

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE
V NEMOCNICI**

Bakalářská práce

Autor práce: **Gabriela Medunová**

Vedoucí práce: **Mgr. Ivana Vašátková**

2007

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

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

NURSING DOCUMENTATION IN HOSPITAL

Bachelor's thesis

Autor: **Gabriela Medunová**
Supervisor: **Mgr. Ivana Vašátková**

2007

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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 Pardubicích dne 25.dubna 2007

.....
Medunová Gabriela

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr.Ivaně Vašátkové za odborné konzultace a cenné rady při zpracování této práce .

Dále bych chtěla poděkovat řediteli Nemocnice Chrudim MUDr. Vojtěchu Němečkovi a náměstkyni pro ošetrovatelskou péči Mgr. Martině Vackové za vstřícnost při zpracování interního auditu v této nemocnici.

OBSAH

ÚVOD	6
Teoretická část	
1 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE	8
1.1. Vymezení pojmů zdravotnická dokumentace a ošetrovatelská dokumentace.....	8
1.2. Legislativa související s vedením zdravotnické dokumentace.....	9
1.3. Zásady vedení zdravotnické dokumentace.....	10
1.4. Problematika nahlížení do dokumentace.....	11
1.4.1. Nahlížení do dokumentace studenty.....	14
2 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE	16
2.1. Ošetrovatelský proces.....	17
2.2. Pravidla při vedení ošetrovatelské dokumentace a pořizování záznamů.....	19
2.3. Tvorba formulářů ošetrovatelské péče.....	21
2.4. Základní složky ošetrovatelské dokumentace.....	22
2.4.1. Ošetrovatelská anamnéza.....	23
2.4.2. Plán ošetrovatelské péče.....	24
2.4.3. Záznam vývoje stavu pacienta.....	25
2.4.4. Ošetrovatelská zpráva – překladová, propouštěcí.....	25
2.5. Ošetrovatelská dokumentace a odpovědnost.....	26
3 AUDIT	27
3.1. Ošetrovatelský audit.....	28
Empirická část	
4 ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY	29
5 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	30
5.1 Výsledek interního auditu, opatření.....	40
DISKUZE	42
ZÁVĚR	44
ANOTACE	46
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	47
SEZNAM TABULEK	50
SEZNEM GRAFŮ	51
SEZNAM PŘÍLOH	52

ÚVOD

„For we who nurse, our nursing is something which, unless we are making progress every year, every month, every week, we are going back. No system shall endure which does not march.“

Florence Nightingale

„Pro nás, kdo nabízíme ošetrovatelskou péči, je tato péče něčím, kdy se buď dostáváme každým rokem, měsícem, každým týdnem vpřed, nebo jdeme zpět. Systém, který nekráčí vpřed, nemůže přežít.“

Z anglického originálu přeložila Bc. Magda Škrlová



Je pravdou, že na téma ošetrovatelská dokumentace bylo již mnoho sepsáno. Avšak i přesto si myslím, že toto téma je stále aktuální. V mnoha zdravotnických zařízeních usilují o získání akreditace, nebo jim již byla přidělena. S tímto procesem nedílně dochází i ke zdokonalování ošetrovatelské dokumentace dle nejnovějších poznatků a legislativních nařízení. Známkou toho, že je poskytována kvalitní ošetrovatelská péče, je i kvalitně vedená ošetrovatelská dokumentace.

V našem zdravotnickém zařízení bylo v roce 2005 rozhodnuto, že se sjednotí veškerá ošetrovatelská dokumentace na všech standardních odděleních. Na odděleních JIP a ARO pro svou specifikaci tato dokumentace zatím sjednocena není, ale nejdéle na jaře roku 2007 by měla být. Cílem sjednocení dokumentace bylo i spojení dokumentace lékařů a sester v jednu společnou. Tento krok však rozdělil tým zdravotnických pracovníků na dvě skupiny. Jedna skupina preferuje systém spojené, tzn. jedné dokumentace, do které provádějí záznamy jak lékaři tak sestry a další členové ošetrovatelského týmu. Druhá skupina požaduje rozdělení dokumentace lékařské od sesterské. Oddělená ošetrovatelská dokumentace potom splňuje svůj účel pouze částečně, protože ji pak nebudou ostatní členové týmu téměř vůbec používat. V současné době se na toto téma vedou stále diskuze.

Z toho vyplývá, že zavádění nové dokumentace je stále diskutovaným tématem a není to nic jednoduchého, aby bylo vyhověno požadavkům jednotlivých oddělení a jednotlivým členům lékařského a ošetrovatelského týmu, kteří s dokumentací pracují.

Ve své práci bych ráda zhodnotila, jak se povedlo stávající dokumentaci včlenit do léčebného a ošetrovatelského procesu a zda s ní jednotliví pracovníci, hlavně sestry, umí pracovat dle stávajících předpisů.

