

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE V NEMOCNICÍCH
regionu Mladá Boleslav

Bakalářská práce

Autor práce: Jaroslava Lochmanová

Vedoucí práce: Bc. Alena Vojtěchová

2012

**THE CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUT OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

NURSING DOCUMENTATION IN HOSPITALS

of the region Mlada Boleslav

BACHELOR'S THESIS

Author of thesis: Jaroslava Lochmanová

Supervisor of thesis: Bc. Alena Vojtěchová

2012

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové 26. 4. 2012.

Děkuji paní Bc. Aleně Vojtěchové za její ochotu a čas, který mi věnovala.

Děkuji paní Mgr. Markétě Justové za pomoc při psaní této práce.

Děkuji zdravotnickým pracovníkům Oblastní nemocnice Mladá Boleslav za spolupráci při výzkumném šetření.

Děkuji své rodině, bez jejíž podpory bych nikdy nemohla studovat.

V Hradci Králové 26. 4. 2012.

OBSAH

1 ÚVOD	8
2 CÍL PRÁCE	11
3 TEORETICKÁ ČÁST	13
3.1 Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace	14
3.1.1 Fáze ošetrovatelského procesu.....	15
3.1.2 Modely ošetrovatelské péče	18
3.1.3 Model Marjory Gordon	19
3.2 Zdravotnická dokumentace	21
3.2.1 Účel zdravotnické dokumentace	21
3.2.2 Nahlížení do zdravotnické dokumentace	23
3.2.3 Mlčenlivost zdravotnických pracovníků	25
3.3 Ošetrovatelská dokumentace.....	26
3.3.1 Význam vedení ošetrovatelské dokumentace	26
3.3.2 Složky ošetrovatelské dokumentace.....	27
3.3.3 Pravidla při vedení ošetrovatelské dokumentace	29
3.3.4 Právní zakotvení ošetrovatelského procesu a dokumentace v ošetrovatelské péči	30
4 EMPIRICKÁ ČÁST	32
4.1 Metodika vlastního šetření	33
4.2 Rozbor vlastního dotazníku.....	34
4.3 Výsledky šetření a jejich vyhodnocení.....	35
4.4 Klinika Dr. Pírka	36
4.4.1 Výzkumné šetření na Klinice Dr. Pírka	36
4.5 Psychiatrická léčebna Kosmonosy	38
4. 5.1 Výzkumné šetření v Psychiatrické léčebně Kosmonosy	38
4.6 Oblastní nemocnice Mladá Boleslav.....	39
4.6.1 Výzkumné šetření v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav.	39
4.6.2 Dotazník pro sestry-Anamnestické údaje.....	40
4.6.3 Oddělení s vedenou ošetrovatelskou dokumentací	46
4.6.4 Oddělení kde není vedena ošetrovatelská dokumentace	49
4.6.5 Ošetrovatelská dokumentace na jednotlivých odděleních.....	52
4.6.5.1 Oddělení: ARO.....	52
4.6.5.2 Oddělení: Dětské odd.....	55
4.6.5.3 Oddělení: Domácí péče	58
4.6.5.4 Oddělení: Chirurgie.....	60
4.6.5.5 Oddělení: Interní oddělení 1.....	63

4.6.5.6 Oddělení: Interní oddělení 2.....	66
4.6.5.7 Oddělení: Kožní odd.	68
4.6.5.8 Oddělení: LDN Celno	70
4.6.5.9 Oddělení: LDN Mnichovo Hradiště.....	73
4.6.5.10 Oddělení: Neurologie	76
4.6.5.11 Oddělení: Oční odd.	78
4.6.5.12 Oddělení: ORL.....	80
4.6.5.13 Oddělení: Ortopedie	82
4.6.5.14 Oddělení: Gynekologicko-porodnické odd.	85
4.6.5.15 Oddělení: RHB.....	88
4.6.5.16 Oddělení: TRN.....	91
4.6.5.17 Oddělení: Urologie.....	94
5 DISKUZE.....	96
6 ZÁVĚR	100
7 ANOTACE.....	103
8 POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	105
9 PŘÍLOHY	110

1 ÚVOD

V roce 1992, po maturitě, jsem nastoupila jako zdravotní sestra na interní oddělení Oblastní nemocnice v Mladé Boleslavi. Ošetrovatelská dokumentace se tenkrát nevedla žádná, slepě jsme plnily ordinace lékaře, stvrzené jedním odškrtnutím „fajfkou“ v dekurzu nemocného a podpisem sestry, jedním za celou službu. Nikdy se ale nedalo spolehlivě potvrdit, že uvedená sestra odškrtnuté ordinace skutečně podala. Všichni jsme věděli, že tento způsob není vyhovující, ale léty zažitý způsob práce se velmi těžko mění bez podpory a hlavně akčnosti vedení. V roce 2000, po návratu po mateřské dovolené, byla situace s vedením dokumentace stejná. Postupem času přicházela různá nařízení, co a kam psát do zdravotnické dokumentace, ale ošetrovatelská dokumentace jako taková se nevedla.

V roce 2004 jsem přestoupila do Léčebny dlouhodobě nemocných při Oblastní nemocnici v Mladé Boleslavi, kde se v roce 2006 vyměnila vrchní sestra. Tato nová vrchní sestra zavedla novou formu vedení zdravotnické dokumentace, včetně ošetrovatelské. A to ještě před tím, než bylo dáno vedení ošetrovatelské dokumentace zákonem.

Musím podotknout, že jsem nebyla zastáncem zavedených změn při provádění ošetrovatelského procesu, hlavně nárůstu papírování. Změnami při provádění ošetrovatelského procesu myslím snížení středního zdravotnického personálu (všeobecná registrovaná sestra) a zvýšení nižšího ošetrovatelského personálu (NZP) – ošetrovatelek a sanitářek ve směně. Tyto uvedené změny a nechuť k nim se postupem času ustálily, jako SZP jsme si velmi rychle zvykli na to, že se nemusíme věnovat úklidu na oddělení a svůj čas můžeme věnovat pacientovi a své sesterské práci.

Ovšem s vedením dokumentace byl velkým problémem. Ani já jsem nikdy nebyla zastáncem zapisováním stavu pacienta do dekurzu, měření hodnotících škál a stupnic mi přišlo zbytečné a ošetrovatelské anamnéza a vytváření jakýchkoliv ošetrovatelských plánů jako ztráta času. Vzhledem k tomu, že nám nikdo pořádně nevysvětlil, proč a jak se má vše psát a jak vytvářet ošetrovatelské plány, toto zavádění ošetrovatelské dokumentace bylo provázeno krutými porodními bolestmi. Sice byla na našem oddělení sestra-konzultantka pro ošetrovatelskou dokumentaci, ale ta nám nikdy nic pořádně nevysvětlila. Když si dnes vzpomenu na slovní spojení, které některé sestry používaly, polévá mne hrůzný pot. Ovšem ošetrovatelská dokumentace byla na našem oddělení, jako na jednom z mála oddělení Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, vedena.

V únoru 2010, po mé hospitalizaci na Gynekologicko-porodnickém oddělení v Oblastní nemocnici v Mladé Boleslavi a následně na Jednotce intenzivní neonatologické péče, jsem si nechala vytvořit kopie zdravotnické dokumentace mé a i mé dcery a byla

jsem zděšena vedením dokumentace. Nečitelné zápisy lékařů, ordinace léku bez indikace, nečitelné záznamy sester (pokud nějaké byly) a ošetrovatelská dokumentace veškerá žádná.

Proto mne napadlo, že by bylo zajímavé srovnat ošetrovatelskou dokumentaci v nemocnicích regionu Mladá Boleslav, na názor sester na vedení ošetrovatelské dokumentace a na její vedení vůbec.

Spojila jsem se proto v červenci 2010 s Mgr. Janou Fejfarovou, nově jmenovanou náměstkyní pro ošetrovatelskou péči v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav. I ji trápila otázka vedení ošetrovatelské dokumentace, z rozhovoru vyplynulo, že každé oddělení v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav má dokumentaci vlastní, vytvořenou více či méně kreativní vrchní sestrou, nebo převzatou z jiných oddělení i mimo Oblastní nemocnici Mladá Boleslav. V počátcích tvorby této práce jsem původně spolupracovala s Mgr. Janou Fejfarovou, bohužel vážla oboustranná komunikace. Proto jsem se na dalším vedení práce dohodla s Bc. Alenou Vojtěchovou, která v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav pracovala několik let.

Klinika Dr. Pírka je soukromé zdravotnické zařízení, domnívala jsem se, že tam bude vedena dokumentace precizně, hlavně z důvodu možné žaloby o zanedbání péče a byla jsem velmi nemile překvapena jak chováním vedení, tak vedením dokumentace.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy je od roku 2010 pracovištěm, které prošlo náročným akreditačním řízením, a velmi jsem se těšila, jak budu moci představit nemocnici, kde vedení dokumentace, nejen ošetrovatelské, funguje a má smysl. Bohužel ani v této nemocnici mi nebylo povoleno výzkumné šetření.

Ve svém výzkumu jsem se proto zaměřila hlavně na Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, na téměř všechna oddělení, kdy ale mé výzkumné šetření nebylo v některých případech provázeno nadšením vrchních sester, jak budu popisovat v dalších částech této práce.

Vlastní výzkum k této bakalářské práci probíhal v období září-listopad 2010, vlastní zpracování dotazníků bylo prováděno v období leden-březen 2011. Bohužel vlastní zdravotní problémy, nemoci dětí a nakonec i úmrtí v rodině mi zabránilo dopracovat a předložit bakalářskou práci v dřívějším termínu.

Doufám, že se mi alespoň trochu podařilo osvětlit povědomí sester o vedení ošetrovatelské dokumentace a o celkovém vedení ošetrovatelské dokumentace v uvedených nemocnicích.

2 CÍL PRÁCE

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části vysvětlím pojem ošetrovatelský proces a jeho dokumentaci.

Seznámím s významem zdravotnické dokumentace, jejím účelem a obsahem.

Vysvětlím pojem ošetrovatelská dokumentace, její historie a vývoj.

Seznámím s ošetrovatelskou dokumentací, jejím významem, složkami a vedením.

Uvedu právní zakotvení ošetrovatelského procesu a jeho dokumentace.

EMPIRICKÁ ČÁST

Zmapuji ošetrovatelskou dokumentaci na Klinice Dr. Pírka.

Zmapuji ošetrovatelskou dokumentaci v Psychiatrické léčebně Kosmonosy.

Zmapuji ošetrovatelskou dokumentaci v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav.

Porovnáám ošetrovatelské dokumentace v jednotlivých nemocnicích.

Zmapuji pohled sester na ošetrovatelskou dokumentaci.

Zmapuji úroveň spokojenosti sester s ošetrovatelskou dokumentací.

3 TEORETICKÁ ČÁST

3.1 Ošetřovatelský proces a jeho dokumentace

Pojem ošetřovatelský proces byl zaveden v 50. letech Lydií Halloovou a byl všeobecně přijat za základ ošetřovatelské péče. Nyní patří do koncepce všech učebních osnov oboru ošetřovatelství a do právní definice ošetřování ve většině států Evropy a Severní Ameriky. Proto je dnes ošetřovatelský proces mezinárodním standardem ošetřovatelské praxe. U nás v ČR je pojem ošetřovatelský proces podle Věstníku č. 9/2004 Sb. jedinou pracovní metodou, prostřednictvím které nelékařští zdravotničtí pracovníci (NLZP) vyhledávají a posléze uspokojují individuální potřeby jednotlivců – pacientů, rodin a komunit (15).

Z praktického hlediska je ošetřovatelský proces systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče, jejímž cílem je (pokud možno pozitivní a zdraví prospěšná) změna (5).

Z hlediska teorie jde o metodologii oboru ošetřovatelství.

Základní princip péče v ošetřovatelském procesu spočívá v navázání osobního vztahu mezi sestrou, pacientem a jeho rodinou. Sestra musí pacienta dobře poznat, aby bylo možno zajistit kvalitní ošetřovatelskou péči. Proto se zavedl v mnoha nemocnicích k zajištění ošetřovatelské péče systém organizace práce - systém skupinové péče a systém primárních sester. V systému skupinové péče odpovídá má sestra přidělenou skupinu pacientů, za které je přímo zodpovědná a u kterých provádí ošetřovatelský proces, vede dokumentaci a předává tuto skupinu sestře v další směně. Skupinová sestra zajišťuje především uspokojení základních potřeb pacienta a dodává mu pocit jistoty a bezpečí. Při systému primárních sester poskytuje přímou ošetřovatelskou péči jí přidělenému pacientovi, o kterého se stará od přijetí po propuštění, kdy nemocný zná jméno své primární sestry. Primární sestra vypracovává, doplňuje a pravidelně obnovuje plán péče u svého přiděleného pacienta.

Ošetřovatelský proces je základem pro poskytování individualizované ošetřovatelské péče, podporuje zvyšování kvality a efektivity různých metod a technik používaných při přímé ošetřovatelské péči. Je přínosem pro pacienta i pro sestru. Vychází z poznatku, že sestry znají pacienta mnohem lépe, nezaměřují se jen na nemoc, ale na pacienta jako celek a na uspokojování jeho potřeb. Ošetřovatelský proces také zvyšuje pravomoc sester, jejich samostatnost, zvyšuje kompetence a odpovědnost a vyvolává zpětnou vazbu.

3.1.1 Fáze ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelský proces má 5 přesně definovaných fází:

1. Posouzení
2. Diagnostika
3. Plánování
4. Realizace
5. Vyhodnocení

1. Fáze- Posouzení nemocného

Při posuzování individuálních potřeb vycházíme z ošetrovatelské anamnézy pacienta, z jeho zdravotnické dokumentace, vyšetření, hodnotících testů a škál, informací od rodiny, pozorováním pacienta a hlavně z rozhovoru s pacientem. Ten je přínosem i pro získání důvěry pacienta. Všechny informace zjištěné v první fázi jsou důležité pro ošetrovatelskou diagnostiku a plánování intervencí ošetrovatelské péče.

2. Fáze- Diagnostika

Při diagnostice je třeba si vyjasnit pojmy.

Potřeba – je stav nedostatku nebo nadbytku, mají ji všichni lidé.

Ošetrovatelský problém- je jakýkoliv stav nebo situace, ve které nemocný potřebuje pomoc pro udržení nebo znovunabytí zdraví. Ošetrovatelskou diagnózou se rozumí pojmenování problému pacienta, jeho reakce na aktuální problémy nebo reakce na problémy, které mohou teprve nastat.

Ošetrovatelská diagnóza je jednou z nejdůležitějších složek ošetrovatelské dokumentace. V dnešní době se k tvorbě využívá klasifikační systém ošetrovatelských diagnóz podle NANDA taxonomie. Jedná se o zevrubný a hojně používaný diagnostický systém vyvinutý Severoamerickou asociací pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku. Z této taxonomie mohou čerpat všichni členové ošetrovatelského týmu. (4)

Jedná se o systém, ve kterém jsou ošetrovatelské diagnózy uspořádány podle určitého klíče. Hlavním cílem je vytvořit standardní názvy jednotlivých ošetrovatelských diagnóz. V roce 2000 byl systém NANDA přepracován a vznikl systém s označením NANDA II.Taxonomie. Tento systém vychází z modelu funkčního typu zdraví podle Marjory Gordonové. Je založen na 13 diagnostických doménách, které hodnotí zdravotní stav pacienta.(6). V roce 2000-2001 bylo schváleno 155 kódem označených ošetrovatelských diagnóz. V roce 2003-2004 se počet takto schválených diagnóz zvýšil na 167. (10).

Tento systém je pro sestry ulehčením při tvorbě ošetrovatelských diagnóz. Šetří čas a zároveň zjednodušuje práci sester. Veškeré ošetrovatelské diagnózy jsou zaznamenány do plánu ošetrovatelské péče. Jedná se o formulář, do kterého sestra zapíše svou stanovenou diagnózu, stanoví si pro ni cíl, neboli očekávaný výsledek a ošetrovatelské intervence, kterých je potřeba k dosažení cílů u stanovených diagnóz. Poslední částí tohoto dokumentu je vyhodnocení. Do této kolonky sestra zapíše dosažené výsledky včetně datumu, hodiny a podpisu sestry (8). Potřeby pacienta se během hospitalizace mění a sestra tyto změny s ošetrovatelským plánem srovnává a podle potřeby ho mění.

Ošetrovatelské diagnózy se skládají z názvu a definice, z příčin a souvisejících faktorů, z charakteristických projevů. Jejich úkolem není určovat nemoc, ale určit ošetrovatelské problémy/požadavky pacientů, které jsou vázány na jeho změněný zdravotní stav a které ovlivňují komfort jeho zdraví. Při určování ošetrovatelských diagnóz je důležitá i zkušenost sestry, která musí prokázat zručnost při shromažďování údajů, vědomostní základ, zkušenosti, intelektuální schopnosti a intuici. Ošetrovatelské diagnózy usnadňují komunikaci mezi sestrami a ostatními členy zdravotnického týmu. Identifikují stav zdraví klienta, jeho síly a zdravotní problémy, posilují ošetrovatelský proces a poskytují směr pro plánování nezávislých ošetrovatelských zásahů. Ošetrovatelské diagnózy pomáhají uskutečňovat komplexní péči o zdraví jednotlivce a její kontinuitu. Důležité je i seřazení ošetrovatelských diagnóz podle závažnosti a naléhavosti jejich řešení.

3. Fáze- Plánování

Plánování je systematická metoda řešení problémů nemocných, které může profesionálně ovlivnit sestra. V ošetrovatelském plánu, na základě ošetrovatelské diagnózy se nejprve stanoví priority a cíle péče, způsoby, jakým budeme individuální problém řešit a v pořadí, v jakém budeme postupovat. Plán ošetrovatelské péče dává celkový obraz o individuální péči. Ošetrovatelský plán má být konstruován tak, aby ho bylo možné podle potřeby měnit a doplňovat. Vždy se tvoří ve spolupráci s pacientem, kdy se zvolí vhodné ošetrovatelské zákroky, které vedou k dosažení vytýčených cílů. Je důležité, aby s ošetrovatelským plánem měli možnost se seznámit i ostatní členové ošetrovatelského týmu. Ošetrovatelské plány rozlišujeme dlouhodobé, střednědobé, krátkodobé, standardní, vstupní a průběžné.

4. Fáze- Realizace

Sestra v této fázi poskytuje cílenou individuální ošetrovatelskou péči, za kterou je přímo zodpovědná. Při poskytování péče sestry současně plní medicínské ordinace a spolupracují s lékaři, a také s dalšími odborníky zdravotnického týmu, ale musí se vzít v

úvahu také způsob organizace práce na ošetrovací jednotce. Při realizaci ošetrovatelských plánů je třeba opakovaně posuzovat pacienta, ověřit vhodnost realizace činnosti v plánu péče a provádět plánované ošetrovatelské intervence.

Sběr informací o pacientovi v průběhu ošetrovatelských zásahů, posouzení potřeb, dokumentování výsledků, provedení ošetrovatelských činností je třeba řádně zapisovat do ošetrovatelské dokumentace. Ošetrovatelské činnosti se zaznamenávají bezprostředně po jejich provedení. Následně se předávají písemně i ústně další směně. Za provedený úkol zodpovídá sestra svým podpisem. V některých případech je třeba udělat záznam ihned, jiné na konci směny. Sestra uplatňuje při realizaci ošetrovatelského plánu kognitivní schopnosti, interpersonální dovednosti, technické zručnosti. Je důležité nezapomínat, že ošetrovatelské činnosti jsou založeny na vědeckých poznatcích a výzkumu v ošetrovatelství.

Sestra musí rozumět podstatě ošetrovatelských činností, které vyplývají z ordinací lékaře. Ošetrovatelské zásahy je nutné individuálně přizpůsobovat potřebám pacienta, měly by být vždy bezpečné. Ošetrovatelské činnosti u klienta vyžadují jeho psychickou podporu a uklidnění, jsou vždy holistické, respektují důstojnost klienta a zvyšují jeho sebevědomí. Aktivní spolupráce a účast pacienta je nevyhnutelná.

5. Fáze- Vyhodnocení

Tato fáze slouží k vyhodnocení účinnosti péče, která byla v návaznosti na posouzení a diferenciální diagnózy potřeb klienta prováděna. Průběžné hodnocení je cílevědomá činnost, jejímž prostřednictvím sestry odpovídají za svou činnost a nepokračují v neúčinných intervencích. Vyhodnocení bývá dílčí, které probíhá průběžně po celou dobu poskytování ošetrovatelské péče, a finální například při propuštění nebo odstranění problému klienta (cíle bylo dosaženo, cíle bylo dosaženo jen částečně, cíle nebylo dosaženo). Proces vyhodnocení slouží k určení očekávaných výsledků, podle nichž můžeme měřit dosažený cíl. Dále také k získání informací, které se týkají očekávaných výsledků, k srovnávání získaných informací se stanovenými očekávanými výsledky. Při vyhodnocovacím procesu srovnáváme plánované ošetrovatelské činnosti s výsledky u pacienta. Je nutná pravidelná revize plánu péče. Mezi nástroje hodnocení kvality péče patří i standardní plány ošetrovatelské péče.

3.1.2 Modely ošetrovatelské péče

Lékařství se od nepaměti specializovalo na péči podle anatomických systémů a patologických stavů.

Ošetrovatelská péče byla zaměřena na biomedicínský přístup a člověk nebyl přijímán jako celostní bytost. V oboru ošetrovatelství se proto začaly vytvářet teoretické modely ošetrovatelské péče, které vznikaly postupně a odpovídaly systémům péče o zdraví v době svého vzniku.

Zakladatelkou teorie ošetrovatelským modelů je Florence Nightingalová, která nevytvořila ani model nebo teorii ošetrovatelství. Ve své praxi vycházela z praktických zkušeností, které získala nejen v nemocnicích při svých cestách po Evropě, ale i při ošetrování raněných při válečných konfliktech.

Své zkušenosti předávala všem, kteří se starali spolu s ní o nemocné. Své poznatky předávala i formou odborné literatury určené nejen ošetrovatelkám. Stala se zakladatelkou ošetrovatelské školy v Londýně a položila základ pro rozvoj ošetrovatelských modelů.

