Publishing.

[6.] Predebon, M. L., Ramos, G., Pizzol, F. F., Santos, N. O., Paskulin, L. G., & Rosset, I. (2021). Global functionality and associated factors in the older adults followed by Home Care in Primary Health Care. Revista Latino-Americana de Enfermagem.

[7.] Schulz, S., Stegwee, R. A., & Chronaki, C. (2019). Standards in Healthcare Data. V Fundamentals of Clinical Data Science (stránky 19–36).

[8.] Slámová, R., & Vlčkova, K. (2026). Paliativní škála funkční zdatnosti – Palliative Performance Scale (PPS). ÚZIS ČR.

[9.] Sockolow, P., Chou, Y. E., & Park, S. (2022). Addressing the Gap in Data Communication from Home Health Care to Primary Care during Care Transitions: Completeness of an Interoperability Data Standard. Healthcare.

DOI: 10.35191/medsoft_2026_1_38_zimova

[10.] ÚZIS ČR. (28. květen 2026). Metodické dokumenty. Načteno z kompas.uzis: https://kompas.uzis.cz/res/file/dokumenty/kompas-metodicky-pokyn-pro-sber-dat.pdf

[11.] Vaňková, H., Topinková, E., Hrnčiariková, D., Bielaková, K., Weber, P., & Jurašková, B. (2023). Vyhodnocení syndromu křehkosti (frailty) u geriatrického pacienta. Klinický doporučený postup výboru České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP. Geriatrie a gerontologie.

Kontakt

Michaela Zímová, MSc
Ústav zdravotnických informací a statistiky
Palackého náměstí 4, 128 00 Praha 2
michaela.zimova@uzis.cz