V části teoretické bych ráda upozornila na potřebnost kvalitního vedení ošetrovatelské dokumentace v souladu se všemi právními předpisy. Dále chci nastínit, jak má být dokumentace vedena, aby byla přínosem pro praxi a zároveň ochranou pro veškerý lékařský i nelékařský personál.

V části empirické chci formou auditu zjistit, jak je ošetrovatelská dokumentace zavedena do praxe. Audit bude proveden na čtyřech základních standardních oddělení Nemocnice Chrudim – chirurgické oddělení, interní oddělení, neurologie a na oddělení následné péče. Na základě tohoto auditu chci zhodnotit vedení ošetrovatelské dokumentace v nemocnici a také znalosti ošetrovatelského personálu, který s touto dokumentací pracuje. Po zjištění a závěrech z auditu budou navržena další doporučení.

Odborné cíle práce :

▪ *Teoretická část*

- Zaměření na potřebnost kvalitního vedení ošetrovatelské dokumentace v souladu se všemi platnými právními předpisy.
- Doporučení jak má být ošetrovatelská dokumentace vedena, aby byla přínosem pro praxi a zároveň ochranou pro ošetrovatelský personál.

▪ *Empirická část*

- Zjistit metodou interního auditu, jak je ošetrovatelská dokumentace vedena na čtyřech základních standardních odděleních v Nemocnici Chrudim.
- Na základě zjištěných skutečností doporučit další opatření.

1 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

„*Chorobopis*, jehož nedílnou součástí tvoří dokumentace vedená lékařem a ošetrovatelská dokumentace, **je odborný, vědecký a forezní (soudní) dokument.**“ (Haškovcová, 2000)

Účelem vedení zdravotnické dokumentace je shromáždění potřebných a ucelených informací o pacientovi. Zdravotnická dokumentace slouží jako doklad, že zdravotní péče byla poskytnuta kontinuálně a lege artis, a zároveň slouží jako doklad pro vyúčtování zdravotní péče příslušným zdravotním pojišťovnám..

„Vedení individuální dokumentace pacienta (lékařem i sestrou) je jedním ze základních požadavků pro akreditaci zdravotnických zařízení.“ (Mastiliaková, 2003)

1.1 Vymezení pojmů zdravotnická dokumentace a ošetrovatelská dokumentace

„Zákon č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, v § 67b ukládá zdravotnickým zařízením vést zdravotnickou dokumentaci. Zákon však nečiní rozdíl mezi zdravotnickou dokumentací lékaře a sestry.“ (Vondráček, Ludvík, Nováková, 2003)

Zdravotnická dokumentace je systematicky vedený soubor údajů, informací a obrazových materiálů vztahujících se ke konkrétnímu pacientovi, jeho zdravotnímu stavu a postupu zdravotnického zařízení při poskytování zdravotní péče. Zdravotnická dokumentace a její vedení je považováno za informační databanku, na kterou se vztahuje zvláštní zákon na ochranu dat. Za zdravotnickou dokumentaci se považuje veškerá dokumentace ve zdravotnickém zařízení, kde jsou uvedena osobní data pacienta. Zdravotnická dokumentace slouží jako:

- pracovní pomůcka ošetřujícího lékaře a sestry (záznam ordinací včetně záznamu prováděné léčebné a ošetrovatelské péče)

- materiál poskytující důležité informace též pro jiné zdravotnické pracovníky a zdravotnická zařízení, pokud jsou tyto potřebné v rámci návaznosti zdravotní péče, včetně posudkové a forenzní činnosti
- objektivní materiál, umožňující v případech stanovených zákonem informovat příslušné oprávněné subjekty o zdravotním stavu pacienta a o průběhu vyšetření nebo ošetření
- podklad pro poskytování údajů podle zvláštních předpisů (např. znalecké posudky aj.) vyplývající z legislativy
- je nedílnou součástí kontroly kvality péče.

Ošetrovatelskou dokumentaci 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 ošetrovatelského procesu. Tato dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace.

Vedení ošetrovatelské dokumentace je nedílnou součástí práce sester, porodních asistentek a sester komunitní péče. Je nástrojem profesionální praxe, který by měl podporovat proces péče.

1.2 Legislativa související s vedením zdravotnické dokumentace

Oblast legislativy týkající se zdravotnické dokumentace je velmi široká. Zákonné normy předepisují co musí být v dokumentaci zaznamenáno, v jaké formě, obsah dokumentace, nakládání s ní, přístup k dokumentaci. Zde se však musím zmínit o zastaralosti některých zákonných norem a jejich nepřesnostech, to znamená, že jejich výklad je velmi široký a nejednotný. Příkladem je např. zákon 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu – paragraf o nahlížení do dokumentace.