Modely a teorie ošetrovatelství hledají a ukazují cesty, jak dosáhnout ošetrovatelské cíle, charakterizují vztahy mezi metaparadigmatickými koncepcemi, tj. zdravím, prostředím, osobou a ošetrovatelstvím. Pomáhají sestřám lépe pochopit souvislosti zjištěných problémů, snadněji plánovat ošetrovatelskou péči a zjišťovat výsledky intervencí. Proto se v praxi ošetrovatelské teorie a modely používají ve spojitosti s ošetrovatelským procesem (7).

3.1.3 Model Marjory Gordon

V České republice je nejrozšířenější model funkčního typu zdraví podle Marjory Gordonové. Tento model vyhovuje nejen ošetrovatelské praxi, ale i vzdělávání a výzkumu. Studentům poskytuje obecný rámec obsahu studia. Sestrám představuje systémový přístup a kritické myšlení při realizaci jednotlivých fází ošetrovatelského procesu: systematické získávání informací, hodnocení zdravotního stavu pacienta, jejich analýzu a stanovení plánu péče s užitím odborné terminologie.

Model funkčního typu zdraví splňuje požadavek na rámcový standard v jakékoli oblasti systému péče – primární, sekundární, terciální. Také v oblasti služeb jako akutní, následná, lázeňská, domácí, komunitní...

Obsahem modelu je 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdraví pacienta, podle nich získává sestra potřebné informace tak, aby neopomněla některou důležitou oblast.

Dvanáct vzorců zdraví M. Gordon obsahuje:

1. vnímání zdraví
2. výživa a metabolismus
3. vylučování
4. aktivita – cvičení
5. spánek a odpočinek
6. vnímání, citlivost a poznávání
7. sebepojetí a sebeúcta
8. role – mezilidské vztahy
9. sexualita
10. stres
11. víra – životní hodnoty
12. jiné

Výsledkem je celostní zhodnocení úrovně zdraví jak u zdravého, tak i nemocného člověka.

Popis a hodnocení těchto oblastí umožňuje sestře vyhodnotit, zda se jedná u nemocného o funkční chování ve zdraví nebo dysfunkční chování v nemoci.

Dysfunkční vzorec je projevem aktuálního stavu u nemocného člověka. Když ho sestra vyhodnotí jako dysfunkční, tzn. zjistí problém nebo neuspokojenou potřebu, naváže na

další fáze ošetrovatelského procesu, problém pojmenuje, vytvoří ošetrovatelskou diagnózu a poté pokračuje v dalších fázích ošetrovatelského procesu.

Všechny fáze ošetrovatelského procesu je nutné důsledně zapisovat do ošetrovatelské dokumentace, která je součástí zdravotnické dokumentace pacienta.

Ošetrovatelskou dokumentací rozumíme všechny písemné, grafické a jiné záznamy prováděné sestrou, které se týkají nejen pacientů, ale které souvisejí s poskytováním ošetrovatelské péče a dalších činností. Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace. Tato dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace. (9)

Kvalitní vedení ošetrovatelské dokumentace je odrazem úrovně profesionální praxe. Správné, vhodné a efektivní vedení dokumentace je vizitkou kvalifikovaného odborníka, naopak nedbale vedená a neúplná dokumentace často skrývá i širší problémy praxe určitého jednotlivce nebo zdravotnického zařízení. (12)

3.2 Zdravotnická dokumentace

3.2.1 Účel zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace a s tím související ochrana osobních dat pacientů patří ve zdravotnictví k nezbytným předpokladům důvěry ve vztahu mezi pacienty a zdravotnickými pracovníky. Zdravotnická dokumentace slouží nejen jako pracovní nástroj při léčbě, ale také jako doklad, či dokonce důkaz v případě soudního projednávání postupu lékaře při léčení. Špatně vedená zdravotnická dokumentace může utvrdit podezření na postup non lege artis, zatímco dobře vedená zdravotnická dokumentace může ochránit zdravotnického pracovníka i před velmi závažnými obviněními.(11)

Až v roce 2001 byla novelou zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, založena povinnost všech zdravotnických zařízení vést zdravotnickou dokumentaci. Do té doby byla výslovně uložena povinnost řádně vést zdravotnickou dokumentaci pouze nestátním zdravotnickým zařízením prostřednictvím zákona č. 160/1992 Sb. V roce 2006 byla vydána vyhláška č. 385/2006 Sb., kde v příloze č. 1. stanoví minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace.(14) Tato vyhláška byla v roce 2007 novelizována vyhláškou č.064/2007 Sb. o zdravotnické dokumentaci.

Zdravotnickou dokumentaci je možné vést v písemné nebo elektronické podobě, respektive ve většině případů se jedná o kombinaci a tudíž obě formy existují souběžně. Základní rámec právní úpravy zdravotnické dokumentace je proveden v § 67b zákona o péči o zdraví lidu, který přesně vymezuje jak její povinný obsah, tak pravidla pro její vedení, uchovávání, nakládání s ní a její likvidaci. Z výše uvedeného ustanovení tak vyplývá, že vyšetřovat a léčit bez správného vedení zdravotnické dokumentace je v rozporu se zákonem.

Obsah zdravotnické dokumentace tvoří ve smyslu zákona jednak osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy, jednak informace o onemocnění pacienta a o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče. Nezbytnými osobními údaji pro identifikaci pacienta se rozumí jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo, adresa, případně údaj, u které zdravotní pojišťovny je pacient pojištěn. Do zdravotnické dokumentace je potřeba zaznamenávat také podstatné otázky komunikace mezi lékařem a pacientem, včetně případného pozitivního i negativního reversu.

Zákonem je stanoven též požadavek, aby každá samostatná část zdravotnické dokumentace obsahovala osobní údaje pacienta a označení zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo. Znamená to opatřit příjmením, jménem a rodným číslem nejen každý list chorobopisu či zdravotní karty, ale i každou žádanku, výsledek vyšetření, rentgenový či ultrazvukový snímek atd.

Z důvodů předpokládané vyšší míry věrohodnosti se ve většině zdravotnických zařízení stále dává přednost vedení zdravotnické dokumentace v listinné formě, ale s ohledem na rozvoj informačních technologií zákon výslovně připouští vedení zdravotnické dokumentace i v elektronické formě.

3.2.2 Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb., v pozdějším znění, vyjmenovává i kategorie osob, které v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rámci své kompetence mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace. Tyto kategorie osob jsou následující:

- zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,

- funkcionáři komor, šetřící stížnosti na lékaře nebo lékárníky,

- revizní lékaři zdravotních pojišťoven,

- soudní znalci v oboru zdravotnictví (tj. zpravidla lékaři),

- lékaři ve státní správě, šetřící stížnosti a podobná podání,

- lékaři Ministerstva zdravotnictví, šetřící stížnosti a podobná podání

- lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost,

- členové Ústřední znalecké komise a územních znaleckých komisí,

- pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví,

- lékaři orgánů sociálního zabezpečení, lékaři úřadů práce a lékaři okresních úřadů při posuzování zdravotního stavu pro účely poskytování různých dávek a služeb, při odvozech branců a dalších úkolech,

- zaměstnanci zdravotnických zařízení (nebo smluvních podniků), zajišťující zpracování dat při vedení dokumentace,

- zaměstnanci státu nebo zpracovatele, kteří zajišťují úkoly NZIS (Národní zdravotní informační systém)

- pověřené zdravotnické zařízení, které posuzuje zdravotní stav pro účely pojistných a podobných smluv,

- veřejný ochránce práv v souvislosti s šetřením,

- inspektoři Ústavu pro odborné zjišťování příčin leteckých nehod,

- zaměstnanci Státního ústavu pro kontrolu léčiv, kteří provádějí kontrolu.

Zvláštním ustanovením je upraven přístup těch, kteří dosud nejsou zdravotnickými pracovníky, ale studují nebo se jinak na zdravotnické povolání připravují – jedná se především o studenty zdravotnických škol, lékařských a farmaceutických fakult a některých dalších vysokých škol. Souhlas s přístupem do dokumentace zde musí dát – pro každý konkrétní případ – jednak ten, kdo odpovídá za praktickou výuku (ten určuje

pacienty, u nichž lze do dokumentace nahlížet), jednak pacient (předepsán je písemný souhlas; nevyžaduje se, není-li ho vzhledem k zdravotnímu stavu pacienta možno získat).

Dne 19. dubna 2007 vyšel ve sbírce zákonů zákon č.111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, kde se říká: „Každé nahlédnutí do zdravotnické dokumentace nebo pořízení jejích výpisů, opisů nebo kopií se do zdravotnické dokumentace zaznamená. V záznamu se uvede jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození osoby, která do zdravotnické dokumentace nahlédla nebo na jejíž žádost byl pořízen výpis, opis nebo kopie, dále rozsah, účel a datum nahlédnutí nebo pořízení výpisů, opisů nebo kopií. Záznam podepíše zdravotnický pracovník, který byl přítomen nahlížení do zdravotnické dokumentace, nebo zdravotnický pracovník, který pořídil výpis, opis nebo kopii této zdravotnické dokumentace, a oprávněná osoba.“ (13)

Byly vedeny i diskuse o tom, zda je dokumentace majetkem lékaře, zdravotnického zařízení či pacienta a do jaké míry má pacient právo na nahlížení, případně i kopii své dokumentace. Platné znění zákona o péči o zdraví lidu přiznává pacientovi právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu. To znamená, že shromážděné informace ve zdravotnické dokumentaci jsou pacienta, fyzické vlastnictví zdravotnické dokumentace náleží zdravotnickému zařízení.

Pacient má tudíž právo podle zákona na

- a) na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě vztahující se k jeho zdravotnímu stavu;
- b) v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do dokumentů uvedených v písmenu a);
- c) na pořízení výpisů, opisů nebo kopií dokumentů uvedených v písmenu a);
- d) určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu, nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě.

3.2.3 Mlčenlivost zdravotnických pracovníků

Povinností každého zdravotnického pracovníka je zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v přímé souvislosti s výkonem zdravotnického povolání. Mlčenlivost musí být zachována jak o skutečnostech medicínského tak nemedicínského charakteru.

V praxi to znamená, že lékař ani ostatní zdravotnický personál nesmí poskytovat informace o diagnóze („*pacient má kýlu*“), o léčebných postupech („*pacient čeká na transplantaci srdce*“), či o rodině („*pacient je vdovec*“).

Povinnost mlčet je časově neomezená. To mimo jiné znamená, že například zdravotní sestra musí lékařské tajemství zachovávat, i když už jako zdravotní sestra nepracuje.

Zdravotnický pracovník není povinnou mlčenlivostí vázán v těchto případech:

- pokud pacient souhlasí s poskytnutím informací,
- pokud dojde ke zproštění povinnosti nadřízeným orgánem (ministerstvo zdravotnictví nebo Česká lékařská komora) v důležitém veřejném zájmu,
- pokud zvláštní právní předpis stanoví ohlašovací povinnost (např. trestní zákon - § 186 neoznámení trestného činu).

Tato povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků je zakotvena v Úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod, která se stala součástí našeho právního řádu.

Etický kodex práv pacienta uvádí, že pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy, které se týkají jeho léčby, jsou pokládány za důvěrné.

3.3 Ošetrovatelská dokumentace

3.3.1 Význam vedení ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je systematické zaznamenávání ošetrovatelské péče poskytované kvalifikovanou sestrou a ostatními členy týmu, kteří pod vedením kvalifikované sestry pracují. Vedení záznamů může efektivním způsobem ovlivňovat ošetrovatelskou praxi.

Ošetrovatelská dokumentace je součástí celkové zdravotnické dokumentace nemocného. Umožňuje dokumentovat poskytovanou oš. péči, poskytuje řadu významných informací, které si mezi sebou chtějí sestry předat. Ošetrovatelská dokumentace slouží jako zdroj informací o potřebách jedince, cílech ošetrovatelské péče, o péči samotné a jejich výsledcích. Zajišťuje také kontinuitu zdravotní péče. Umožňuje poskytnutí a předání spolehlivých informací nemocnému a o nemocném. Umožňuje hodnotit účinnost či neúčinnost různých zákroků a je důležitým faktorem pro kontrolu kvality ošetrovatelské péče. Řádně vedená ošetrovatelská dokumentace poskytuje možnost včas identifikovat vznikající problémy, např. změny stavu pacienta.

Ošetrovatelská dokumentace je komplexním souborem různých předtištěných záznamů anebo celkový informační soubor o jednotlivém nemocném.

Při vedení ošetrovatelské dokumentace je nutné, aby byla upravena pro potřeby jednotlivých zdravotnických pracovišť, záznamy by měly být srozumitelné, úplné, stručné, čitelné, bez zbytečných zkratk, musí obsahovat datum, čas a podpis sestry. Přestože se spouště zdravotníkům zdá ošetrovatelská dokumentace zbytečností, tato ošetrovatelská dokumentace by měla být obsáhlá.

Dokumentování ošetrovatelského procesu ve zdravotnické dokumentaci by mělo být v zdravotnickém zařízení ošetřeno standardem o vedení ošetrovatelské dokumentace.

3.3.2 Složky ošetrovatelské dokumentace

Zpravidla k nejjednoduššímu dokumentování ošetrovatelské péče se používají:

- I. Ošetrovatelská anamnéza (zahrnuje základní vyšetření nemocného) záznam je jednoduchý- anamnéza, subjektivní hodnocení nemocného sestrou, měřící techniky, testovací stupnice a škály
- II. Ošetrovatelský plán/standardní ošetrovatelský plán
- III. Záznam o realizaci plánu
- IV. Hodnocení plánu/hlášení
- V. Překladová/propouštěcí zpráva

K usnadnění dokumentace ošetrovatelské péče a posuzování zdravotního stavu pacientů vzniká velké množství hodnotících škál a měřících technik, které slouží k objektivnímu posouzení údajů o pacientovi. Výsledky hodnotících technik jsou zároveň důkazem o úrovni poskytované péče v rámci ošetrovatelského procesu. Jsou založené na měřeních, které sestry provádějí objektivně podle předem nastavených kritérií a které vypovídají o současném stavu nemocného. Sestra hodnotí nejen vstupní informace o pacientovi, ale také samostatně používá techniky, které jí pomáhají zjistit, v které oblasti pacientových potřeb budou nutné ošetrovatelské intervence.

Mezi nejčastěji používané hodnotící a měřící techniky patří měření fyziologických funkcí, hodnocení bolesti, hodnocení stavu vědomí, posuzování soběstačnosti, vyhodnocení rizika pádu, riziko dekubitů, riziko vzniku komplikací.

Bylo dlouholetým zvykem, že sestry sledovaly pouze hodnoty ordinované lékařem. Používat samostatně hodnotící techniky a škály se v některých zařízeních musí postupně naučit. Objektivní hodnocení pacientova stavu je pro sestru důležitou pomůckou ke stanovení ošetrovatelského plánu péče vycházejícího z objektivních údajů o nemocném.

Existuje velké množství testovacích a měřících technik, popíšu zde ty nejzákladnější.

1. Bolest. Při hodnocení bolesti je nutné vycházet z pocitů nemocného, které je u každého individuální. Hodnotí se zpravidla vnímání bolesti, její charakter a intenzita. Nejčastějšími hodnotícími technikami hodnocení bolesti jsou

- verbální- nemocný hodnotí bolest na stupnici vyjádřené čísly,
- neverbální škály- používají se většinou k hodnocení bolesti u dětí a starých lidí,
- vizuální škály- úsečky s intenzitou bolesti,
- dotazníky.

2. Psychika a vědomí. Pro hodnocení kvality psychiky se nejčastěji používá Folsteinův test kognitivních funkcí Mini-Mental-State test (MMS) a Glasgowská stupnice hloubky vědomí GCS Glasgow Coma Scale)..

3. Soběstačnost. Zachování soběstačnosti patří k základním cílům moderního ošetrovatelství. Pro zhodnocení soběstačnosti se nejčastěji používá Barthelův test základních všedních činností, kdy sestra hodnotí základní denní činnosti pacienta (například příjem stravy, oblékání, koupání, hygienu, chůzi, kontinenci moče a stolice) a jeho soběstačnost při těchto činnostech.

4. Riziko vzniku dekubitů. Pro zjištění rizika vzniku dekubitů je nejčastěji používáno hodnocení rizika vzniku dekubitů – stupnice podle Nortonové. Hodnocení by mělo být součástí vstupní ošetrovatelské anamnézy u všech pacientů přijímaných do zdravotnického zařízení.

5. Nutriční skóre- Zjistíme nutnost sledování příjmu potravy pacienta, eventuelně zásah nutričního terapeuta.

3.3.3 Pravidla při vedení ošetrovatelské dokumentace

Aby byla ošetrovatelská dokumentace smysluplná, musí vyhovovat potřebám oddělení, být jednoduchá, dobře přístupná a sloužit jako informační zdroj všem, kteří poskytují nemocnému nejen ošetrovatelskou, ale celkovou zdravotní péči. (3)

U každého pacienta musí být vedena ošetrovatelská dokumentace, která spolu s lékařskou dokumentací tvoří celek, který je dokladem o léčebné a ošetrovatelské péči u konkrétního pacienta.

Každý jednotlivý list v dokumentaci musí být řádně označen jménem pacienta a jeho rodným číslem (nejlépe tištěným štítkem), popřípadě dalšími údaji podle pravidel pracoviště. Formuláře mohou být vyplňovány pouze nesmazatelným psacím prostředkem, nesmí být psány obyčejnou tužkou či inkoustovým perem. Všechny záznamy musí obsahovat datum, čas a podpis sestry nebo dalšího oprávněného pracovníka, který zápis provedl. Každá směna musí dokumentovat stav pacienta, jeho negativní/pozitivní reakce na poskytovanou péči, léčebné/ diagnostické výkony, léčbu, ošetrovatelské intervence, RHB a podobně. Sestra dokumentuje objektivně a přesně to, co viděla, slyšela a vykonala v souvislosti s péčí o pacienta.

Interpretace údajů pacienta sestrou mohou být zkresleny, proto se doporučuje používat formulace “pacient říká (cítí, ukazuje apod.), že....“. Záznamy musejí být srozumitelné – v používání ošetrovatelské terminologie, čitelnost písma, stručně, aby jejich význam nevyvolával žádné pochyby, úplné, obsahující všechny nezbytné informace.

Záznamy musí být vedeny v českém jazyce, nelze používat ani nářečí. Opravy chybného záznamu jsou prováděny jednoduchým škrtnutím, nesmí se přepisovat, přelepovat a překrývat bílou krycí barvou a podobně. Nevyplněné kolonky jsou proškrtnuty, nesmí zůstat prázdné.

Důležité informace je možné zvýrazňovat barevně, např. opiáty, alergie, komplikace.

3.3.4 Právní zakotvení ošetrovatelského procesu a dokumentace v ošetrovatelské péči

Hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu je ošetrovatelský proces. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů/klientů. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetrovatelství používají:

1. ke zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity,
2. ke stanovení ošetrovatelských problémů (ošetrovatelských diagnóz),
3. k plánování ošetrovatelské péče,
4. k realizaci ošetrovatelské péče,
5. k vyhodnocování efektivity ošetrovatelské péče. (1)

Ministerstvo zdravotnictví podle vyhlášky č. 385/2006 Sb., kde v příloze č. 1. stanoví minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace. Tato vyhláška byla v roce 2007 novelizována vyhláškou č.064/2007 Sb. o zdravotnické dokumentaci. Je zde uvedeno v odstavci 11., co všechno má obsahovat ošetrovatelská dokumentace.

Záznam o ošetrovatelské péči obsahuje:

- a) ošetrovatelskou anamnézu pacienta, a zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetrovatelské péče a ošetrovatelského plánu,
- b) ošetrovatelský plán, v němž se zejména uvedou
 1. popis ošetrovatelského problému a stanovení ošetrovatelské diagnózy pacienta,
 2. postupy poskytování ošetrovatelské péče a podle povahy postupů datum a časový údaj o poskytnutí ošetrovatelské péče nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření nebo jiných postupů ošetrovatelské péče, včetně poučení pacienta,
 3. hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče,
 4. změny v ošetrovatelském plánu,
- c) ošetrovatelskou propouštěcí zprávu nebo doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu v případě předání pacienta do další ošetrovatelské péče, v níž se zejména uvede

1. shrnutí ošetrovatelské anamnézy,
2. aktuální údaje o poskytnuté ošetrovatelské péči včetně časových údajů o poslední poskytnuté péči, posledním podání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a použití zdravotnických prostředků,
3. aktuální údaje o zdravotním stavu pacienta,
4. záznam o rozsahu podané informace v rámci ošetrovatelské péče při propuštění z ústavní péče.

Ošetrovatelská propouštěcí zpráva se nevypracovává, je-li o propuštění pacienta z ústavní péče vypracována propouštěcí zpráva podle bodu 4 této přílohy. (2)

Kvalitní vedení ošetrovatelské dokumentace je odrazem úrovně profesionální praxe. Správné, vhodné a efektivní vedení dokumentace je vizitkou kvalifikovaného odborníka, naopak nedbale vedená a neúplná dokumentace často skrývá i širší problémy praxe určitého jednotlivce nebo zdravotnického zařízení. (12)

Nedodržováním těchto zákonných nařízení může být podle zákona trestáno.

4 EMPIRICKÁ ČÁST

4.1 Metodika vlastního šetření

Ve výzkumném šetření jsem se zaměřila na vedení ošetrovatelské dokumentace v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, na Klinice Dr. Pírka a v Psychiatrické léčebně Kosmonosy.

Pro vlastní šetření byl použit vzorek respondentů 132 sester. Byly to sestry, které vyplnily Dotazník pro sestry, který byl zaměřen na spokojenost sester s vedením ošetrovatelské dokumentace na jejich oddělení. Byla zde i možnost sdělení jakýchkoliv připomínek k dokumentaci na oddělení. Šetření bylo prováděno na všech lůžkových odděleních Oblastní nemocnice Mladá Boleslav.

Při provádění výzkumu jsem vždy nejdříve zašla za vrchní sestrou z daného oddělení, buď jsme o tématu mé práce a výzkumu diskutovaly spolu anebo jsem byla odkázaná na staničnickou, popřípadě jinou sestru.

Při provádění výzkumu jsem se zaměřila i na kontrolu mé osoby při nahlížení do dokumentace. Zaznamenávala jsem, zda je kontrolováno Povolení k provádění výzkumu, kontrola totožnosti mé osoby a záznam o nahlížení do dokumentace nemocného v rámci výzkumného šetření.

Některé vrchní sestry se mnou diskutovaly ochotně se zájmem o danou problematiku, bylo vidět, že se o vedení ošetrovatelské dokumentace zajímají, jen vidí v časové náročnosti ošetrovatelské péče prováděné na oddělení a její skloubení se zapisováním do dokumentace. Pro některé VS je vedení ošetrovatelské dokumentace nutnou zbytečností, která odvádí sestry od pacientů (dětské oddělení). Na některých odděleních mi bylo rovnou sděleno, že žádnou ošetrovatelskou dokumentaci nevedou (např. oční oddělení).

Ke srovnání dokumentace byl použit nestandardizovaný záznamový arch. Tento arch byl založen na koncepčním ošetrovatelském modelu podle M. Gordonové. Jsou zde zastoupeny jednotlivé části modelu a jejich obsah. První arch je zaměřen na ošetrovatelskou dokumentaci na jednotlivých odděleních. Největší důraz je kladen na dokumentaci zaměřující se na ošetrovatelskou anamnézu a plán péče, dále na záznamy zdravotnických pracovníků do dokumentace a jejich čitelnost. Druhý je dotazník určený pro zdravotnické pracovníky, sestry a zdravotnické asistenty ke zjištění jejich názoru na vedení zdravotnické dokumentace, na jejich spokojenost s ní.

4.2 Rozbor vlastního dotazníku

Pro metodu získání informací jsem zvolila formu anonymního dotazníku a nestandardizovaného záznamového archu. Šetření probíhalo na všech lůžkových odděleních Oblastní nemocnice Mladá Boleslav s povolením náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Výzkum byl velmi rozsáhlý, časově velmi náročný.

Výzkum byl prováděn na všech lůžkových odděleních v období září-listopad 2010.

Ke srovnání dokumentace byl použit nestandardizovaný záznamový arch. Tento arch byl založen na koncepčním ošetrovatelském modelu podle M.Gordonové. Jsou zde zastoupeny jednotlivé části modelu a jejich obsah. První arch je zaměřen na ošetrovatelskou dokumentaci na jednotlivých odděleních. Největší důraz je kladen na dokumentaci zaměřující se na ošetrovatelskou anamnézu a plán péče, dále na záznamy zdravotnických pracovníků do dokumentace a jejich čitelnost. Druhý je dotazník určený pro zdravotnické pracovníky, sestry a zdravotnické asistenty ke zjištění jejich názoru na vedení zdravotnické dokumentace, na jejich spokojenost s ní a ke sdělení jejich připomínek.

Rozdáno bylo celkem 145 dotazníků, vrátilo se vyplněných 132 dotazníků, to je 91 %.

Dotazník je rozdělen na dvě části. Nejprve anamnestické údaje sester- jejich věk, délka praxe, vzdělání a pak je dotazník rozdělen na oddělení, kde ošetrovatelskou dokumentaci vedou a kde ji nevedou.

4.3 Výsledky šetření a jejich vyhodnocení

Vyhodnocení výzkumného šetření formou dotazníku v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav.

Vyhodnocení formou záznamového archu složek ošetrovatelské dokumentace a srovnání jednotlivých oddělení v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav.

Celkem bylo rozdáno 145 dotazníků, vyplněných se vrátilo 132, to je návratnost 91 %.

Průměrná délka praxe respondentek byla 19 let.

Přehled výsledků výzkumného šetření na Klinice Dr. Pírka je uveden v části 4.4.1.

Přehled výsledků výzkumného šetření v Psychiatrické léčebně Kosmonosy je uveden v části 4.5.1.

Přehled výsledků dotazníkového výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav ve formě grafů, je uvedeno je v části č. 4.6.2.

Dotazníkové šetření mezi všeobecnými sestrami a zdravotnickými pracovníky bylo rozděleno na dvě části. V první části byly všeobecné anamnestické údaje a pak následovalo rozdělení podle oddělení, kde je ošetrovatelská dokumentace vedena a kde vedena není.

Záznam z nahlédnutí do zdravotnické dokumentace na jednotlivých odděleních v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav a náhled sester na vedenou dokumentaci je uveden v části 4.6.5.

Pro lepší srovnání jednotlivých položek vedených ve zdravotnické dokumentaci jsou výsledky shrnuty v příloze č. 6 v souhrnné tabulce č. 18 .

4.4 Klinika Dr. Pírka

4.4.1 Výzkumné šetření na Klinice Dr. Pírka

Klinika Dr. Pírka je od roku 1993 nestátní zdravotnickým zařízením. Svým zaměřením je Klinika Dr. Pírka operačním oborem převážně ortopedického charakteru. Součástí je i chirurgické oddělení, gastroenterologie a plastická chirurgie.

Při telefonickém dotazu v červenci 2010 o vyslovení předběžného souhlasu s provedením výzkumu na téma ošetrovatelské dokumentace mi tento předběžný souhlas byl udělen. V září 2010, jsem si na Klinice Dr. Pírka domluvila schůzku s vrchní sestrou Simonou Hlaváčovou. Na této schůzce jsem jí a řediteli Kliniky Dr. Pírka MUDr. Stanislavu Najmanovi chtěla předat oficiální žádost o provedení výzkumného šetření a o rozdání dotazníků zdravotnickému personálu. Na této schůzce mi bylo vrchní sestrou Kliniky Dr. Pírka sděleno, že s provedením výzkumu nesouhlasí a žádost mi byla bez vyplnění stanoviska a razítka vrácena. K řediteli jsem se ani já, ani má žádost nedostala.

Na můj dotaz, zda mi alespoň může odpovědět, jestli vedou ošetrovatelskou dokumentaci, tak prý nevedou. Z dalšího rozhovoru s vrchní sestrou mi bylo sděleno, že ona je raději, když je sestra u pacienta a ne když sepisuje papíry. Na můj dotaz, jak tedy sestry píší záznamy o pacientech, tak nepíší, pouze odškrtavají ordinace lékaře. Jestli se při tom i podepisují, nevím. Na můj dotaz, jestli vedou alespoň stupnici škály bolesti, když jsou zaměřením operačním oborem, tak nevedou. Byla jsem z celkového přístupu vrchní sestry velmi zklamaná, její přístup mi přišel velmi laxní a měla jsem pocit, že pokud bych se začala zajímat do hloubky problémem vedení ošetrovatelské dokumentace, vyšly by najevo nedostatky, které by se neměly stávat, navíc v soukromém zařízení, které vyhledávají klienti z širokého okolí.

Když jsem z Kliniky Dr. Pírka odcházela, oslovila mne službu konající sestra, která mne požádala o rozhovor mimo její pracoviště a pracovní dobu. Z rozhovoru s touto sestřičkou, která mne důrazně žádala o zachování anonymity z obav o své zaměstnání (její jméno samozřejmě znám, ale nebudu ho zde uvádět), vyšlo najevo, že nejen ona, ale i její ostatní kolegyně vědí o nutnosti vést ošetrovatelskou dokumentaci, sami na tuto skutečnost poukazovali vedení Kliniky Dr. Pírka. Sami dokonce vypracovali návrh možnosti vedení ošetrovatelské dokumentace pro jejich pracoviště, které bylo ale vedením údajně smeteno ze stolu. Nemají ale jinou možnost jak se bránit, o dokumentaci své ošetrovatelské péče bojují bezvýsledně již několik let, při poukazování na tyto nedostatky jsou prý zastrášováni a obavy o své zaměstnání jsou silnější než větší důraz na vytvoření ošetrovatelské

dokumentace. Také se obávají, jak by se jako sestry bránily v případné žalobě, když neprovádějí žádné záznamy do dokumentace pacienta. Jejich ošetrovatelská péče není ve zdravotnické dokumentaci potvrzená a ničím podložená. Po rozhovoru s vrchní sestrou Kliniky Dr. Pírka nemám důvod této sestřičce nevěřit.

Nesouhlas vedení Kliniky Dr. Pírka s provedením výzkumného šetření respektuji, ale velmi bych váhala, když o tomto nedostatku vím, zda bych se v tomto zařízení nechala ošetřit.

4.5 Psychiatrická léčebna Kosmonosy

4. 5.1 Výzkumné šetření v Psychiatrické léčebně Kosmonosy

Psychiatrická léčebna Kosmonosy vznikla roku 1869. Postupným rozšiřováním se rozrostla do dnešní podoby, kdy je v léčebně okolo 600 pacientů. V roce 2010 prošla Psychiatrická léčebna Kosmonosy náročným akreditačním řízením. Součástí tohoto akreditačního řízení je i povinnost vést ošetrovatelskou dokumentaci.

V roce 2009 jsem nastoupila jako všeobecná sestra do Psychiatrické léčebny Kosmonosy, která v tu dobu procházela akreditačním řízením. Součástí získání akreditace je i vedení ošetrovatelské dokumentace.

Již při nástupu jsem byla upozorněna na vedení ošetrovatelské dokumentace, které je velmi podrobné. Bylo a je podrobné. Do psychiatrické léčebny jsem se po mateřské dovolené vrátila. Veškerá dokumentace o pacientovi, i ošetrovatelská, je vedena jak ve formě počítačové, tak i písemné.

Ošetrovatelská dokumentace je velmi rozsáhlá a komplexně popisuje stav pacienta. Bohužel ani v Psychiatrické léčebně Kosmonosy mi nebyl umožněn výzkum, přestože mi byl předběžný souhlas v červenci 2010 hlavní sestrou Simonou Francovou vysloven.

Opět se můžu jen dohadovat, proč. Napadají mne snad jen tři důvody. Buď si vedení PLK není jisté kvalitou vedení ošetrovatelská dokumentace, nebo se obávají možného okopírování výše uvedené dokumentace anebo jsou tu obavy z výsledku výzkumného šetření mezi zdravotnickým personálem a jejich názoru na vedení dokumentace.

Toto jsou ale jen mé dohady.

Musím podotknout, že v Psychiatrické léčebně Kosmonosy opět pracuji, vedení dokumentace je propracováno do nejmenších detailů a prochází několika stupni kontroly. Je vedeno elektronickou i písemnou formou, při příjmu pacienta je sepsán vstupní ošetrovatelský záznam, ošetrovatelská anamnéza do 24 hodin. Testovací stupnice a škály jsou sepisovány při příjmu a dle stavu pacienta, stejně tak edukace pacientů. Vytvoření ošetrovatelského plánu a edukace stvrdí pacient svým podpisem.

Bohužel nemohu vzor ošetrovatelské dokumentace ukázat ve své práci, což mne velmi mrzí. Ve srovnání s ostatními zkoumanými nemocnicemi by byla Psychiatrická léčebna Kosmonosy jasným vítězem.

4.6 Oblastní nemocnice Mladá Boleslav

4.6.1 Výzkumné šetření v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav.

Oblastní nemocnice Mladá Boleslav byla založena roku 1896. Postupným rozrůstáním byla dostavěna do dnešní podoby, kdy poskytuje léčebnou péči městu Mladá Boleslav a jeho okolí. Od ledna roku 2003 spadá nemocnice pod Středočeský krajský úřad, který je jejím zřizovatelem.

Otázkou vedení dokumentace se vedení nemocnice zabývalo již několik let, ale nikdy nebyla dotažena do konce, proto si každé oddělení vytvořilo dokumentaci vlastní, více či méně odpovídající vyhlášce č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci. Jednotlivá oddělení a jejich ošetrovatelská dokumentace je podrobněji popsána v další části této bakalářské práce.

V roce 2010 byla do funkce náměstkyně pro ošetrovatelskou péči jmenována Mgr. Jana Fejfarová. Při rozhovoru s ní jsem vycítila, že otázka ošetrovatelské dokumentace je téma, které ji velmi zajímá a ráda by zavedla ošetrovatelskou dokumentaci v celé nemocnici jednotnou. Chápu ale, že vedení takového kolosu jakým nemocnice bezesporu je, zabere spoustu času a sil a že se musí řešit problémy palčivější a které jsou prostě přednější víc, než zavedení jednotné ošetrovatelské dokumentace.

Vlastní výzkum k této bakalářské práci probíhal v období září-listopad 2010, vlastní zpracování dotazníků bylo prováděno v období leden-březen 2011. Bohužel vlastní zdravotní problémy, nemoci dětí a nakonec i úmrtí v rodině mi zabránilo dopracovat a předložit bakalářskou práci v dřívějším termínu.

Ve svém výzkumu jsem se tedy zaměřila na vedení ošetrovatelské dokumentace v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, kde jsem i dlouhá léta pracovala.

Výzkum byl velmi rozsáhlý, časově velmi náročný a musím podotknout, že skloubit provádění výzkumu, zaměstnání, školu a rodinu byl mnohdy nadlidský úkol.

Výzkum byl prováděn na všech odděleních Oblastní nemocnice Mladá Boleslav v období září-listopad 2010. Bylo pro mne velkým překvapením, že i 4 roky od zavedení platnosti vyhlášky č.385/2006 o zdravotnické dokumentaci je tato dokumentace vedena různě, na některých odděleních vůbec, vždy dle kreativity a nadšení vrchních sester.

4.6.2 Dotazník pro sestry-Anamnestické údaje

Na otázku: „Jaký je váš věk“ odpovědělo všech 132 sester, z toho

41 sester ve věku 19 – 30 let

56 sester ve věku 31 – 45 let

34 sester ve věku 46 – 60 let

1 sestra ve věku 61 let



Graf č. 1

Analýza-podle věku sester lze soudit, že většina sester získala vzdělání v době, kdy nebyl kladen důraz na výuku ošetrovatelského procesu a dokumentací s ním spojenou.

Na otázku: „Jaké je vaše vzdělání?“ odpovědělo všech 132 sester, z toho

76 sester získalo vzdělání na SZŠ

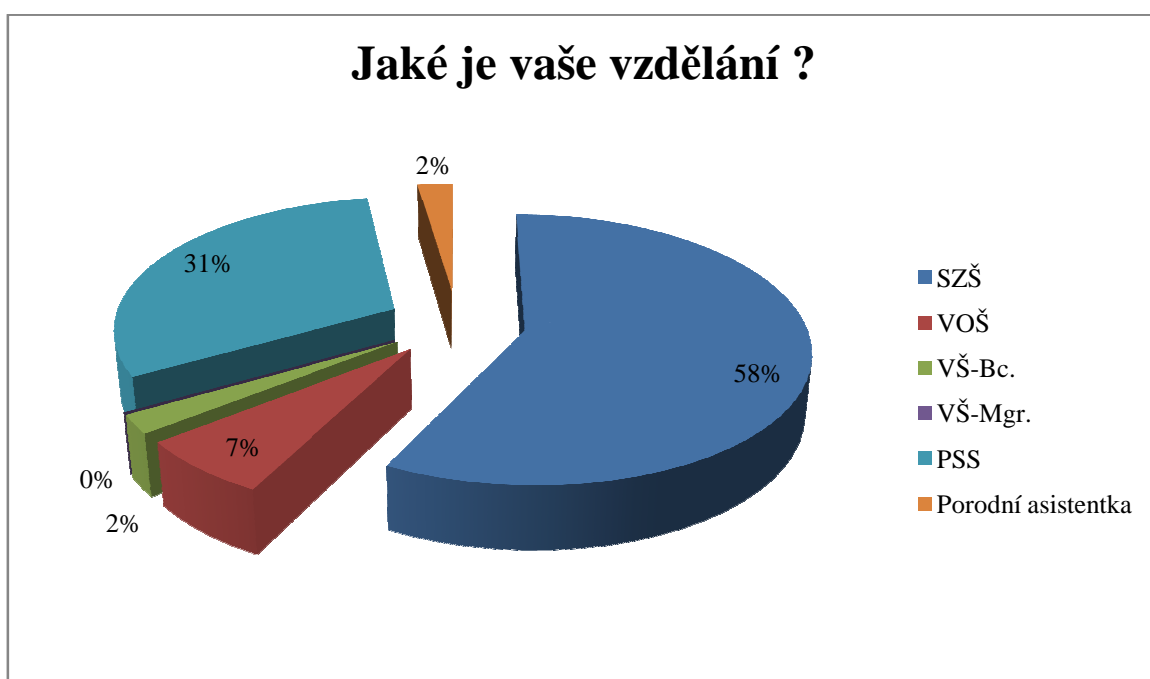
9 sester získalo vzdělání na VOŠ

3 sestry získaly vzdělání VŠ - Bc.

0 sester získalo VŠ-Mgr.

41 sester získalo vzdělání PSS

3 sestry získaly vzdělání porodní asistentky



Graf č. 2

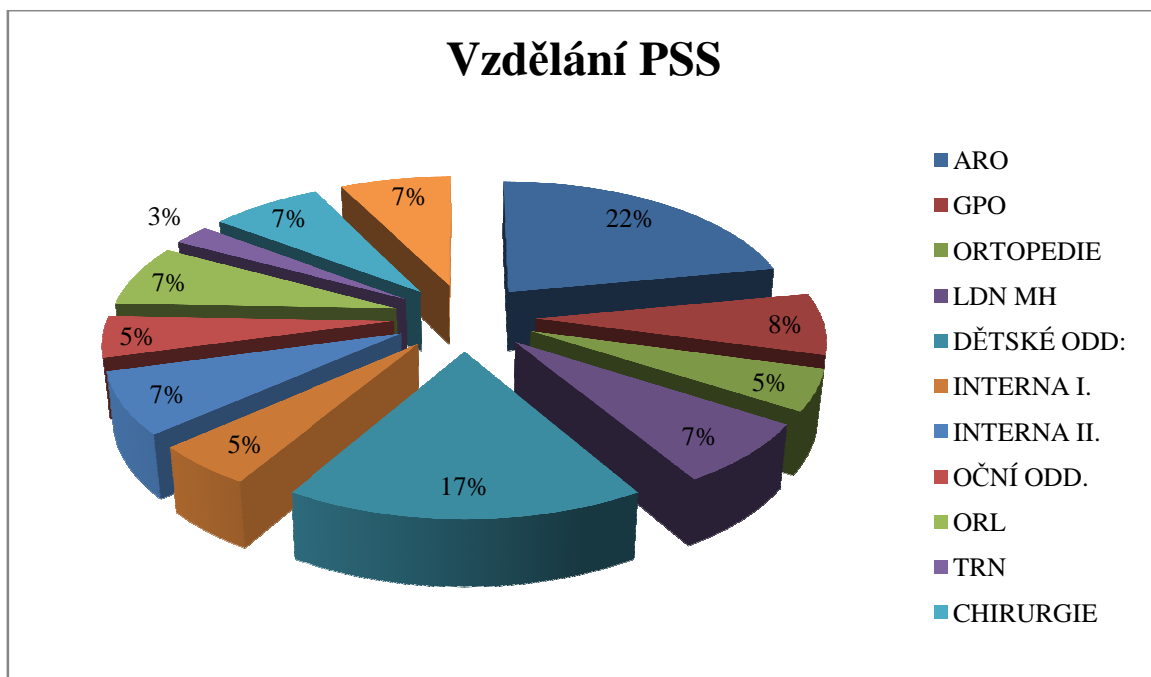
Analýza-velmi mne u této otázky zarazil nízký počet vysokoškolsky vzdělaných sester na odděleních.

Sestry s VOŠ jsou na odděleních ARO, ortopedie, dětské a neurologie.

Sestry s VŠ-Bc. pak na GPO, Interna II, a Neurologie.

Naopak sestry s magisterským vysokoškolským vzděláním nebyly ani jedna.

Sestry s pomaturitním specializačním studiem získaly vzdělání nejprve na střední zdravotnické škole a poté PSS. Sestry s PSS byly nejčastěji zastoupeny oddělení ARO.



Graf č. 3

Analýza- Srovnání pracovišť se sestrami vzdělanými pomaturitním specializačním studiem. Nejvíce sester pracuje na oddělení ARO, dále pak na dětském oddělení (neonatologii).

Na otázku: „Jaká je vaše pozice?“ odpovědělo

108 jako všeobecná sestra

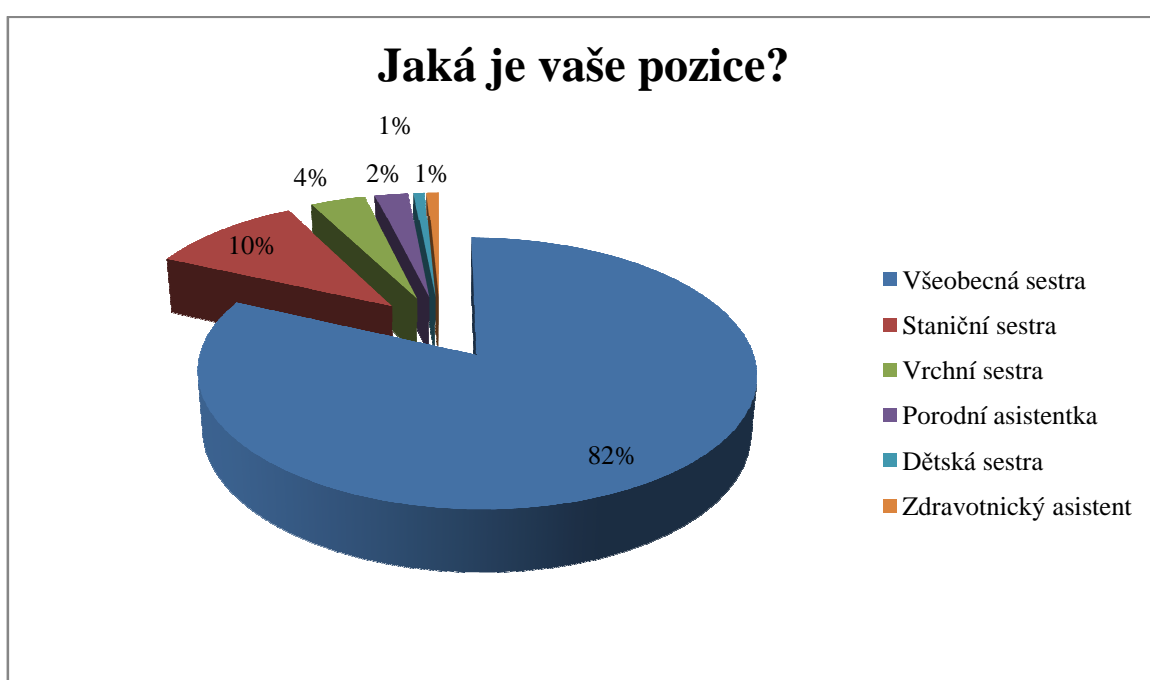
3 jako porodní asistentka

1 jako dětská sestra

1 jako zdravotnický asistent

14 jako staniční sestra

5 jako vrchní sestra



Graf č. 4

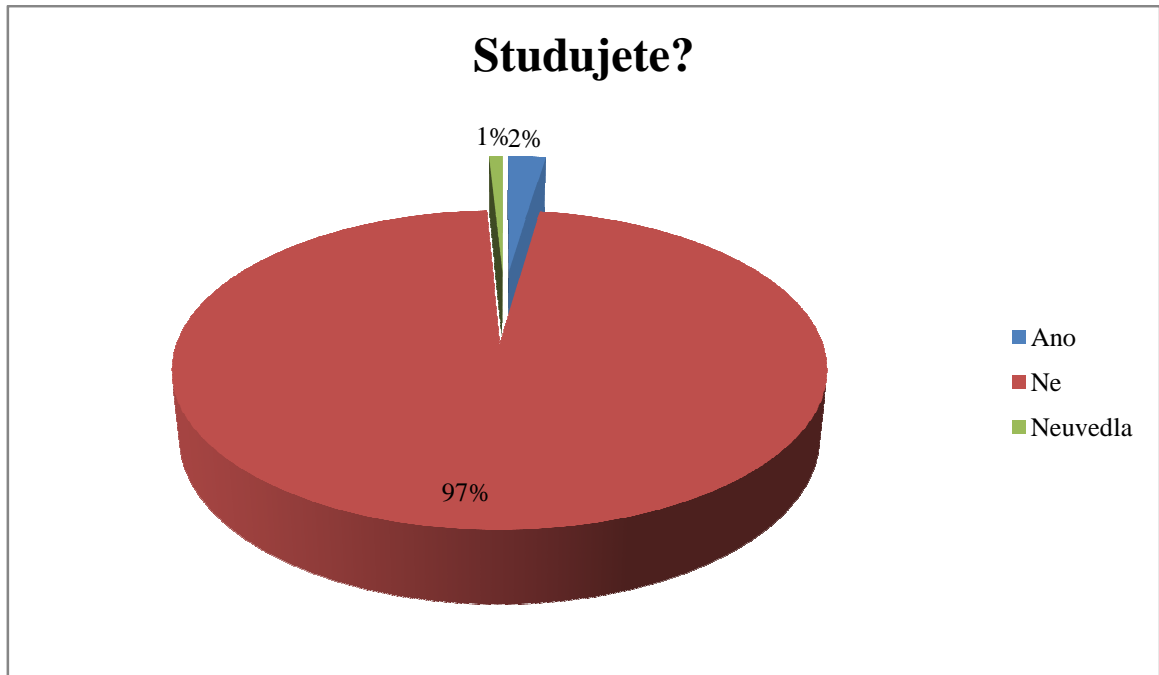
Analýza- Největší zastoupení respondentek při vyplňování dotazníku bylo všeobecných sester. Dotazník vyplněný zdravotnickým asistentem jsem ponechala, je plnohodnotným členem zdravotnického týmu, i když je pod přímým dohledem všeobecné sestry.

Na otázku: „Studujete?“ odpověděly

3 sestry ano

128 sester ne

1 sestra neuvedla



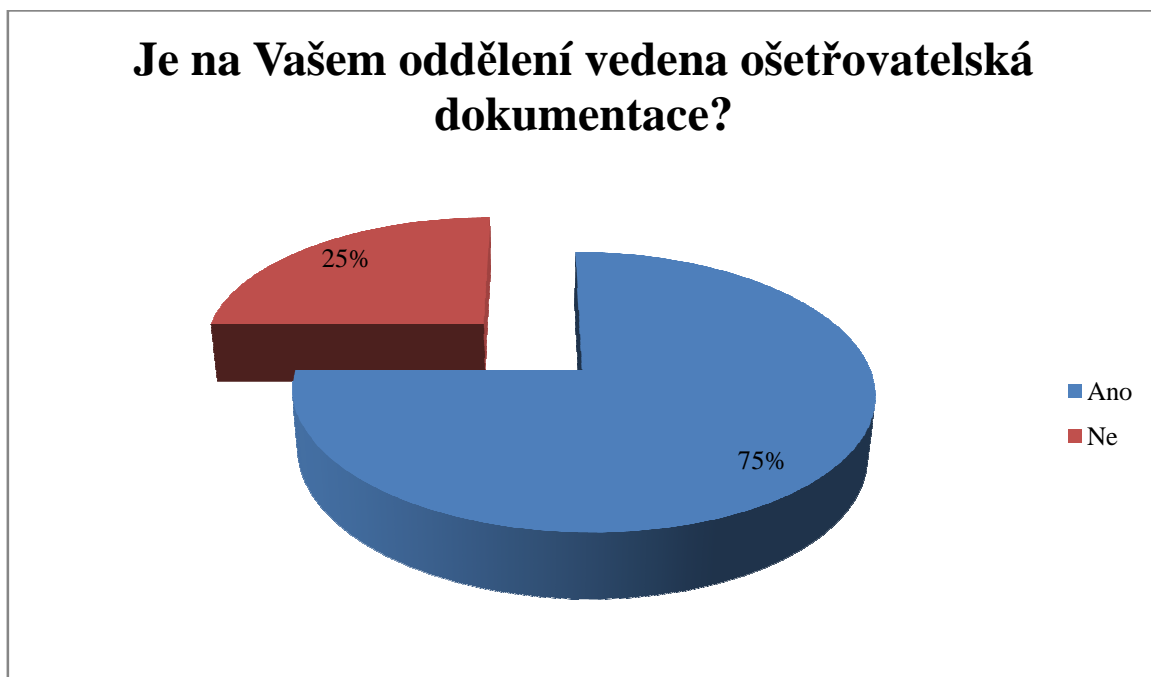
Graf č. 5.

Analýza-jako všeobecné sestry máme za povinnost se neustále vzdělávat ve svém oboru. Nízký počet studujících sester mne také zaráží. Sestry, které uvedly, že studují, studují pomaturitní specializační studium, 1 sestra uvedla, že se vzdělává samostudiem. Žádná sestra neuvedla následné studium na vysoké škole.

Na otázku: „Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace?“ odpovědělo

99 sester ano

33 sester ne



Graf č. 6

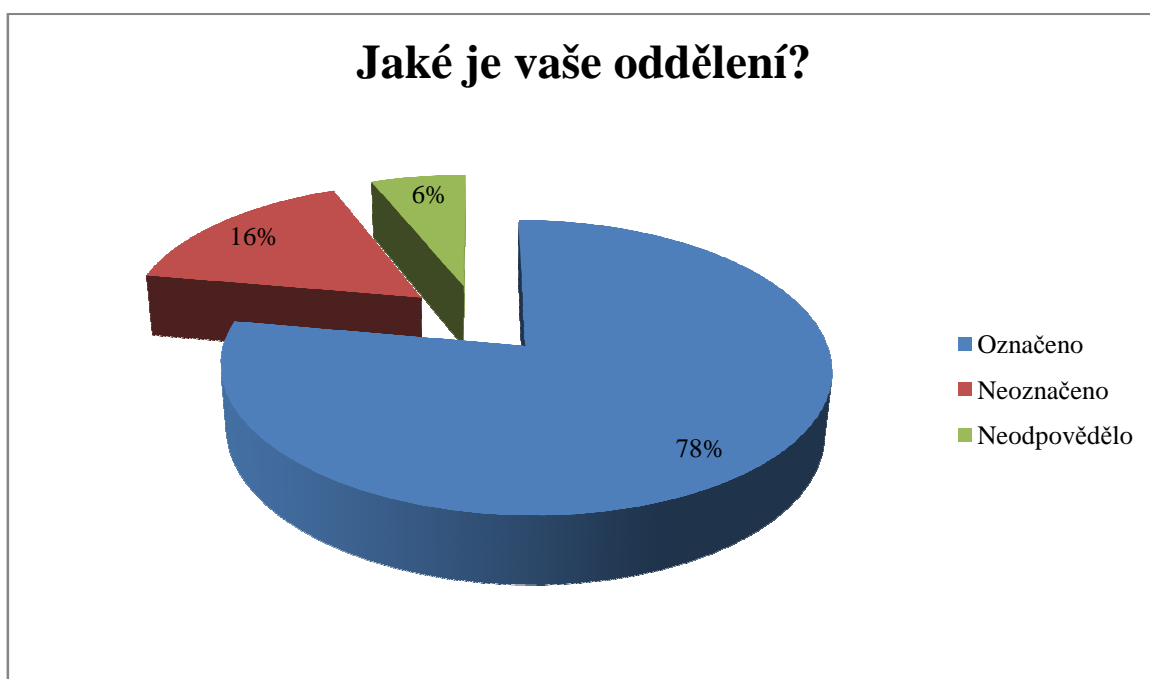
Analýza- dále je dotazník rozdělen na dvě části. Na oddělení kde je ošetrovatelská dokumentace vedena, a kde ošetrovatelská dokumentace vedena není.

4.6.3 Oddělení s vedenou ošetrovatelskou dokumentací

Své oddělení označilo 77 sester

16 odpovědělo jinak

6 neodpovědělo



Graf č. 7

Analýza- 77 sester označilo své oddělení, kde pracují.

Sestry, které odpověděly jinak, většinou označily své oddělení jako hezké, čisté, útulné, příjemné a podobně.

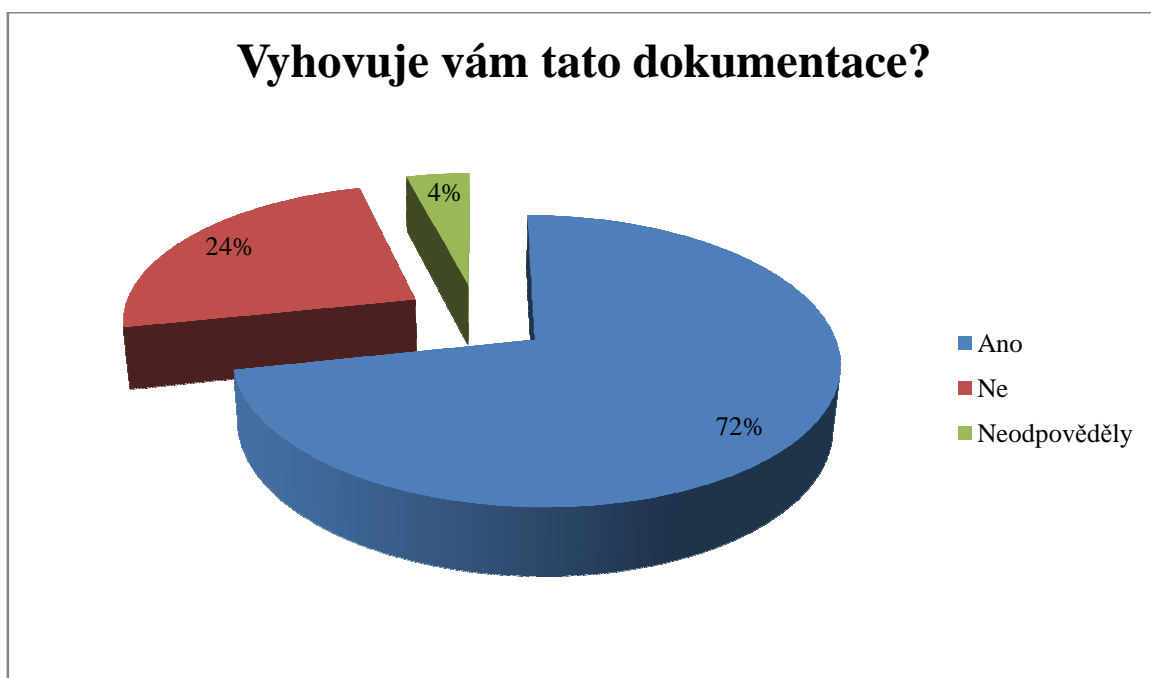
Průměrná délka praxe na uvedených odděleních bylo 9,6 let.

Na otázku: „Vyhovuje vám tato dokumentace?“ odpovědělo

71 sester ano

24 sester ne

4 sestry neodpověděly



Graf č. 8

Analýza- z uvedených odpovědí se dá předpokládat, že sestry si na ošetrovatelskou dokumentaci na oddělení zvykly a vyhovuje jim.

Na otázku: „Myslíte si, že vedení ošetrovateľskej dokumentácie je prínosom pre Vašu prácu?“ odpovedalo

68 sester ano

30 sester ne

1 sestra neví



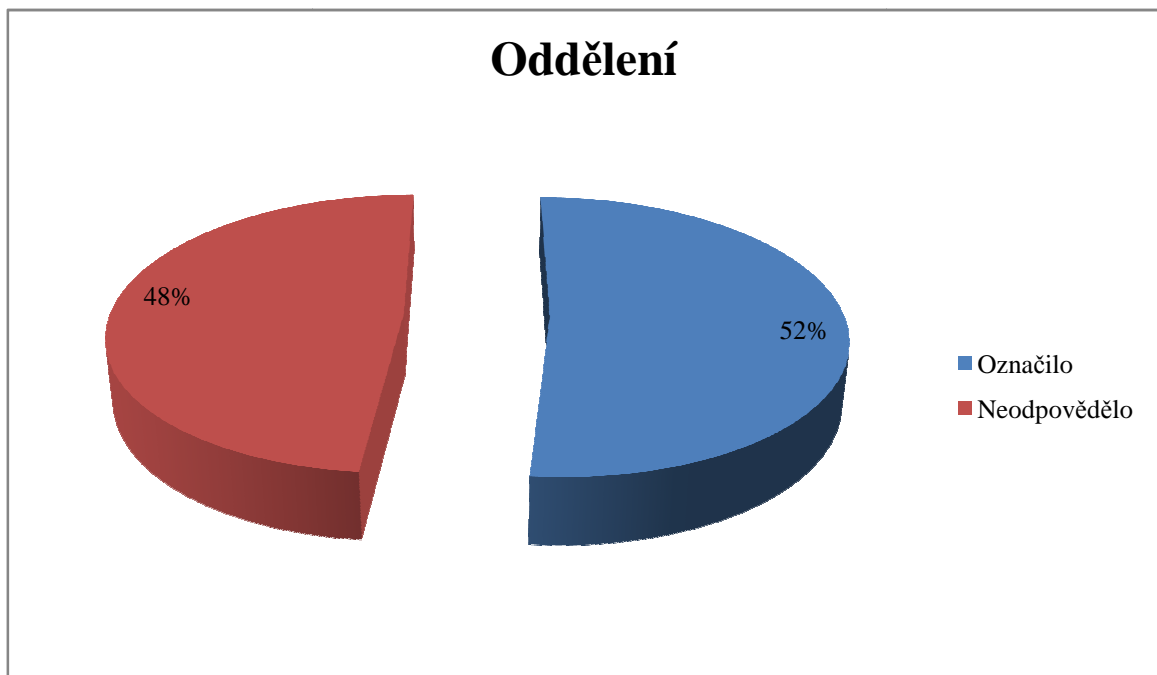
Graf č. 9

Analýza-pouze 69 % sester si myslí, že vedení ošetrovateľskej dokumentácie je prínosom pre jejich prácu, což je podle mého názoru málo. Ošetrovateľská dokumentácia by měla dokumentovat práci sestry a chránit ji v případě soudního sporu. Připomínky sester k ošetrovateľským dokumentacím jsou uvedeny v části č.4.6.5 v hodnocení ošetrovateľských dokumentací jednotlivých oddělení.

4.6.4 Oddělení kde není vedena ošetrovatelská dokumentace

Své oddělení označilo 17 sester

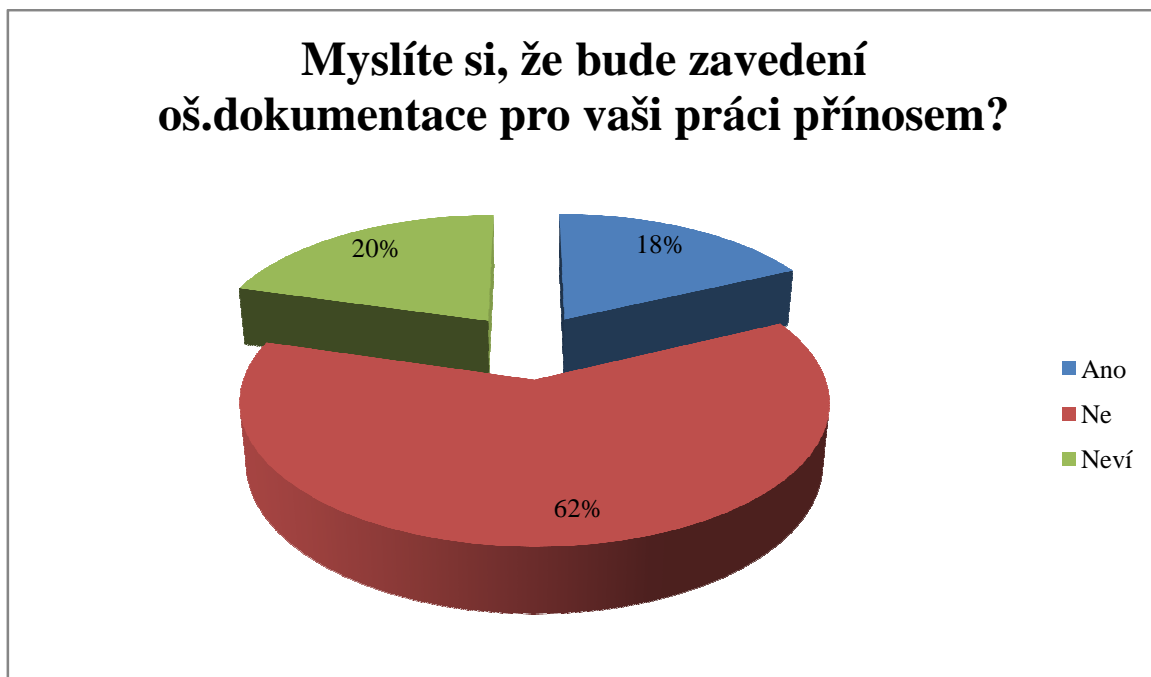
16 sester neodpovědělo



Graf č. 10

Průměrná délka praxe na uvedených odděleních byla 13,5 let.

Na otázku: „Myslíte si, že bude zavedení ošetrovatelské dokumentace pro vaši práci přínosem? Odpovědělo 5 sester ano
20 sester ne
8 sester neví



Graf č. 11

Analýza- Sestry se většinou obávají nárůstu administrativy, jejich jednotlivé připomínky jsou uvedeny v příloze č. 4.6.5 v hodnocení ošetrovatelských dokumentací jednotlivých oddělení.

Na otázku: „Myslíte si, že bude zavedení ošetrovatelské dokumentace na Vašem oddělení bezproblémové?“ odpovědělo 7 sester ano
24 sester ne
2 sestry se nevyjádřily



Graf č. 12

Analýza- vzhledem k věkovému průměru sester, délce jejich praxe se dá očekávat obtížnější zavádění ošetrovatelské dokumentace. Špatně se zavádějí nové věci do zjetého režimu a navíc dokumentace časově náročná bývá, skloubit administrativu s poskytováním ošetrovatelského procesu bývá velmi náročné. Myslím si, že se situace zlepší v té chvíli, kdy sestry pochopí význam ošetrovatelské dokumentace v jejich práci.

4.6.5 Ošetrovatelská dokumentace na jednotlivých odděleních

4.6.5.1 Oddělení: ARO

Standard vedení oš.dokumentace	Ne
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	Ne Ne ne
Oš. diagnóza	ne
Oš. plán	ne
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ne
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	Ne Ne
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ne ne
Pac. zná jméno svého lékaře	ne
Pac. zná jméno své primární sestry	Ne
Poučení o uložení cenností	ne
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	Ano-překladová
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester	Ano-záznam vývoje stavu pacienta
Záznam hodnocení bolesti akutní chronické	Ne ne
Plán péče o rány akutní chronické	Ano Ano
Plán péče o dekubity	ano
Hodnocení drénu, kanyly	Ne
Polohování	ne
Napájení	Ano
Bilance tekutin	ano
Nutriční skóre	Ne
Barthelův test zákl.denních činností	Ne
Riziko pádu	Ne
Mini-methal test	Ne
RHB	Ano-celonemocniční
Edukace pac. event. rodiny –o přijetí na odd. ARO	Ano
Jiné dle specifika oddělení Sdružená dokumentace pro ARO včetně lékařského dekurzu	Ano
Jiné zde neuvedené	ne
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod Podpis pac.	Ne Ne
Záznamy sester čitelné přehledné	Ano Ano
Razítka provedených výkonů/aktivit	Ne
Podpisy sester čitelné razítka	Ano ne Ano
Označení dokumentu dle zákona	Ano
Záznam nahlédnutí do dokumentace	Ne

Tabulka č. 1

Oddělení ARO je poskytování své péče velmi specifické, potřebuje proto i vlastní dokumentaci.

Při provádění výzkumného šetření jsem hovořila s vrchní sestrou, byla mi předvedena dokumentace používaná na oddělení ARO, kdy je podrobně monitorován stav pacienta. Bohužel prázdný formulář mi nebyl zapůjčen. Vrchní sestra mi ukázala formulář pro dokumentaci ošetrovatelské péče, který má připravený, ale zatím nebyl zaveden do praxe.

Ukázaný vzorový formulář obsahoval ošetrovatelské plány, ošetrovatelské diagnózy, formulář péče o dekubit, monitorace příjmu a výdeje tekutin a další záznamy a hodnotící škály. Bohužel tato vrchní sestra nebyla ochotna zavést svou vlastní novou dokumentaci do praxe, vzhledem k očekávání zavedení jednotné ošetrovatelské dokumentace v celé nemocnici.

Povolení k výzkumu kontrolováno, kopírováno, nahlédnutí do dokumentace nezaznamenáno.

Teplotní tabulky nepoužívají

Léky se podávají podle dekurzu, kde se odškrtnou a parafují.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 15 dotazníků, vrátilo se 15 dotazníků, to je 100 %.

Na otázku jaký je váš věk odpovědělo: 7 sester 19-30, 8 sester 31-45, žádná sestra 46-60 let.

Otázka vzdělání: 4 sestry získaly vzdělání na SZŠ, 2 sestry na VOŠ, 9 sester má PSS.

Otázka: Jaká je vaše pozice? 13 sester pracuje jako všeobecná sestra ve směnném provozu, 1 staniční sestra, 1 zdravotnický asistent.

Žádná sestra dále nestuduje, jedna sestra uvedla, že se vzdělává samostudiem

Průměrná délka práce v oboru je 11,2 let.

Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace?

Ano odpovědělo 10 sester

Oddělení uvedlo 9 sester, 1 neuvedla.

Průměrná délka práce na uvedeném odd. je 7,7 let

Vyhovuje vám tato dokumentace? Ano 9 sester

Ne 1 sestra.

Myslíte si, že vedení ošetrovatelské dokumentace je přínosem pro Vaši práci?

Ano 10 sester

Ne žádná sestra

Jedna sestra měla připomínky k ošetrovatelské dokumentaci vedené na oddělení.

Udává, že v dokumentaci je nedokončený proces, přínosem pro práci je kontinuita péče, dostatek informací, právní ochrana sestry. Také by chtěla v této dokumentaci dokončit proces.

Ne odpověděly 4 sestry, 1 zdravotnický asistent

Průměrná délka praxe těchto sester na oddělení ARO je 7,7 let.

Na dotaz, zda bude zavedení ošetrovatelské dokumentace přínosem zdravotnický asistent neodpověděl, jedna sestra nevyplnila, 2 sestry odpověděly ano i ne.

Jako důvod přínosu udávají zpřehlednění informací o péči a o stavu pacienta.

Další sestra jako přínos udává více informací o pacientovi, ale i nárůst papírování a bezproblémové zavedení ošetrovatelské dokumentace nedokáže posoudit, udává, že pacient bude až na druhém místě.

Jedna sestra udává jako přínos prevenci při vzniku problémů, zaměření se na něj, informace, ale obává se nárůstu papírování. K bezproblémovému zavedení udává dokumentaci na prvním místě, potom teprve pacient.

Jedna sestra udává více informací o pacientovi, ale i nárůst papírování.

Zdravotnický asistent nevyplnil.

4.6.5.2 Oddělení: Dětské odd.

Standard vedení oš.dokumentace	Ne	
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	Ano Vlastní Ano	
Oš. diagnóza	Ne	
Oš. plán	Ne	
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ano	
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	Ne Ne	
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ano Ano	
Pac. zná jméno svého lékaře	Ano	
Pac. zná jméno své primární sestry	Ne	
Poučení o uložení ceností	Ano	
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	Ano-překladová	
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester	Ne	
Záznam hodnocení bolesti	akutní chronické	ne ne
Plán péče o rány	akutní chronické	ne ne
Plán péče o dekubity		Ne
Hodnocení drénu, kanyly		Ne
Polohování		Ne
Napájení		Ne
Bilance tekutin		ano
Nutriční skóre		Ne
Barthelův test zákl.denních činností		Ne
Riziko pádu		Ne
Mini-methal test		Ne
RHB		Ano-celonemocniční
Edukace pac. event. rodiny		Ano
Jiné dle specifika oddělení		Ne
Jiné zde neuvedené		ne
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod Podpis pac.	Ne Ne	
Záznamy sester čitelné - v hlášení sester přehledné	Ano Ano	
Razítka provedených výkonů/aktivit		Ne
Podpisy sester čitelné razítka	Ano ne Ne	
Označení dokumentu dle zákona		Ne-chybí označení nemocnice-odd.
Záznam nahlédnutí do dokumentace		Ne

Tabulka č. 2

Teplotní tabulky mají vlastní se jménem, příjmením, rokem narození,
Všechna medikace a ošetření se přepisuje do hlášení sester, odkud se čerpají všechny informace o pacientovi, kde se i podaná medikace odškrtně a parafuje.

Léky se nepodávají podle dekurzu, ale podle sešitu hlášení sester.

Povolení k výzkumu zkontrolováno, nekopírováno, nahlédnutí do dokumentace nezaznamenáno.

Jako na jediném oddělení jsem byla upozorněna na podpisové vzory zaměstnanců.

Po dlouhém rozhovoru s vrchní sestrou vyplynulo, že ani ona není zastáncem podrobné ošetrovatelské dokumentace, je raději, když je sestra u pacienta a že má všechny děti spokojené a v čistotě, než když sedí u stolu a sepisuje papíry.

Na dětském oddělení předávají příbuzným dotazník spokojenosti.

Jako jediné oddělení mi poskytlo vzory informovaných souhlasů k výkonům.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 15 dotazníků, vrátilo se 14 dotazníků, to je 93 %.

Na otázku jaký je váš věk odpovědělo 3 sestry -19-30, 4 sestry 31-45, 6 sester 46-60, 1 sestra 61 let.

Otázka vzdělání- 6 sester získalo vzdělání na SZŠ, 1 sestra na VOŠ, 7 sester má PSS.

Jaká je vaše pozice? 9 sester pracuje jako všeobecná sestra ve směnném provozu, 1 dětská sestra, 3 staniční sestry, 1 vrchní sestra.

Žádná sestra dále nestuduje.

Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Průměrná délka práce v oboru je 24,1 let.

Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? ANO- NE

Ano odpovědělo 9 sester

Své oddělení označilo 9 sester.

Průměrná délka práce na uvedeném odd. je 15 let.

Vyhovuje vám tato dokumentace? Ano 4 sestry

Ne 5 sester

Myslíte si, že vedení ošetrovatelské dokumentace je přínosem pro Vaši práci?

Ano 5 sester

Ne 4 sestry

Připomínky k ošetrovatelské dokumentaci vedené na oddělení mělo 6 sester.

Jedna sestra udává zbytečně obsáhlou a nepřehlednou ošetrovatelskou dokumentaci, přínosem by byla podle jejího názoru dokumentace v jiné formě a vadí jí zbytečné přepisování stejných údajů do hlášení sester.

Jedna sestra udává, že jejich dokumentace je ve fázi vytváření, přínosem pro její práci je právně i pro pojišťovnu, více administrativy odvádí sestry od práce u dětí a uvítaly by sjednocení dokumentace v celé nemocnici.

Jedna sestra uvádí, že jí dokumentace nevyhovuje, protože není úplná.

Jedna sestra udává zbytečné zdržování s dokumentací, není čas na pacienty, stejné otázky sester a lékařů.

Jedna sestra udává, že dokumentace jí nevyhovuje, protože jsou dotazníky příliš všeobecné, uvítala by dotazníky pro děti s rozlišením věku. Poukazuje i duplicitu anamnestických otázek s lékařským vyšetřením. Dále udává, že má pocit, že se v poslední době klade větší důraz na dokumentaci než na samotného pacienta.

Jedna sestra udává, že má nedostatek času na dokumentaci, a že je důležitější papír než pacient.

Ne odpovědělo 5 sester

Průměrná délka praxe na dětském oddělení je 25,5 let, jedna sestra neuvedla.

Na dotaz zda bude zavedení ošetrovatelské dokumentace přínosem odpověděly:

Ano 3 sestry

Ne 1 sestra

Neuvedla 1 sestra

Na dotaz zda bude zavedení ošetrovatelské dokumentace na jejich oddělení bezproblémové odpověděly: Ano 4 sestry

Ne 1 sestra

Jedna sestra, uvedla, že neví, zda bude ošetrovatelská dokumentace přínosem, její zavedení nebude bezproblémové, protože každá nová změna přinese jinou organizaci práce.

4.6.5.3 Oddělení: Domácí péče

Standard vedení oš.dokumentace	Ne
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	Ano Vlastní Ano
Oš. diagnóza	Ne
Oš. plán	Ne
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ano
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	Ano Ano
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ano Ano
Pac. zná jméno svého lékaře	Ano
Pac. zná jméno své primární sestry	Ano
Poučení o uložení ceností	Ne-nepoužívají
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	Ano-překladová
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester	Ano-záznam vývoje stavu pacienta
Záznam hodnocení bolesti akutní	Ano
chronické	Ano
Plán péče o rány akutní	Ano
chronické	Ano
Plán péče o dekubity	Ano
Hodnocení drénu, kanyly	Ano
Polohování	Ano
Napájení	Ve spolupráci s rodinou
Bilance tekutin	Ve spolupráci s rodinou
Nutriční skóre	Ne
Barthelův test zákl.denních činností	Ne
Riziko pádu	Ne
Mini-methal test	Ne
RHB	Ano-celonemocniční
Edukace pac. event. rodiny	Ne-pouze ústně
Jiné dle specifika oddělení -Domácí péče má specifickou dokumentaci vzhledem k poskytované péči	Ano
Jiné zde neuvedené	Ano
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod Souhlas s DP	Ano
Podpis pac.	Ano
Záznamy sester čitelné	Ano
přehledné	Ano
Razítka provedených výkonů/aktivit	Ne
Podpisy sester čitelné	Ano
razítka	ne Ano
Označení dokumentu dle zákona	Ano
Záznam nahlédnutí do dokumentace	Ne

Tabulka č. 3

Domácí péče funguje na principu ordinace lékaře, kdy lékař doporučí domácí péči, pacient si ji objedná a je hrazena z veřejného zdravotního pojištění v rozsahu ordinace lékaře a provedených výkonů. Předvedená dokumentace plně odpovídá oddělení domácí péče, které je svým poskytováním ošetrovatelské péče natolik specifické, že má i svoji dokumentaci.

Povolání k výzkumu zkontrolováno, nekopírováno, nahlédnutí do dokumentace nezaznamenáno.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 5 dotazníků, vrátilo se 5 dotazníků, to je 100 %.

Na otázku jaký je váš věk odpověděly: žádná sestra -19-30, 4 sestry 31-45, 1 sestra 46-60 let.

Otázka vzdělání: Všechny sestry získaly vzdělání na SZŠ, tři mají ještě PSS.

Jaká je vaše pozice? 4 sestry pracují jako všeobecná sestra ve směnném provozu, 1 vrchní sestra.

Žádná sestra dále nestuduje.

Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Průměrná délka práce v oboru je 22,8 let.

Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? ANO- NE

Ano odpovědělo všech 5 sester

Oddělení označilo 5 sester.

Průměrná délka práce na uvedeném oddělení je 14,4 let.

Vyhovuje vám tato dokumentace? Ano 4 sestry

Ne 1 sestra

Myslíte si, že vedení ošetrovatelské dokumentace je přínosem pro Vaši práci?

Ano 5 sestry

Ne žádná sestra

Jedna sestra uvádí příliš rozsáhlou a nekonkrétní dokumentaci, kde je mnoho sociálních otázek nepotřebných k zajištění zdravotní péče. Dále požaduje změnu denních realizací, kde je málo místa pro záznamy.

4.6.5.4 Oddělení: Chirurgie

Standard vedení oš.dokumentace	Ne
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	Ne ne ne
Oš. diagnóza	ne
Oš. plán	Ne
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ne
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	ano Ne
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ano-ústně ne
Pac. zná jméno svého lékaře	Ano
Pac. zná jméno své primární sestry	Ne
Poučení o uložení ceností	Ano
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	Ano-překladová
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester	Ne
Záznam hodnocení bolesti akutní chronické	Ne ne
Plán péče o rány akutní chronické	ne ne
Plán péče o dekubity	ne
Hodnocení drénu, kanyly	Ne
Polohování	ano
Napájení	ne
Bilance tekutin	ano
Nutriční skóre	Ne
Barthelův test zákl.denních činností	Ne
Riziko pádu	Ne
Mini-methal test	Ne
RHB	Ano-celonemocniční
Edukace pac. event. rodiny	Ne-pouze ústně
Jiné dle specifika oddělení Záznam ošetrovatelské péče po invazivních výkonech	ano
Jiné zde neuvedené	Ne
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod Podpis pac.	Ne Ne
Záznamy sester čitelné přehledné	Ano ne
Razítka provedených výkonů/aktivit	Ne
Podpisy sester čitelné razítka	Ano ano ano
Označení dokumentu dle zákona	Ano
Záznam nahlédnutí do dokumentace	Ne

Tabulka č. 4

Teplotní tabulky se jménem, příjmením, rokem narození, se záznamy teplot, stolice na lůžku pacienta.

Léky se podávají podle dekurzu, kde přehledně rozepsány lékařem, sestry zatrhávají a parafují.

Stav pacienta a všechny ordinace jsou přepisovány do sešitu hlášení sester

Povolení k výzkumu zkontrolováno, kopírováno, nahlédnutí do dokumentace nezaznamenáno.

Výzkumné šetření provedeno na chirurgickém oddělení- asepsy, dokumentace předvedena staniční sestrou. Během mého rozhovoru se staniční sestrou byla několikrát dotazována sloužící sestrou na různé provozní věci-kdy kam objednat pacienta, jestli ho staniční sestra objednala či ho bude teprve objednávat, zda provést převaz teď anebo až potom a podobně. Měla jsem pocit, že se bez staniční sestry sloužící sestra neobejde, domnívám se, že by registrovaná sestra měla být schopna samostatné práce, ale je dost dobře možné, že si staniční sestra dělá mnoho věcí sama právě proto, aby měla jistotu dobře provedené práce.

Byl mi předveden dokument se záznamem tlaku, příjmu a výdeje tekutin, odpadů z drénu atd. na každý den, který je s vpisovanými záznamy značně nepřehledný.

Pod chirurgické oddělení spadá i Jednotka chirurgické intenzivní péče a dětská chirurgická stanice. Na můj dotaz, zda uvedená oddělení mají nějaké jiné specifické formuláře, např. na JIP, bylo mi sděleno ne, že mají totožné formuláře jako na oddělení asepsy.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 15 dotazníků, vrátilo se 15 dotazníků, to je 100 %.

Na otázku jaký je váš věk odpovědělo: 6 sester -19-30, 5 sester 31-45, 4 sestry 46-60 let.

Otázka vzdělání: všechny sestry získaly vzdělání na SZŠ, tři mají ještě PSS.

Jaká je vaše pozice? 13 sester pracuje jako všeobecná sestra ve směnném provozu, 2 staniční sestry.

Žádná sestra dále nestuduje.

Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Průměrná délka práce v oboru je 15,8 let.

Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? ANO- NE

Ne odpovědělo 15 sester

Ne odpovědělo 15 sester, z toho 3 z úrazové ambulance.

Průměrná délka praxe na oddělení je 11,1 let.

Na dotaz zda bude zavedení ošetrovatelské dokumentace přínosem odpovědělo

Ne 11 sester

Neví 1 sestra

Neodpověděly 3 sestry

Sestry, které neodpověděly, poznamenaly své pracoviště- úrazovou ambulanci.

Jedna sestra odpověděla, že je to zbytečná práce navíc.

Jedna sestra uvádí, že již nezbude čas na pacienta.

Pět sester uvedlo stoupající administrativu.

Jedna sestra uvádí nedostatek personálu, nedostatek času na ošetrovatelskou péči a uvádí pochybnosti o zlepšení péče o pacienty.

Na dotaz zda bude zavedení ošetrovatelské dokumentace na jejich oddělení bezproblémové odpovědělo: Ne 12 sester

Nevyjádřily se 3 sestry (z úrazové ambulance)

Jedna sestra uvádí náročnost zaškolování personálu a časovou náročnost při předávání směn.

4.6.5.5 Oddělení: Interní oddělení 1.

Standard vedení oš.dokumentace	Ne
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	ne ne ne
Oš. diagnóza	Ne
Oš. plán	Ne
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ne
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	Ano Ne
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ne Ne
Pac. zná jméno svého lékaře	Ano
Pac. zná jméno své primární sestry	Ne
Poučení o uložení ceností	Ano
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	Ano-překladová
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester – do hlášení sester	Ne
Záznam hodnocení bolesti akutní chronické	Ano Ano
Plán péče o rány akutní chronické	Ano Ano
Plán péče o dekubity	ano
Hodnocení drénu, kanyly	Ano
Polohování	ano
Napájení	Ano
Bilance tekutin	ano
Nutriční skóre	Ne
Barthelův test zákl.denních činností	Ne
Riziko pádu	Ne
Mini-methal test	Ne
RHB	Ano-celonemocniční
Edukace pac. event. rodiny	Ne-pouze ústně,lékařem
Jiné dle specifika oddělení	Ne
Jiné zde neuvedené	ne
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod Podpis pac.	ne Ne
Záznamy sester čitelné přehledné	Ano Ano
Razítka provedených výkonů/aktivit	Ne
Podpisy sester čitelné razítka	Ano Ano Ano
Označení dokumentu dle zákona	Ano
Záznam nahlédnutí do dokumentace	Ne

Tabulka č. 5

Teplotní tabulky pouze se jménem, příjmením, rokem narození, ostatní záznamy se píší do dokumentace.

Léky se nepodávají podle dekurzu, přepisují se na lékový list.

Povolení k výzkumu zkontrolováno, nekopírováno, nahlédnutí do dokumentace nezaznamenáno.

Na oddělení JIP je dokumentace odlišná od standardního oddělení, používají předtiskuté formuláře s přepsanou medikací pacienta, záznamy invazivních vstupů, záznam vývoje stavu pacienta, hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové a dokumentace rány. Ani na JIP se nepodávají léky podle dekurzu, přepisují se do lékových listů, kde se odškrtnou a parafují. Na oddělení JIP zaznamenávají i porce jídla.

Při čekání na vrchní sestru jsem byla svědkem překlada pacienta z JIP na standardní oddělení. Vzhledem k obloženosti neměl tento překládaný pacient připravené lůžko, takže mu ho zaměstnanci standardního oddělení připravovali. Zaměstnanci JIP čekali s pacientem na chodbě a oba si, nevědomě si pacienta v lůžku, začali vyprávět o bujaré víkendové oslavě v nočním klubu, která by měla týž den pokračovat. Toto se mi zdálo nevhodné, pacient byl při vědomí a komunikoval.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 15 dotazníků, vrátilo se 14 dotazníků, to je 93 %.

Na otázku jaký je váš věk odpovědělo: 6 sester -19-30, 6 sester 31-45, 2 sestry 46-60 let.

Otázka vzdělání: 12 sester získalo vzdělání na SZŠ, 2 mají PSS.

Jaká je vaše pozice? 12 sester pracuje jako všeobecná sestra ve směnném provozu, 1 vrchní sestra, 1 staniční sestra.

2 sestry dále studují- PSS.

Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Průměrná délka práce v oboru je 12,9 let.

Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? ANO- NE

Ano odpovědělo 13 sester, 1 neodpověděla

Oddělení označilo 14 sester.

Jak dlouho zde pracujete? Průměrná délka práce na uvedeném odd. je 11 let.

Vyhovuje vám tato dokumentace? Ano 9 sester

Ne 5 sester

Myslíte si, že vedení ošetrovateľskej dokumentácie je prínosom pre Vašu prácu?

Ano 10 sestier

Ne 4 sestry

Päť sestier udáva, že má menej času na pacienty.

Jedna sestra by uvítala sjednotenie ošetrovateľskej dokumentácie v celej nemocnici.

Jedna sestra žadá dodať administratívnych pracovníkov.

Jedna sestra udáva neúplnú dokumentáciu, prínos vidí vo väčšej informovanosti o pacientovi a dokumentácii práce sestry.

Jedna sestra udáva väčší prehľad o pacientoch.

Jedna sestra poukazuje na stávajúci počet sestier a hlavne ošetrovateľiek- je ich málo a keď bude sestra písať dokumentáciu, ptať sa, kto sa bude starať o pacienty.

4.6.5.6 Oddělení: Interní oddělení 2.

Standard vedení oš.dokumentace	Ne
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	Ano Vlastní Ano
Oš. diagnóza	Ne
Oš. plán	Ne
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ne
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	Ano
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ano Ano
Pac. zná jméno svého lékaře	Ne
Pac. zná jméno své primární sestry	Ne
Poučení o uložení ceností	Ano
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	Ano-překladová
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester	Ano-záznam vývoje stavu pacienta
Záznam hodnocení bolesti akutní	Ano
chronické	Ano
Plán péče o rány akutní	Ano
chronické	Ano
Plán péče o dekubity	ano
Hodnocení drénu, kanyly	Ne
Polohování	ano
Napájení	ne
Bilance tekutin	ano
Nutriční skóre	Ne
Barthelův test zákl.denních činností	Ano- na JIP
Riziko pádu	Ne
Mini-methal test	Ne
RHB	Ano-celonemocniční
Edukace pac. event. rodiny	Ne-pouze ústně
Jiné dle specifika oddělení	Ne
Jiné zde neuvedené	
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod Podpis pac.	Ne Ne
Záznamy sester čitelné	Ano
přehledné	Ano
Razítka provedených výkonů/aktivit	Ne
Podpisy sester čitelné	Ano
razítka	Ano
Označení dokumentu dle zákona	Ano
Záznam nahlédnutí do dokumentace	Ano

Tabulka č. 6

Teplotní tabulky se jménem, příjmením, rokem narození nepoužívají, pouze identifikační štítek se stejnými údaji.

Léky se podávají podle dekurzu pouze na JIP, na standardním oddělení se přepisují do lékových listů, kde se odškrtnou a parafují.

Povolení k výzkumu zkontrolováno, kopírováno, nahlédnutí do dokumentace zaznamenáno do chorobopisu pacienta.

Záznamy sester byly čitelné a přehledné, záznamy některých lékařů byly ale nečitelné.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 15 dotazníků, vrátilo se 12 dotazníků, to je 80 %.

Na otázku jaký je váš věk odpovědělo: 6 sester -19-30, 4 sestry 31-45, 2 sestry 46-60 let.

Otázka vzdělání: 8 sester získalo vzdělání na SZŠ, 1 sestra VŠ-Bc., 3 mají PSS.

Jaká je vaše pozice? 10 sester pracuje jako všeobecná sestra ve směnném provozu, 2 staniční sestry.

Žádná sestra dále nestuduje.

Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Průměrná délka práce v oboru je 12,2 let.

Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? ANO- NE

Ano odpovědělo všech 12 sester

Oddělení označilo 12 sester.

Jak dlouho zde pracujete? Průměrná délka práce na uvedeném odd. je 6,8 let.

Vyhovuje vám tato dokumentace? Ano 12 sester

Ne žádná sestra

Myslíte si, že vedení ošetrovatelské dokumentace je přínosem pro Vaši práci?

Ano 12 sester

Ne žádná sestra

Připomínky k dokumentaci mělo šest sester.

Jedna sestra udává, že dokumentace je přehledná o pacientovi, upozorňuje na nemožnost elektronického zápisu a na skutečnost, že s ošetrovatelskou dokumentací nepracují lékaři.

Jedna sestra udává, že všechny informace o pacientovi jsou pohromadě, ale s dokumentací nepracuje celá nemocnice.

Jedna sestra uvádí, že dokumentace je přehledná a vše je v jedněch papírech.

Tři sestry uvádí, že dokumentace není jednotná v celé nemocnici.

4.6.5.7 Oddělení: Kožní odd.

Standard vedení oš.dokumentace	Ne
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	Ano Vlastní Ano
Oš. diagnóza	Ano
Oš. plán	ne
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ne
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	Ne vlastní
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ano Ano
Pac. zná jméno svého lékaře	Ano
Pac. zná jméno své primární sestry	Ano
Poučení o uložení ceností	Ano
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	Ano-překladová
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester	Ano-záznam vývoje stavu pacienta
Záznam hodnocení bolesti	akutní chronické
Plán péče o rány	akutní chronické
Plán péče o dekubity	ne
Hodnocení drénu, kanyly	Ne
Polohování	ano
Napájení	ne
Bilance tekutin	ano
Nutriční skóre	Ne
Barthelův test zákl.denních činností	Ne
Riziko pádu	Ne
Mini-methal test	Ne
RHB	Ano-celonemocniční
Edukace pac. event. rodiny	Ne-pouze ústně
Jiné dle specifika oddělení	Ne
Jiné zde neuvedené	ne
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod Podpis pac.	Ne Ne
Záznamy sester	čitelné přehledné
Razítka provedených výkonů/aktivit	Ne
Podpisy sester	Ano ano ano
Označení dokumentu dle zákona	Ne
Záznam nahlédnutí do dokumentace	Ne

Tabulka č. 7

Teplotní tabulky nepoužívají, pouze označení lůžka jménem pacienta a jeho dietou.

Léky se podávají podle dekurzu, kde se odškrtnou a parafují.

Povolení k výzkumu zkontrolováno, nekopírováno, nahlédnutí do dokumentace nezaznamenáno.

V ukázaném chorobopise nebyly některé dokumenty označeny podle zákona- chybělo rodné číslo pacienta a označení oddělení.

Na kožním oddělení nevedou plán péče o rány, pouze zapisuje lékař při vizitě do dekurzu nemocného.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 5 dotazníků, vrátily se 3 dotazníky, to je 60 %.

Na otázku jaký je váš věk odpověděly: žádná sestra -19-30, 1 sestra 31-45, 2 sestry 46-60 let.

Otázka vzdělání: Všechny sestry získaly vzdělání na SZŠ.

Jaká je vaše pozice? Všechny sestry pracují jako všeobecná sestra ve směnném provozu.

Žádná sestra dále nestuduje.

Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Průměrná délka práce v oboru je 28 let.

Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? ANO- NE

Ano odpověděly 3 sestry

Oddělení označily 3 sestry.

Jak dlouho zde pracujete? Průměrná délka práce na uvedeném odd. je 4,3 let.

Vyhovuje vám tato dokumentace? Ano 2 sestry

Ne 1 sestra

Myslíte si, že vedení ošetrovatelské dokumentace je přínosem pro Vaši práci?

Ano 1 sestry

Ne 2 sestry

Jedna sestra uvádí, že jí ošetrovatelská dokumentace na oddělení nevyhovuje, protože vyplňuje další papíry, má méně času na pacienty a dokumentace jí přijde zbytečná.

Jedna sestra uvádí, že by raději komunikovala s pacientem, než sepisovala papíry.

4.6.5.8 Oddělení: LDN Celno

Standard vedení oš.dokumentace	ne
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	Ano Ne-vlastní ne
Oš. diagnóza	ano
Oš. plán	ne
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ano-u oš.anamnézy
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	ano
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ano-u oš.anamnézy
Pac. zná jméno svého lékaře	Ano
Pac. zná jméno své primární sestry	Ano
Poučení o uložení cenností	Ano
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	překladová
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester	Ano-hlášení sester
Záznam hodnocení bolesti akutní chronické	Ne ne
Plán péče o rány akutní chronické	Ano, ale rány nerozlišují
Plán péče o dekubity	Ano, ale rány nerozlišují
Hodnocení drénu, kanyly	Ne
Polohování	Ano
Napájení	Ano-označen chorobopis a lůžko pacienta
Bilance tekutin	ano
Nutriční skóre	ne
Barthelův test zákl.denních činností	ne
Riziko pádu	ne
Mini-methal test	ano
RHB	ano
Edukace pac. event. rodiny	ne
Jiné dle specifika oddělení	ne
Jiné zde neuvedené	Ne
Infuzní list	ano
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod Podpis pac.	Ne ne
Záznamy sester čitelné přehledné	Ano Ano Ale záleží na sestře
Razítka provedených výkonů/aktivit	ne
Podpisy sester čitelné razítka	ano ne ano
Označení dokumentu dle zákona	Ano
Záznam nahlédnutí do dokumentace	Ne

Tabulka č. 8

Předložená dokumentace byla označena podle zákona.

Záznamy sester byly čitelné, ale s malými výjimkami.

Záznamy vizit lékařů byly ovšem nečitelné, byly psány ručně. V zásadě platí, že zápis do zdravotnické dokumentace pacienta má být proveden čitelně, tak, aby každý člen týmu pečující o pacienta byl schopen zápis přečíst.

Vzhledem k tomu, že v LDN jsou pacienti hospitalizováni dlouhodobě, mnohdy i několik měsíců, byla sesterská anamnéza v tomto chorobopisu sepsána 6. 3. 2009, tzn. rok a půl před prováděným šetřením a na starém formuláři, navíc bez podpisu pacienta. Předložená ukázka formulářů obsahuje již formulář nový. Taktéž souhlas s hospitalizací.

Ošetrovatelské diagnózy sice zapisovány jsou, jejich názvy neodpovídají rozdělení ošetrovatelských diagnóz podle Taxonomie II. a NANDA domén (ošetrovatelské diagnózy odpovídají Kapesnímu průvodci pro zdravotní sestry 1).

Také mne velmi překvapilo, že v LDN se nevede Barthelův test základních denních činností. Při rozhovoru se staniční sestrou v přízemí LDN vyplynulo, že ona ani netuší, čeho se Barthelův test všedních činností týká. Vysvětleno tedy, že Barthelův test běžných denních činností se týká soběstačnosti pacienta a pomáhá při zařazení pacienta do ošetrovatelské kategorie.

Hodnocení vzniku dekubitu podle Nortonové bylo hodnoceno při sepisování sesterské anamnézy.

V uvedené dokumentaci mi chyběl ošetrovatelský plán, kde by byly srovnány ošetrovatelské problémy a diagnózy podle priorit.

Jako jediné pracoviště mi poskytlo „Informovaný souhlas se zavedením močového katetru“ s podrobným vysvětlením výkonu.

Povolení k provedení výzkumného šetření bylo okopírováno vrchní sestrou, nahlédnutí do dokumentace nezaznamenáno.

Léky se nepodávají podle dekurzu pacienta, jsou přepsány na zvláštním formuláři, kde je podpis lékaře i podpis sestry, která léky podala a zároveň odškrtnula. Na uvedeném formuláři je i dieta, režim pacienta a jeho kategorie.

Na lůžkách pacientů je teplotní tabulka, kde je uvedeno jméno, rok narození, režim, dieta, tělesná teplota nemocného a stolice. Tyto podrobné, léty zažité teplotní tabulky mi přijdou ponižující, protože každý, kdo přijde na pokoj na návštěvu, může zjistit tyto intimní informace o pacientovi.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 10 dotazníků, vrátilo se 10 dotazníků, to je 100 %.

Na otázku jaký je váš věk odpovědělo: 1 sestra -19-30, 2 sestry 31-45, 7 sester 46-60 let.

Otázka vzdělání: Všechny sestry získaly vzdělání na SZŠ, 1 má PSS.

Jaká je vaše pozice? Všech 10 sester pracuje jako všeobecná sestra ve směnném provozu.

Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Průměrná délka práce v oboru je 26 let.

Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace?

Ano odpovědělo 10 sester.

Oddělení označilo 10 sester.

Jak dlouho zde pracujete? Průměrná délka práce na uvedeném odd. je 8,7 let.

Vyhovuje vám tato dokumentace? Ano 7 sester

Ne 3 sestry

Myslíte si, že vedení ošetrovatelské dokumentace je přínosem pro Vaši práci?

Ano 7 sester

Ne 3 sestry

Jedna sestra poukazovala na časovou náročnost uvedené dokumentace, na velmi časté záznamy do dekurzů a celkovou časovou náročnost vedené dokumentace.

Jedna sestra poukázala na možnost kdykoliv nahlédnout do pacientovy dokumentace a že ošetrovatelská dokumentace je přínosem pro pacienta.

4.6.5.9 Oddělení: LDN Mnichovo Hradiště

Standard vedení oš.dokumentace	Ne
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	Ano Vlastní Ano
Oš. diagnóza	Ano
Oš. plán	Ano
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ano
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	Ano Ne
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ano Ano
Pac. zná jméno svého lékaře	Ano
Pac. zná jméno své primární sestry	Ano
Poučení o uložení ceností	Ano
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	Ano-překladová
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester	Ano-záznam vývoje stavu pacienta
Záznam hodnocení bolesti akutní chronické	Ne Ne
Plán péče o rány akutní chronické	Ano Ano
Plán péče o dekubity	ano
Hodnocení drénu, kanyly	Ne
Polohování	ano
Napájení	ne
Bilance tekutin	ano
Nutriční skóre	Ne
Barthelův test zákl.denních činností	Ano
Riziko pádu	Ne
Mini-methal test	Ano
RHB	Ano-celonemocniční
Edukace pac. event. rodiny	Ne-pouze ústně,lékařem
Jiné dle specifika oddělení Škála deprese pro geriatrické pacienty	Ano
Jiné zde neuvedené Tlakový záznam, souhlas s fotodokumentací rány	Ano
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod Podpis pac.	Ne Ne
Záznamy sester čitelné přehledné	Ano Ano
Razítka provedených výkonů/aktivit	ne
Podpisy sester čitelné razítka	Ano ne Ano
Označení dokumentu dle zákona	Ano
Záznam nahlédnutí do dokumentace	Ne

Tabulka č. 9

Teplotní tabulky se jménem, příjmením, rokem narození, se záznamy teplot, stolice, krevního tlaku, váhy a výšky na lůžku pacienta.

Léky se přepisují sestrou z dekurzu na lékový list, kde je podání odškrtnuto a parafováno, lékař také parafuje.

Povolání k výzkumu zkontrolováno, nekopírováno, nahlédnutí do dokumentace nezaznamenáno.

Ošetrovatelské diagnózy neodpovídají Kapesnímu průvodci II., sestry samy vytvářejí a rozepisují včetně intervencí a cílů.

Jako na jediném oddělení byl k dispozici Metodický pokyn pro vedení ošetrovatelské dokumentace nemocnic Středočeského kraje.

V příloze č. 16. uvádím Barthelův test soběstačnosti vedený v LDN Mnichovo Hradiště.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 10 dotazníků, vrátilo se 10 dotazníků, to je 100 %.

Na otázku jaký je váš věk odpovědělo: 2 sestry 19-30, 6 sester 31-45, 2 sestry 46-60 let.

Otázka vzdělání: 8 sester získalo vzdělání na SZŠ, 2 mají PSS.

Jaká je vaše pozice? 9 sester pracuje jako všeobecná sestra ve směnném provozu, 1 staniční sestra.

Žádná sestra dále nestuduje.

Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Průměrná délka práce v oboru je 20 let.

Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? ANO- NE

Ano odpovědělo všech 10 sester

Oddělení označilo 10 sester.

Jak dlouho zde pracujete? Průměrná délka práce na uvedeném odd. je 3,1 let.

Vyhovuje vám tato dokumentace? Ano 2 sestry

Ne 7 sester

Neuvedla 1 sestra

Myslíte si, že vedení ošetrovatelské dokumentace je přínosem pro Vaši práci?

Ano žádná sestra

Ne 10 sester

Všechny sestry měly připomínky k ošetrovatelské dokumentaci vedené na oddělení.

Jedna sestra udává, že dokumentace je nejednotná v celé nemocnici, jedna věc se zapisuje na více papírů, záznamy jí přijdou jako ztráta času, který by mohla věnovat pacientům. Dále uvádí, že na SZŠ studovala, aby se mohla starat pacienty a ne aby seděla celý den u psacího stolu. Jako další připomínkou se ptá, co pacientovi přináší vzorně vedená ošetrovatelská dokumentace a sestra, která nemá pro papíry na něj čas, anebo spokojený pacient s péčí a starostlivostí sester.

Dvě sestry udávají, že ošetrovatelskou dokumentaci nikdo jiný než sestry nečte, velké množství papírů a málo času na pacienty

Tři sestry udávají, že ošetrovatelská dokumentace není přínosem pro jejich práci, protože potom nemají čas na pacienty.

Jedna sestra udává nárůst administrativy, která není používána v péči o pacienta a dále že je to ztráta času, který lze využít v péči pacienty.

Dvě sestry udávají, že dokumentace nic nepřináší pacientům, udávají zbytečné papírování.

Jedna sestra udává, že dokumentace není sjednocená v celém ústavu a uvítala by její sjednocení.

4.6.5.10 Oddělení: Neurologie

Standard vedení oš.dokumentace	Ne
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	Ano Ano Ano
Oš. diagnóza	Ano
Oš. plán	Ano
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ano
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	Ano Ne
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ano Ano
Pac. zná jméno svého lékaře	Ano
Pac. zná jméno své primární sestry	Ano
Poučení o uložení ceností	Ano
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	Ano-překladová
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester	Ano-záznam vývoje stavu pacienta
Záznam hodnocení bolesti akutní chronické	Ano Ano
Plán péče o rány akutní chronické	Ano Ano
Plán péče o dekubity	ano
Hodnocení drénu, kanyly	Ano
Polohování	ano
Napájení	Ano
Bilance tekutin	ano
Nutriční skóre	Ne
Barthelův test zákl.denních činností	Ne
Riziko pádu	Ne
Mini-methal test	Ano-dělají lékaři
RHB	Ano-celonemocniční
Edukace pac. event. rodiny	Ne-pouze ústně
Jiné dle specifika oddělení	Ne
Jiné zde neuvedené Zavedení-zrušení PŽK	Ano
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod Podpis pac.	Ne Ne
Záznamy sester čitelné přehledné	Ano Ano
Razítka provedených výkonů/aktivit	Ne
Podpisy sester čitelné razítka	Ano ano Ano
Označení dokumentu dle zákona	Ne-chybí označení odd.-razítko
Záznam nahlédnutí do dokumentace	Ano

Tabulka č. 10

Teplotní tabulky se jménem, příjmením, rokem narození, se záznamy teplot, stolice na lůžku pacienta.

Léky se podávají podle dekurzu, kde se odškrtnou a parafují.

Povolení k výzkumu zkontrolováno, kopírováno, nahlédnutí do dokumentace zaznamenáno. Jako na jediném oddělení jsem se musela prokázat občanským průkazem a průkazem studenta.

Uvedený formulář-Zavedení-zrušení PŽK (permanentní žilní katetr) visí na sesterně na nástěnce a je pomůckou pro sestry, nikoliv záznamem pro pacienta.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 5 dotazníků, vrátilo se 5 dotazníků, to je 100 %.

Na otázku jaký je váš věk odpověděly: 3 sestry 19-30, 2 sestry 31-45, žádná sestra 46-60 let.

Otázka vzdělání: 2 sestry získaly vzdělání na SZŠ, 2 mají VOŠ, 1 má VŠ-bakalářské.

Jaká je vaše pozice? 4 sestry pracují jako všeobecná sestra ve směnném provozu, 1 staniční sestra.

Žádná sestra dále nestuduje.

Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Průměrná délka práce v oboru je 7,8 let.

Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? ANO- NE

Ano odpovědělo 5 sester

Oddělení označilo 5 sester.

Jak dlouho zde pracujete? Průměrná délka práce na uvedeném odd. je 2,1 let.

Vyhovuje vám tato dokumentace? Ano 5 sester

Ne žádná sestra

Myslíte si, že vedení ošetrovatelské dokumentace je přínosem pro Vaši práci?

Ano 5 sester

Ne žádná sestra

Jedna sestra udává, že ošetrovatelská dokumentace je přínosem pro její přehlednost a má pocit, že bude problém se zavedením nové ošetrovatelské dokumentace, protože starší sestry se špatně učí ošetrovatelský proces.

4.6.5.11 Oddělení: Oční odd.

Standard vedení oš.dokumentace	Ne
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	Ne Ne Ne
Oš. diagnóza	Ne
Oš. plán	Ne
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ne
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	Ne
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ano Ano
Pac. zná jméno svého lékaře	Ano
Pac. zná jméno své primární sestry	Ano
Poučení o uložení ceností	Ano
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	Ano-překladová
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester	Ano-do dekurzu pacienta
Záznam hodnocení bolesti akutní chronické	Ne Ne
Plán péče o rány akutní chronické	Ne Ne
Plán péče o dekubity	Ne
Hodnocení drénu, kanyly	Ne
Polohování	Ne
Napájení	Ne
Bilance tekutin	Ne
Nutriční skóre	Ne
Barthelův test zákl.denních činností	Ne
Riziko pádu	Ne
Mini-methal test	Ne
RHB	Ne
Edukace pac. event. rodiny	Lékařem v propouštěcí zprávě
Jiné dle specifika oddělení	Ne
Jiné zde neuvedené Infuzní list	Ne
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod Podpis pac.	Ne Ne
Záznamy sester čitelné přehledné	Ano Ano
Razítka provedených výkonů/aktivit	Ne
Podpisy sester čitelné razítka	Ano Ano Ne
Označení dokumentu dle zákona	Ne-chybí označení oddělení(razítko)
Záznam nahlédnutí do dokumentace	Ne

Tabulka č. 11

Ošetrovatelská dokumentace se na očním oddělení nevede.

Sestry zapisují pacientův stav do dekurzu pacienta. Záznamy sester byly v předložené dokumentaci čitelné.

Nahlédnutí do dokumentace pacienta nebylo zaznamenáno, pověření zkontrolováno, nekopírováno.

Léky se nepodávají podle originální dekurzu, jsou přepisovány do zvláštního lékového listu, kde se podání odškrtně a parafuje. Jiné zvláštní formuláře se na oddělení nevedou.

Na nástěnce v čekárně před oční ambulancí na oddělení je vyvěšen rozpis pacientů na operace na další den. Zde se lze dočíst jméno, příjmení, rok narození, diagnózu, alergie, diabetes. Tento rozpis si může přečíst kdokoliv, kdo přijde na oddělení na ambulanci a čeká na ošetření.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 5 dotazníků, vrátilo se 5 dotazníků, to je 100 %.

Na otázku jaký je váš věk odpověděly: žádná sestra 19-30, 3 sestry 31-45, 2 sestry 46-60 let.

Otázka vzdělání: Všechny sestry získaly vzdělání na SZŠ, jedna má PSS.

Jaká je vaše pozice? 4 sestry pracují jako všeobecná sestra ve směnném provozu, 1 vrchní sestra.

Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Průměrná délka práce v oboru je 24,5 let.
Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? ANO- NE

Ne odpovědělo všech 5 sester

Průměrná délka praxe na očním oddělení je 17,6 let.

Na dotaz, zda bude zavedení ošetrovatelské dokumentace přínosem, všech 5 sester odpovědělo, že ne.

Na dotaz, zda bude zavedení ošetrovatelské dokumentace na jejich oddělení bezproblémové, odpovědělo všech 5 sester, že ne.

Pět sester poukazuje na velký obrat pacientů.

Jedna sestra udává nedostatek času na ošetrovatelskou dokumentaci.

Čtyři sestry poukazují na krátkodobé hospitalizace pacientů.

Jedna sestra udává, že ošetrovatelská dokumentace zdržuje a je zbytečná.

4.6.5.12 Oddělení: ORL

Standard vedení oš.dokumentace	Ne
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	Ano Vlastní Ano
Oš. diagnóza	Ano
Oš. plán	Ano
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ne
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	Ne Ne
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ano Ano
Pac. zná jméno svého lékaře	Ano
Pac. zná jméno své primární sestry	Ne
Poučení o uložení ceností	Ano
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	Ano-překladová
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester	Ano-záznam vývoje stavu pacienta
Záznam hodnocení bolesti akutní	Ano
chronické	Ano
Plán péče o rány akutní	Ano
chronické	Ano
Plán péče o dekubity	ano
Hodnocení drénu, kanyly	Ne
Polohování	ano
Napájení	Ano
Bilance tekutin	ano
Nutriční skóre	Ne
Barthelův test zákl.denních činností	Ne
Riziko pádu	Ne
Mini-methal test	Ne
RHB	Ano-celonemocniční
Edukace pac. event. rodiny	Ne-pouze ústně,lékařem
Jiné dle specifika oddělení	Ne
Jiné zde neuvedené Tlakový záznam, diabetická vložka,	Ano
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod	Ne
Podpis pac.	Ne
Záznamy sester čitelné	Ano
přehledné	Ano
Razítka provedených výkonů/aktivit	Ne
Podpisy sester čitelné	Ano ne
razítka	Ne
Označení dokumentu dle zákona	Ano
Záznam nahlédnutí do dokumentace	Ne

Tabulka č. 12

Teplotní tabulky se jménem, příjmením, rokem narození, se záznamy teplot, stolice na lůžku pacienta.

Léky se podávají podle dekurzu, kde se odškrtnou a parafují.

Povolení k výzkumu zkontrolováno, nekopírováno, nahlédnutí do dokumentace nezaznamenáno.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 5 dotazníků, vrátilo se 5 dotazníků, to je 100 %.

Na otázku jaký je váš věk odpovědělo: žádná sestra 19-30, 3 sestry 31-45, 2 sestry 46-60 let.

Otázka vzdělání- všechny sestry získaly vzdělání na SZŠ, dvě mají PSS.

Jaká je vaše pozice? 3 sestry pracují jako všeobecná sestra ve směnném provozu, 1 vrchní sestra, 1 staniční sestra.

Žádná sestra dále nestuduje.

Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Průměrná délka práce v oboru je 21,2 let.

Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? ANO- NE

Ano odpovědělo všech 5 sester

Oddělení označilo 5 sester.

Jak dlouho zde pracujete? Průměrná délka práce na uvedeném oddělení je 14,2 let.

Vyhovuje vám tato dokumentace? Ano 5 sester

Ne žádná sestra

Myslíte si, že vedení ošetrovatelské dokumentace je přínosem pro Vaši práci?

Ano 2 sestry

Ne 3 sestry

Žádná sestra neměla připomínky k ošetrovatelské dokumentaci vedené na oddělení.

4.6.5.13 Oddělení: Ortopedie

Standard vedení oš.dokumentace	Ne
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	Ano Vlastní Ano
Oš. diagnóza	Ano
Oš. plán	Ano
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ne
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	Ano Ne
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ano Ano
Pac. zná jméno svého lékaře	Ano
Pac. zná jméno své primární sestry	Ne
Poučení o uložení ceností	Ano
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	Ano-překladová
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester	Ano-záznam vývoje stavu pacienta
Záznam hodnocení bolesti akutní chronické	Ne Ne
Plán péče o rány akutní chronické	Ano Ano
Plán péče o dekubity	ano
Hodnocení drénu, kanyly	Ne
Polohování- kyčle nelze polohovat,zapisují do dekurzu	Ne
Napájení	Ne
Bilance tekutin	ano
Nutriční skóre	Ne
Barthelův test zákl.denních činností	Ne
Riziko pádu	Ne
Mini-methal test	Ne
RHB	Ano-celonemocniční
Edukace pac. event. rodiny	Ano
Jiné dle specifika oddělení - XARELTO	Ano
Jiné zde neuvedené Dotazník spokojenosti	Ano
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod Podpis pac.	Ne Ne
Záznamy sester čitelné přehledné	ne Ano
Razítka provedených výkonů/aktivit	Ne
Podpisy sester čitelné razítka	Ano ne Ano
Označení dokumentu dle zákona	Ne
Záznam nahlédnutí do dokumentace	Ne

Tabulka č. 13

Teplotní tabulky se jménem, příjmením, rokem narození, se záznamy teplot, stolice na lůžku pacienta.

Léky se podávají podle dekurzu, kde se odškrtnou a parafují.

Povolení k výzkumu zkontrolováno, kopírováno, nahlédnutí do dokumentace nezaznamenáno.

V dekurzu označeny kódem použité infuzní pumpy a dávkovače.

V dekurzu zapsány červenou propiskou záznamy o podání antibiotik, intravenózních injekcí.

Záznam z vizity lékaře zaznamenán na proužku papíru, který vystřížen a vlepen do dekurzu, bez podpisu lékaře.

Záznamy sester byly zapisovány přehledně, některé ovšem byly nečitelné.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 10 dotazníků, vrátilo se 10 dotazníků, to je 100 %.

Na otázku jaký je váš věk odpovědělo: 6 sester 19-30, 2 sestry 31-45, 2 sestry 46-60 let.

Otázka vzdělání: 4 sestry získaly vzdělání na SZŠ, 4 sestry na VOŠ, 2 sestry mají PSS.

Jaká je vaše pozice? Všechny sestry pracují jako všeobecná sestra ve směnném provozu.

9 sester dále nestuduje, 1 sestra neuvedla.

Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Průměrná délka práce v oboru je 8,9 let.

Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? ANO- NE

Ano odpovědělo všech 10 sester

Jaké je vaše oddělení 10 sester.

Jak dlouho zde pracujete? Průměrná délka práce na uvedeném odd. je 3,1 let.

Vyhovuje vám tato dokumentace? Ano 8 sester

Ne 2 sestry

Myslíte si, že vedení ošetrovatelské dokumentace je přínosem pro Vaši práci?

Ano 7 sester

Ne 3 sestry

Čtyři sestry měly připomínky k ošetrovatelské dokumentaci vedené na oddělení.

Jedna sestra uvádí, že dokumentace je stručná a přehledná a podává souhrn informací pacientovi po celou dobu jeho hospitalizace.

Dvě sestry navrhnou volit v ošetrovatelské dokumentaci formu křížkování ☒, dokumentace by byla údajně přehlednější a ušetřil by se čas sester.

Jedna sestra udává, že dokumentace je srozumitelná a jasná, ale vadí jí, že se dokumentace dále nekontroluje.

Jedna sestra udává, že jí dokumentace nevyhovuje, protože zdržuje od jiné důležitější práce, ošetrovatelská dokumentace je k ničemu a navrhuje, aby se někdo zamyslel, jestli sestry pracují v nemocnici, anebo v kanceláři.

4.6.5.14 Oddělení: Gynekologicko-porodnické odd.

Standard vedení oš.dokumentace	Ne
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	Ne Ne Ne
Oš. diagnóza	Ne
Oš. plán	Ne
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ne
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	Ne Ne
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ano Ano
Pac. zná jméno svého lékaře	Ne
Pac. zná jméno své primární sestry	Ne
Poučení o uložení ceností	Ano
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	Ano-překladová
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester –píše do hlášení sester	Ne
Záznam hodnocení bolesti akutní chronické	Ne Ne
Plán péče o rány akutní chronické	Ne Ne
Plán péče o dekubity	Ne
Hodnocení drénu, kanyly	Ne
Polohování	ano
Napájení	Ne
Bilance tekutin	Ne
Nutriční skóre	Ne
Barthelův test zákl.denních činností	Ne
Riziko pádu	Ne
Mini-methal test	Ne
RHB	Ne
Edukace pac. event. rodiny	Ne-pouze ústně
Jiné dle specifika oddělení Průběh porodu, šestinedělí, TISS-JIP, šokový záznam	Ano
Jiné zde neuvedené	ne
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod Podpis pac.	Ne Ne
Záznamy sester čitelné přehledné	Ano ne
Razítka provedených výkonů/aktivit	Ne
Podpisy sester čitelné razítka	Ano ne Ne
Označení dokumentu dle zákona	Ano
Záznam nahlédnutí do dokumentace	Ne

Tabulka č. 14

Teplotní tabulky se jménem, příjmením, rokem narození, se záznamy teplot, stolice na lůžku pacienta.

Léky se podávají podle dekurzu, kde se odškrtnou a parafují.

Povolení k výzkumu zkontrolováno, nekopírováno.

Nahlédnutí do dokumentace, po dohodě s vrchní sestrou, která udává, že dokumentace se nijak neměnila, použita dokumentace z února 2010. Přestože jsem čerpala z okopírované zdravotnické dokumentace, nikde v dokumentaci nebyla poznámka o žádosti o kopie dokumentace a její provedení v obou zdravotnických dokumentacích.

V uvedené dokumentaci z gynekologicko-porodnického oddělení je bohužel několik závažných nedostatků. Záznamy sester chybí, anebo jsou nedostačující, není hodnocení stavu pacientky na JIP. Záznamy lékařů jsou nečitelné, ordinován lék bez indikace, večerní vizita pacientky zaznamenána na vystřiženém proužku papíru přicvaknutým sešívačkou k dekurzu, navíc bez podpisu lékaře.

Není záznam o edukaci pacientky porodními asistentkami, dětskými sestrami a lékařem.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 15 dotazníků, vrátilo se 7 dotazníků, to je 47 %.

Na otázku jaký je váš věk odpovědělo: 1 sestra 19-30, 3 sestry 31-45, 3 sestry 46-60 let.

Otázka vzdělání: 1 sestra získala vzdělání na VŠ Bc., 3 sestry mají PSS, 3 sestry pomaturitní studium porodní asistentky.

Jaká je vaše pozice? 3 sestry pracují jako všeobecná sestra ve směnném provozu, 3 porodní asistentky, 1 staniční sestra.

Žádná sestra dále nestuduje.

Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Průměrná délka práce v oboru je 23,1 let.

Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? ANO- NE

Ano odpověděla 1 sestra

Jaké je vaše oddělení 1 sester

Jak dlouho zde pracujete? Uvedená sestra udává délku praxe na odd. PGO 1 měsíc

Udává, že dokumentace jí vyhovuje a je pro ni přínosem.

Připomínky k dokumentaci neměla.

Tato sestra si zřejmě spletla zdravotnickou a ošetrovatelskou dokumentaci, protože i při opakovaných dotazech potvrzeno, že na žádném oddělení PGO není vedena ošetrovatelská dokumentace.

Ne odpovědělo 6 sester

Oddělení neuvedly 4 sestry

Průměrná délka praxe na oddělení je 10,5 let.

Na dotaz, zda bude zavedení ošetrovatelská dokumentace přínosem, 1 sestra nevyplnila, 2 sestry vyplnily ano i ne, tři sestry odpověděly ne.

Jedna sestra jako důvod udává obavy z dalšího papírování a nedostatek času na pacientky.

Dvě sestry udávají, že zavedení nebude bezproblémové z důvodu velkého nároku na vedení dokumentace.

Jedna sestra nedokáže posoudit.

Jedna sestra nemá s ošetrovatelskou dokumentací zkušenost a obává se, že zavedení ošetrovatelské dokumentace na oddělení nebude bezproblémové, kdy jako důvodu udává, že nové věci se na jejich oddělení hůře prosazují.

Jedna sestra nedokáže přínos ošetrovatelské dokumentace posoudit, udává bezproblémové zavedení ošetrovatelské dokumentace protože „sestřičky jsou šikovné, ochotné si přizpůsobit nové metody“.

4.6.5.15 Oddělení: RHB

Standard vedení oš.dokumentace	Ne	
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	Ano Vlastní Ne	
Oš. diagnóza	Ano	
Oš. plán	Ano	
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ne	
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	Ano	
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ano Ano	
Pac. zná jméno svého lékaře	Ano	
Pac. zná jméno své primární sestry	Ne	
Poučení o uložení ceností	Ano	
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	Ano-překladová	
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester	Ano-záznam hodnocení stavu	
Záznam hodnocení bolesti	akutní chronické	Ano Ano
Plán péče o rány	akutní chronické	Ne-konzultují s odd. domácí péče
Plán péče o dekubity		Ne-konzultují s odd. domácí péče
Hodnocení drénu, kanyly		Ano
Polohování		Nemají formuláře-neprovádějí
Napájení		„
Bilance tekutin		„
Nutriční skóre		„
Barthelův test zákl.denních činností		„
Riziko pádu		„
Mini-methal test		„
RHB		Ano-celonemocniční
Edukace pac. event. rodiny		Ne-pouze ústně RHB prac.
Jiné dle specifika oddělení		Ne
Jiné zde neuvedené		Ne
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod Podpis pac.		Ne Ne
Záznamy sester	čitelné přehledné	Ano Ano
Razítka provedených výkonů/aktivit		Ne
Podpisy sester	čitelné razítka	Ano Ano Ano
Označení dokumentu dle zákona		Ne-chybí označení odd.- razítko
Záznam nahlédnutí do dokumentace		Ne

Tabulka č. 15

Jako na jednom z mála oddělení byl veden dlouhý rozhovor s vrchní sestrou na téma ošetrovatelské dokumentace. Jako jedna z mála si uvědomuje význam ošetrovatelské dokumentace pro sestru a ostatní zdravotnické pracovníky. Shodly jsme se, že je potřeba více nižších zdravotnických pracovníků, kteří by obstarávali pomocné práce na oddělení, aby se sestra mohla věnovat svojí odborné sesterské práci a následně dokumentaci.

Vrchní sestra si uvědomuje i náročnost a obsáhlost ošetrovatelské dokumentace, proto je jejich dokumentace vytvořená ve spolupráci s Bc. Hanou Höferovou ze Střední zdravotnické školy a dalšími odděleními tak, aby odpovídala vyhlášce o ošetrovatelské dokumentaci.

Léky podávají podle dekurzu, zaškrťávají a parafují.

Základní úroveň soběstačnosti pacienta hodnocena v sesterské anamnéze.

Nahlédnutí do dokumentace nezaznamenáno, povolení k výzkumu nekontrolováno, nekopírováno. Pravdou ale je, že na oddělení RHB pracují bývalé kolegyně, se kterými jsem se dala do hovoru a vrchní sestra, vzhledem k tomu, že mě kolegyně znaly, povolení nekontrolovala „*když mě děvčata znají*“.

Jako na jednom z mála oddělení ošetrovatelská dokumentace byla jasná, stručná, přehledná, ale vzhledem k soběstačnosti pacientů nejsou vedeny záznamy o bilanci tekutin, polohování atd.

Jen přežití teplotní tabulky by bylo možné odbourat.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 5 dotazníků, vrátilo se 5 dotazníků, to je 100 %.

Na otázku jaký je váš věk odpovědělo: žádná sestra 19-30, 3 sestry 31-45, 2 sestry 46-60 let.

Otázka vzdělání- všechny sestry získaly vzdělání na SZŠ.

Jaká je vaše pozice? Všechny sestry pracují jako všeobecná sestra ve směnném provozu. Žádná sestra dále nestuduje.

Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Průměrná délka práce v oboru je 21,2 let.

Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? ANO- NE

Ano odpovědělo všech 5 sester

Oddělení označilo 5 sester

Jak dlouho zde pracujete? Průměrná délka práce na uvedeném odd. je 3,2 let.

Vyhovuje vám tato dokumentace? Ano 5 sester

Ne žádná sestra

Myslíte si, že vedení ošetrovateľskej dokumentácie je prínosom pre Vašu prácu?

Ano 5 sestier

Ne žiadna sestra

Jedna sestra uvedla, že má prehľad o pacientovi.

Prípomínky k uvedenej dokumentácii nemala žiadna sestra

4.6.5.16 Oddělení: TRN

Standard vedení oš.dokumentace	Ne
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	Ne ne ne
Oš. diagnóza	Ne
Oš. plán	Ne
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ne
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	Ne Ne
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ano Ano
Pac. zná jméno svého lékaře	Ano
Pac. zná jméno své primární sestry	Ano
Poučení o uložení ceností	Ano
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	Ano-překladová
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester	Ne-do hlášení sester
Záznam hodnocení bolesti akutní chronické	ne ne
Plán péče o rány akutní chronické	ne ne
Plán péče o dekubity	Ne
Hodnocení drénu, kanyly	Ne
Polohování	ano
Napájení	Ne
Bilance tekutin	ano
Nutriční skóre	Ne
Barthelův test zákl.denních činností	Ne
Riziko pádu	Ne
Mini-methal test	Ne
RHB	Ano-celonemocniční
Edukace pac. event. rodiny	Ne-pouze ústně,lékařem
Jiné dle specifika oddělení	Ne
Jiné zde neuvedené	Ne
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod Podpis pac.	Ne Ne
Záznamy sester čitelné přehledné	Ano Ano
Razítka provedených výkonů/aktivit	Ne
Podpisy sester čitelné razítka	Ano Ano Ano
Označení dokumentu dle zákona	Ano
Záznam nahlédnutí do dokumentace	Ano

Tabulka č. 16

Jako na jednom mála oddělení povolení kontrolováno, kopírováno, nahlédnutí do dokumentace zaznamenáno.

Teplotní tabulky se jménem, příjmením, rokem narození, se záznamy teplot, stolice na lůžku pacienta.

Záznam vývoje stavu pacienta na mediálním pokoji do formuláře „Ošetrovatelská dokumentace“, kde jsou jasné záznamy o provedené ošetrovatelské péči.

Léky se podávají podle dekurzu, kde se odškrtnou a parafují.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 5 dotazníků, vrátilo se 5 dotazníků, to je 100 %.

Na otázku jaký je váš věk odpovědělo: žádná sestra 19-30, 1 sestry 31-45, 4 sestry 46-60 let.

Otázka vzdělání- čtyři sestry získaly vzdělání na SZŠ, jedna má PSS.

Jaká je vaše pozice? Všechny sestry pracují jako všeobecná sestra ve směnném provozu.

Žádná sestra dále nestuduje.

Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Průměrná délka práce v oboru je 26,8 let.

Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? ANO- NE

Ano odpovědělo všech 5 sester

Jaké je vaše oddělení 5 sester

Jak dlouho zde pracujete? Průměrná délka práce na uvedeném odd. je 13,1 let.

Vyhovuje vám tato dokumentace? Ano 5 sester

Ne žádná sestra

Myslíte si, že vedení ošetrovatelské dokumentace je přínosem pro Vaši práci?

Ano žádná sestra

Ne 5 sester

Všechny sestry měly připomínky k ošetrovatelské dokumentaci vedené na oddělení.

Jedna sestra uvádí, že vychází z ordinací lékaře, ošetrovatelská péče je prováděna u každého pacienta individuálně podle jeho potřeb, zjištění a spolupráce s ostatními zdravotníky.

Další sestra uvádí, že na oddělení je nedostatek personálu, sestra má málo času na přímý kontakt s pacientem, natož na vyplňování papírů. Myslí si, že je lepší si s pacienty

povídat, než sedět za stolem a psát papíry. Uvádí také, že ji přijde stávající dokumentace dostačující a ne příliš časově náročná.

Dvěma sestřám připadá, že sestra tráví příliš mnoho času nad vyplňováním příslušných dokumentů na úkor pacientů, že vzhledem k nedostatku personálu je občas nad síly sestry, aby perfektně zvládla péči o pacienty s administrativou, která jim přijde občas zbytečná až nesmyslná.

Jedna sestra uvádí, že při počtu sestry na oddělení- 1 na směnu není dostatek času na vyplňování papírů a raději by se věnovala pacientům.

4.6.5.17 Oddělení: Urologie

Standard vedení oš.dokumentace	Ne
Oš. anamnéza dle Gordonové podpis pacienta	Ano Ano Ano
Oš. diagnóza	Ne
Oš. plán	ne
Zákl. screeningové vyš. sestrou	Ano
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové jiné	Ano
Seznámen pac. s právy, řádem, službami podpis pac.	Ano Ano
Pac. zná jméno svého lékaře	Ano
Pac. zná jméno své primární sestry	Ano
Poučení o uložení ceností	Ano
Oš.překladová/propouštěcí zpráva	Ano-překladová
Záznam vývoje stavu pacienta nebo záznam denní/noční služby nebo hlášení sester	ne
Záznam hodnocení bolesti akutní chronické	ne ne
Plán péče o rány akutní chronické	Ano Ano
Plán péče o dekubity	Ne
Hodnocení drénu, kanyly	Ano
Polohování	ano
Napájení	ne
Bilance tekutin	ano
Nutriční skóre	Ne
Barthelův test zákl.denních činností	Ne
Riziko pádu	Ne
Mini-methal test	Ne
RHB	Ano-celonemocniční
Edukace pac. event. rodiny	Ne-pouze ústně, lékařem
Jiné dle specifika oddělení	Ne
Jiné zde neuvedené Tlakový záznam, diabetická vložka,	ne
Souhlas s výkony prováděné sestrou např. PK, NGS, kanyla, klyzma apod Podpis pac.	Ne Ne
Záznamy sester čitelné přehledné	Ano Ano
Razítka provedených výkonů/aktivit	Ne
Podpisy sester čitelné razítka	Ano ne Ne
Označení dokumentu dle zákona	Ano
Záznam nahlédnutí do dokumentace	Ne

Tabulka č. 17

Teplotní tabulky se jménem, příjmením, rokem narození, se záznamy teplot, stolice na lůžku pacienta.

Léky se podávají podle dekurzu, kde se odškrtnou a parafují.

Povolení k výzkumu zkontrolováno, nekopírováno, nahlédnutí do dokumentace nezaznamenáno.

Formulář na plán péče a záznam vývoje stavu pacienta mají, ale nepoužívají ho.

Anonymní dotazníky pro sestry

Bylo rozdáno celkem 5 dotazníků, vrátily se 2 dotazníky, to je 40 %.

Na otázku jaký je váš věk odpovědělo: 1 sestra 19-30, 1 sestra 31-45, 0 sestry 46-60 let.

Otázka vzdělání- všechny sestry získaly vzdělání na SZŠ.

Jaká je vaše pozice? 2 sestry pracují jako všeobecná sestra ve směnném provozu.

Žádná sestra dále nestuduje.

Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Průměrná délka práce v oboru je 10 let.

Je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? ANO- NE

Ano odpovědělo 2 sestry

Jaké je vaše oddělení 2 sester

Jak dlouho zde pracujete?průměrná délka práce na uvedeném odd. je 10 let

Vyhovuje vám tato dokumentace? Ano 0 sester

Ne 2 sestry

Myslíte si, že vedení ošetrovatelské dokumentace je přínosem pro Vaši práci?

Ano 2 sestry

Ne 0 sester

Jedna sestra poukazovala na časovou náročnost ošetrovatelské dokumentace, nesmyslné dotazy na pacienta v ošetrovatelské anamnéze, ale uvědomuje si, že je třeba se o pacientovi dozvědět co nejvíce. Uvedená ošetrovatelská dokumentace vedená na tomto oddělení se jí zdá nepřehledná s nepotřebnými kolonkami a nesouhlasí s určením ošetrovatelské diagnózy u pacienta za každou cenu.

Jedna sestra poukazuje také na časovou náročnost, myslí si, že přínosem pro její práci ošetrovatelská dokumentace je, ale musí být jinak vypracovaná. Některé věci v ošetrovatelské dokumentaci jí přijdou moc osobní.

5 DISKUZE

Úvodem teoretické části jsem si stanovila cíle, kterých jsem chtěla v průběhu výzkumu dosáhnout.

V teoretické části jsem se zaměřila na:

- a) vysvětlení pojmu „Ošetřovatelský proces“ a jeho fáze,
- b) dokumentací ošetřovatelské procesu,
- c) vysvětlení podstaty ošetřovatelských modelů a seznámení s modelem funkčního vzorce zdraví M. Gordon, který je nejčastěji používán ve zdravotnických zařízeních při sběru informací o pacientovi.
- d) Protože se ve své práci zabývám ošetřovatelskou dokumentací, podrobněji vysvětluji i otázky zdravotnické dokumentace, protože ošetřovatelská dokumentace je její nedílnou součástí.
- e) Vysvětluji pojem ošetřovatelská dokumentace, její historie a vývoj.
- f) Pokusím se seznámit s ošetřovatelskou dokumentací, jejím významem, složkami a vedením.
- g) Na konec teoretické části uvedu právní zakotvení ošetřovatelského procesu a jeho dokumentace.

Čerpala jsem z literatury, která je uvedena v „Seznamu použité literatury a pramenů“.

V empirické části jsem zjišťovala:

- a) Ošetřovatelskou dokumentaci na Klinice Dr. Pírka.

Kliniku Dr. Pírka jsem do výzkumného šetření zařadila jako soukromé zařízení. Domnívala jsem se, že zdravotnická i ošetřovatelská dokumentace bude v tomto zařízení vedena podrobně a důkladně, opak byl ale pravdou. Výzkumné šetření mezi zdravotními sestrami a náhled na ošetřovatelskou dokumentaci mi nebylo v tomto zařízení povoleno.

Z rozhovoru s vrchní sestrou vyplynulo, že ošetřovatelskou dokumentaci jako takovou nevedou, pouze plní ordinace lékaře a vrchní sestra je raději, když je sestra u pacienta než u papírování. Ošetřovatelská dokumentace a náhled sester na ošetřovatelskou dokumentaci na Klinice Dr. Pírka nebyly zmapovány, cíl proto nebyl splněn.

- b) Ošetřovatelskou dokumentaci v Psychiatrické léčebně Kosmonosy.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy prošla v roce 2010 náročným akreditačním řízením a musela splnit náročná kritéria k udělení této akreditace. K nim patří i vedení ošetřovatelské dokumentace. Ani v této nemocnici mi nebylo umožněno výzkumné šetření, ani tady nebyl cíl empirického šetření splněn.

c) Ošetrovatelskou dokumentaci v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav

Z důvodu neumožnění výzkumného šetření na Klinice Dr. Pírka a v Psychiatrické léčebně Kosmonosy jsem se zaměřila na Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, na ošetrovatelskou dokumentaci na jednotlivých odděleních a na pohled sester na ošetrovatelskou dokumentaci.

Bylo provedeno náročné výzkumné šetření na jednotlivých odděleních, nahlédnutí do zdravotnické dokumentace.

Zjistila jsem, že každé oddělení vede ošetrovatelskou dokumentaci jinak, na některých odděleních není dokumentace vedena vůbec, na některých odděleních je vedena, ale neodpovídá vyhlášce o zdravotnické dokumentaci, která je v platnosti od r. 2006.

Při výzkumném šetření mi bylo na každém oddělení sděleno, že není v nemocnici standard vedení ošetrovatelské dokumentace.

Zjistila jsem, že na některých odděleních není splněna zákonná podmínka při nahlížení do zdravotnické dokumentace a to zaznamenání nahlédnutí do zdravotnické dokumentace pacienta. Kontrola mé osoby a zápis nahlédnutí do dokumentace bylo zaznamenáno pouze na Neurologickém oddělení a TRN, to je 12 %, na 88 % odděleních jsem nebyla kontrolována anebo nebyl proveden záznam do dokumentace pacienta. Podle mého názoru je toto velmi varující číslo.

Také zápisy do zdravotnické dokumentace se na každém oddělení liší. Při nahlížení do zdravotnické dokumentace jsem mapovala čitelnost a přehlednost jednotlivých zápisů sester. Na všech odděleních byly patrné velké rozdíly. Některé oddělení měly zápisy do dokumentace čitelné a přehledné, sestry se podepisují a používají razítko ke své identifikaci. Někde byly zápisy velmi nepřehledné, záznamy nečitelné anebo nebylo možno jednoznačně identifikovat sestru. Čitelné a přehledné zápisy byly na 88 % odd., 12 % oddělení mělo zápisy nepřehledné a nečitelné (ortopedie a GPO).

Zaměřila jsem se také na používání testovacích stupnic a škál. Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové provádí 9 oddělení, to je 53 %. Naopak hodnocení rizika pádu není vedeno na žádném z oddělení.

Co je pro mne ale ještě víc zarážející, že pouze na jednom oddělení je prováděno hodnocení soběstačnosti pacienta, v LDN Mnichovo Hradišti, jinak se na žádném jiném oddělení neprovádí. Na dvou odděleních některé sestry nevěděly, k čemu se Barthelův test soběstačnosti používá (LDN Celno a kožní oddělení).

Plán péče o rány se provádí na 11 odděleních, to je 65 %.

Bolest sleduje 7 oddělení, to je 41 %, ale nepatří mezi ně oddělení chirurgické.

Ošetrovatelskou anamnézu odebírá 6 oddělení, to je 35 %, na některých odděleních ale není následně vytvořen plán péče.

Edukace pacientů sestry provádějí pouze 3 oddělení, to je 18 %, na ostatních odděleních jsou pacienti edukováni pouze lékařem.

Správné označení dokumentu podle zákona bylo pouze na 11 odděleních, to je 65 %. Na ostatních odděleních se objevil nedostatek například v neoznačení dokumentu razítkem (označení oddělení), nebo rodným číslem pacienta, popřípadě jménem pacienta.

Velkou měrou se podle mého názoru podílí na těchto nedostatcích neexistující standard vedení dokumentace, ať už lékařské nebo sesterské. Každé oddělení si proto vytvořilo takovou dokumentaci, která vyhovuje potřebám oddělení, ale nesplňuje zákonné podmínky.

Sestry potom tápají, mají zkreslené představy o vedení dokumentace, právem se obávají nové dokumentace, obávají se nárůstu administrativy, jak vyplynulo z dotazníkového šetření. 86 sester se obává nárůstu administrativy, to je 65 %.

Sestry také poukazují na nedostatek personálu, kdy je sestra nucena zastupovat práci nižšího zdravotnického personálu a pak není čas na vedení dokumentace. I podle mého názoru je třeba navýšit počet nižšího zdravotnického personálu, aby sestra nemusela uklízet na oddělení, jak jsem při svém šetření byla svědkem. Také nárůst administrativy s výběrem regulačních poplatků sestry velmi zatěžuje.

Výsledky výzkumného šetření poukazují celkově na nedostatečně vedenou ošetrovatelskou dokumentaci v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav.

Myslím, že je potřeba se zamyslet, jakou formou sestry seznámit s vedením ošetrovatelské dokumentace, s hodnotícími a měřícími stupnicemi a předvést jim dokumentaci po dohodě i z jiné nemocnice, která je funkční, a odpovídá zákonnému nařízení.

Důležitost vedení ošetrovatelské dokumentace sestry velmi podceňují. Myslím, že velkou měrou se na tomto stavu podílí i nedostatek vzdělaných sester, ať už v bakalářském nebo magisterském vysokoškolském studiu, nejen na vedoucích místech. Myslím si, že právě tyto vysokoškolsky vzdělané sestry by mohly velkou měrou přispět k zlepšení vedení ošetrovatelské dokumentace v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav.

6 ZÁVĚR

Cílem teoretické části bylo seznámit s metodou ošetrovatelského procesu, s historií vzniku ošetrovatelských modelů a seznámit s ošetrovatelským modelem podle M. Gordonové.

Dále bylo součástí teoretické části seznámit se zdravotnickou dokumentací, její právní zakotvení a požadavky, které jsou na tuto dokumentaci kladeny.

Další součástí teoretické části byla ošetrovatelská dokumentace, která je součástí zdravotnické dokumentace. Popsala jsem právní normy a doporučení, která se týkají vedení ošetrovatelské dokumentace.

Stanovené cíle byly splněny.

V empirické části jsem se zaměřila na vedení ošetrovatelské dokumentace v nemocnicích regionu Mladá Boleslav.

Zjišťovala jsem vedení ošetrovatelské dokumentace na Klinice Dr. Pírka v Mladé Boleslavi. Nebylo mi zde ale povoleno výzkumné šetření ani ve zdravotnické dokumentaci, ani mezi sestrami. Cíl proto nebyl splněn.

Dále jsem zjišťovala vedení ošetrovatelské dokumentace psychiatrické léčebně Kosmonosy. Ani tady mi nebylo umožněno výzkumné šetření, ani tady nebyl cíl splněn.

Vedení ošetrovatelské dokumentace v Oblastní nemocnici v Mladé Boleslavi bylo zjišťováno výzkumným dotazníkovým šetřením mezi zdravotnickými pracovníky a kontrolou vedení ošetrovatelské dokumentace.

Cíl byl splněn.

Mé zjištění ale prokázalo závažné nedostatky ve vedení ošetrovatelské dokumentace.

Bylo zjištěno nedostatečné vedení ošetrovatelské dokumentace na odděleních Oblastní nemocnice Mladá Boleslav. Přestože je několik let dáno zákonem vedení ošetrovatelské dokumentace a její součásti jsou přesně dané, některá oddělení Oblastní nemocnice Mladá Boleslav toto zákonné nařízení nesplňují. Souhrn vedení ošetrovatelské dokumentace je v příloze č. 6.

Ošetrovatelská dokumentace je vedena pouze na některých odděleních, sestry si nejsou jisté důležitostí vedení ošetrovatelské dokumentace, toto vedení dokumentace v nemocnici není dáno žádným nařízením nebo standardem. Také záznamy do dokumentace a jejich čitelnost neodpovídá právnímu nařízení. Záznamy jsou místy nečitelné nebo nedostačující. Součástí zdravotnické dokumentace nejsou náležitosti dané zákonem.

Výzkumného dotazníkového šetření se zúčastnilo 132 sester, byl mapován jejich pohled na ošetrovatelskou dokumentaci vedenou jejich oddělení. Většina sester byla se svou dokumentací na oddělení spokojená, ale obávají se nárůstu administrativy při

zavedení nové dokumentace. Také se obávají zdržování při vyplňování záznamů ošetrovatelské dokumentace.

V příloze č. 7. je ukázka vedení teplotní tabulky na lůžku pacienta, kde si jeho citlivé údaje může zjistit kdokoliv, kdo přijde na pokoj, včetně návštěv ostatních pacientů. Je zde jméno, příjmení, rok narození, údaj o provedené operaci, záznamy o měření tělesné teploty a údaj o vyprazdňování. Tato teplotní tabulka na lůžku pacienta se mi zdá velmi nevhodná, navíc pokud lékař bude chtít nějaký údaj z této teplotní tabulky, musí sestra jít na pokoj pacienta a údaj mu zjistit. Záznam o těchto údajích by byl vhodný vést přímo v dekurzu pacienta a lůžko označit pouze jménem a příjmením.

V příloze č. 8 je ukázka vedení dekurzu u pacientky na gynekologicko-porodnickém oddělení. Nečitelné záznamy lékařů i sester, vizita vystřižena a na proužku papíru sešíváčkou připevněna k dekurzu není právě ukázkou vzorného vedení dokumentace. Navíc ordinace léku bez indikace na důvěryhodnosti uvedené dokumentace nepřidá. V této dokumentaci nebyl proveden záznam o nahlédnutí a záznam o provedení kopií uvedené dokumentace.

Problém s přehledností a čitelností záznamů se objevoval i na jiných odděleních. Domnívám se, že důkladné proškolení pracovníků by tento problém pomohlo výrazně omezit.

V přílohách č. 9 až č. 15 si dovoluji ukázat ošetrovatelskou dokumentaci vedenou na různých odděleních Oblastní nemocnice Mladá Boleslav. Dokázala bych si představit, že z těchto uvedených jednotlivých částí ošetrovatelských dokumentací by se dal vytvořit celek, který by sjednotil ošetrovatelskou dokumentaci na odděleních Oblastní nemocnice Mladá Boleslav tak, aby odpovídal zákonným nařízením. Je jisté, že dokumentace na standardních lůžkových stanicích by se lišila od dokumentace na ARO a JIP, ale byla by jednotná. Sestry by tak měly ucelený obraz pacientova stavu a provedených ošetrovatelských intervencí a v případě překlada pacienta na jiné oddělení by mohly pokračovat v provádění ošetrovatelského procesu.

Zavedení jednotné ošetrovatelské dokumentace je velmi náročným úkolem pro vedení Oblastní nemocnice Mladá Boleslav. Svým výzkumným šetřením jsem pomohla zmapovat vedení ošetrovatelské dokumentace v této nemocnici a odhalit nedostatky. V případě zavedení jednotné ošetrovatelské dokumentace bych ráda toto výzkumné šetření s odstupem času zopakovala. Cíl byl proto splněn.

7 ANOTACE

Autor: Jaroslava Lochmanová
Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství
Název práce: Ošetrovatelská dokumentace v nemocnicích regionu Mladá Boleslav
Vedoucí práce: Bc. Alena Vojtěchová
Počet stran: 111
Počet příloh: 15
Rok obhajoby: 2012
Klíčová slova: ošetrovatelský proces, ošetrovatelská dokumentace, zdravotnická dokumentace, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav

Bakalářská práce pojednává o vedení ošetrovatelské dokumentace v nemocnicích regionu města Mladá Boleslav.

V teoretické části jsou vysvětleny pojmy ošetrovatelský proces, ošetrovatelská dokumentace a její právní zakotvení.

V empirické části je porovnáno vedení ošetrovatelské dokumentace v nemocnicích regionu města Mladá Boleslav. Výzkumné šetření bylo vedeno i mezi zdravotnickými pracovníky, kde byla hodnocena jejich spokojenost s vedením ošetrovatelské dokumentace. Na závěr práce je provedeno hodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace na jednotlivých odděleních v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav.

Bachelor thesis deals with the documentation of nursing management in hospitals of the region Mlada Boleslav.

The theoretical section explains the concepts of nursing process, nursing documentation and its legal anchorage.

In the empirical part there is compared the management of nursing documentation in hospitals of the region Mlada Boleslav. The survey was conducted among medical workers where was rated their satisfaction with the management of nursing documentation. In the end of the thesis there is the evaluation of management of nursing documentation for each department in the Regional Hospital Mlada Boleslav.

8 POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

Citace:

1. Česká republika. Věstník ministerstva zdravotnictví. In Věstník ministerstva zdravotnictví. 2004, částka 9, s. 8.
2. Česká republika. VYHLÁŠKA o zdravotnické dokumentaci : Příloha č. 1 k vyhlášce č. 385/2006 Sb.. In VYHLÁŠKA č. 385/2006 Sb.. 2006, , s. 6-7.
3. České ošetřovatelství 3. : Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe. Institut pro další vzdělávání zdravotníků ve zdravotnictví v Brně . [s.l.] : Institut pro další vzdělávání zdravotníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. Ošetřovatelská dokumentace, s. 27. ISBN 80-7013-282-5.
4. MAREČKOVÁ, J. Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vydání. Praha : Grada, 2006. I.díl - Diagnostické zaměření, s. 17. ISBN 80-247-1399-3.
5. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Úvod do ošetřovatelství I. : Systémový přístup. 1.vydání. Praha : Karolinum, 2003. Metodologie ošetřovatelství-ošetřovatelský proces, s. 119. ISBN 80-246-0429-9.
6. MIKŠOVÁ, Zdeňka, et al. Kapitoly z ošetřovatelské péče I. . 1. vydání. Praha : Grada, 2005. Příloha č. 5, s. 239. ISBN 80-247-1442-6.
7. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. Modely ošetřovatelství v kostce. 1.vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. Teorie a modely ošetřovatelství, s. 33. ISBN 80-247-1211-3.
8. VAŠÁTKOVÁ, Ivana. Ošetřovatelská dokumentace. 1. vydání. Hradec Králové : Nucleus KH, 2005. , s. 8-9. ISBN 80-86225-72-0.
9. VONDRÁČEK, Lubomír; LUDVÍK, Miloslav; NOVÁKOVÁ, Jana. Ošetřovatelská dokumentace v praxi. Praha : Grada Publishing, a.s., 2003. Úvod, s. 9-10. ISBN 80-247-0704-7.

10. VÖROSÖVÁ, Gabriela. Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve. 1. vydání. Martin : Osveta, 2007. , s. 15. ISBN 80-806-324-27.
11. Www.clk.cz [online]. 2007 [cit. 2011-09-22]. Zdravotnická dokumentace(doplňeno). Dostupné z WWW: <http://www.clk.cz/oldweb/poradna/Dokumentace/nova_legislativa_dokum.html>.
12. Www.cna.cz [online]. 2008 [cit. 2011-09-22]. Česká asociace sester. Dostupné z WWW: <<http://www.cna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>>.
13. Www.infomed.cz [online]. 2007 [cit. 2011-09-23]. Zdravotnická informatika. Dostupné z WWW: <<http://www.infomed.cz/ps/article.php?arid=106>>.
14. Www.mvcr.cz [online]. 2010 [cit. 2011-09-22]. Ministerstvo vnitra České republiky. Dostupné z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=8>>.
15. Www.mzcr.cz [online]. 2004 [cit. 2011-09-22]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky . Dostupné z <http://www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=9308&typ=application/zip&nazev=V%C4%9Bstn%C3%ADk%209-2004.zip>>.

Čerpáno:

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. Přehled vybraných ošetrovatelských modelů od A do Z. Hradec Králové : Nucleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.

BURIÁNEK, Jan. Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace. Praha : Linde Praha, a.s., 2005. 208 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

HÖFEROVÁ, Hana. Zavádění ošetrovatelského procesu do praxe, pohled sester na ošetrovatelskou dokumentaci v oblastní nemocnici Mladá Boleslav. Hradec Králové, 2007. 108 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Oddělení ošetrovatelství.

Kolektiv autorů. Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z. Praha : Grada, 2003. 392 s. ISBN 80-247-0278-9.

KOZIEROVÁ, Barbara, et al. Ošetrovatel'stvo 1. Martin : Osveta, 1995. 838 s. ISBN 80-217-0528-0.

KOZIEROVÁ, Barbara, et al. Ošetrovatel'stvo 2. Martin : Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

Mastering documentation. Springhouse Corporation: 1995. ISBN 0-87-434-749-1.

Psychiatrická léčebna 110 let: Almanach k výročí vzniku Psychiatrické léčebny Kosmonosy. Kosmonosy : 2009. 36 s.

RICHARDS, Ann; EDWARDS, Sharon. Repetitorium pro zdravotní sestry. Praha : Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932.

STAŇKOVÁ, Marta. České ošetrovatelství 4-Jak provádět ošetrovatelský proces, vydáno Brno- Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 1999, 66 s.,ISBN 80-7013-283-3.

STAŇKOVÁ, Marta. České ošetrovatelství 11, Sestra - reprezentant profese, vydáno Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002 78 s., ISBN 80-7013-368-6.

STAŇKOVÁ, Marta. Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi : České ošetrovatelství 6. Brno : NCONZO, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.

VONDRÁČEK, Lubomír, et al. Ošetrovatelská dokumentace v praxi. Praha : Grada, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.

VONDRÁČEK, Lubomír; WHIRTHOVÁ, Vlasta. Sestra a její dokumentace. Praha : Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

[Http://www.drpirek.cz/historie/](http://www.drpirek.cz/historie/). [online]. 2008 [cit. 2011-08-27]. Dostupné z WWW: <<http://www.drpirek.cz/historie/>>.

[Http://www.klaudianovanemocnice.cz/](http://www.klaudianovanemocnice.cz/) [online]. 2011 [cit. 2011-09-22]. Klaudiánova nemocnice. Dostupné z WWW: <<http://www.klaudianovanemocnice.cz/nemocnice/historie.html>>.

[Www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz) [online]. 2010 [cit. 2011-09-22]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z WWW: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/akreditace-zdravotnickych-zarizeni_1851_15.html>.

[Www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz) [online]. 2010 [cit. 2011-09-22]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z WWW: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardy-oseitrovatelske-pece_1854_15.html>.

[Www.nurses.info](http://www.nurses.info) [online]. 2010 [cit. 2011-09-22]. For nurses everywhere. Dostupné z WWW: <http://www.nurses.info/nursing_theory_person_hall_lydia.htm>.

[Http://www.plkosmonosy.cz/historie.html](http://www.plkosmonosy.cz/historie.html) [online]. 2011 [cit. 2011-08-27]. [Www.plkosmonosy.cz](http://www.plkosmonosy.cz). Dostupné z WWW: www.plkosmonosy.cz.

[Http://www.plkosmonosy.cz/kvalita.html](http://www.plkosmonosy.cz/kvalita.html) [online]. 2011 [cit. 2011-08-27]. [Www.plkosmonosy.cz](http://www.plkosmonosy.cz). Dostupné z WWW: www.plkosmonosy.cz.

[Www.sagit.cz](http://www.sagit.cz) [online]. 2007 [cit. 2011-09-22]. Nakladatelství ekonomické a právní literatury. Dostupné z WWW: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb071111&cd=76&typ=r>>.

9 PŘÍLOHY

1. Dotazník pro sestry
2. Záznamový arch vedení dokumentace
3. Povolení k výzkumnému šetření na Klinice Dr. Pírka
4. Povolení k výzkumnému šetření v Psychiatrické léčebně Kosmonosy
5. Povolení k výzkumnému šetření v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav
6. Souhrnných arch oddělení
7. Teplotní tabulka
8. Ukázka dekurzu na Gynekologicko-porodnickém oddělení
9. Záznam hodnocení stavu pacienta na RHB oddělení
10. Sesterská dokumentace na RHB oddělení
11. Ošetrovatelský plán vedený na ORL oddělení
12. Ošetrovatelská anamnéza vedená na urologickém oddělení
13. Ošetrovatelská překladová zpráva vedená na neurologickém oddělení
14. Propuštění pacienta vedené na kožním oddělení
15. Barthelův test soběstačnosti vedený v LDN Mnichovo Hradiště.