Zde uvádím stručný přehled zákonů a norem, které se dotýkají problematiky vedení zdravotnické dokumentace:

- Listina základních práv a svobod
- Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, v platném znění (§ 178, neoprávněné nakládání s osobními údaji)

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči zdraví lidu, v platném znění (např. § 67b zdravotnická dokumentace, § 55 povinnosti pracovníků ve zdravotnictví)
- Zákon č. 97/1974 Sb., o archivnictví, v platném znění
- Zákon č. 209/1992 Sb., Úmluva o ochraně lidských práv a biomedicíně
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném pojištění, v platném znění
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů (§ 4 vymezení pojmů, § 5 práva povinnosti při zpracování osobních údajů, povinnosti správce, § citlivé údaje, § 21 ochrana práv subjektu údajů)
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)
- Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění
- Koncepce ošetrovatelství vydaná MZ ČR v roce 2004
- Etický kodex práv pacientů
- Etický kodex nelékařských zdravotnických pracovníků

1.3 Zásady vedení zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace obsahuje :

- osobní údaje nezbytné pro identifikaci pacienta (jméno, příjmení, rodné číslo, případně trvalé bydliště. Akademický titul není identifikačním znakem.)
- anamnestické údaje (osobní, rodinnou, pracovní, sociální anamnézu)
- informace o onemocnění pacienta
- informace o průběhu léčení a o výsledku léčení
- informace o laboratorních a konziliárních vyšetření
- pozitivní a zejména negativní revers
- další významné skutečnosti, které souvisejí se zdravotním stavem pacienta

Zdravotnická dokumentace musí být vedena průkazně, pravdivě, čitelně a musí být průběžně doplňována.

Zdravotnická dokumentace nesmí obsahovat:

- místně užívané zkratky
- osobní vzkazy, žargon ani vulgarismy
- opravy přeškrtnutím, přeškrtnutím, zabílením opravným lakem, vygumováním, kdy původní text je odstraněn

Každý záznam ve zdravotnické dokumentaci musí být opatřen datem zápisu a identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla. Identifikace se provádí otiskem razítka jmenovky lékaře nebo titulem a příjmením lékaře vypsáním nejlépe tiskacím nebo hůlkovým písmem, možné je i na psacím stroji či počítačem.

V současné době může být zdravotnická dokumentace vedena na magnetických nosičích ve formě textové, grafické nebo audiovizuální. Avšak forma papírová je stále nutností z důvodu nedořešení elektronického podpisu a ve zdravotnických zařízeních je tato forma vedení dokumentace více preferovaná.

Zdravotnickou dokumentaci, ať již je vedena v jakékoliv formě, je třeba uschovávat a skartovat v souladu s ustanovením zákona č. 97/1974 o archivnictví, ve znění pozdějších předpisů .

1.4 Problematika nahlížení do dokumentace

Stále častěji se řeší kolize mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty nebo jejich rodinnými příslušníky, kteří požadují, aby mohli nahlédnout do své dokumentace nebo do dokumentace svých blízkých. To se týká jak dokumentace vedené lékaři, tak dokumentace ošetrovatelské.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění v § 23 odst. 1 stanovuje povinnost lékaře poučit vhodným způsobem pacienta, popřípadě členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování preventivní péče.

Zákon nestanovuje konkrétní způsob, jak má být pacient poučen, ale v žádném případě z uvedeného nelze odvodit povinnost nechat nahlížet pacienta, popřípadě členy

rodiny do zdravotnické dokumentace proto, aby byli dostatečně informováni.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění v § 67b odst. 10 stanovuje, že do zdravotnické dokumentace mohou nahlížet:

- a) lékaři, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, lékárníci, kliničtí psychologové, kliničtí logopedové v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
- b) pověření členové příslušné komory při řešení případů podléhajících disciplinární pravomoci příslušné komory (zákon č. 220/1991 Sb., v platném znění),
- c) revizní lékaři zdravotních pojišťoven v rozsahu daném zvláštním právním předpisem (zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění),
- d) soudní znalci v oboru zdravotnictví v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku zadaného orgány činnými v trestním řízení nebo soudy,
- e) lékaři správních úřadů ve zdravotnictví pověřeni vyřizováním konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení, a to v rozsahu vyplývajícím ze stížnosti, návrhu na přezkoumání nebo podnětu ve právním řízení,
- f) lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost v rozsahu stanoveném zvláštním předpisem (zákon č. 18/1997 Sb., o mírovém využití jaderné energie a ionizačního záření),
- g) členové znaleckých komisí,
- h) pověření pracovníci ochrany orgánu veřejného zdraví,
- i) lékaři orgánů sociálního zabezpečení při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pro účely stanovení dávek a služeb sociálního zabezpečení, důchodového pojištění,
- j) lékaři úřadu práce pro účely zaměstnanosti,
- k) lékaři okresních úřadů pro účely odvodového řízení a civilní služby, zaměstnanci státu v organizační složce státu, která zajišťuje plnění úkolů NZIS, kteří zajišťují zpracovávání osobních údajů a informací o zdravotním stavu obyvatelstva.

*V uvedeném paragrafu, kde jsou taxativně vyčtení ti, kteří mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet, **pacienti ani jejich rodinní příslušníci uvedení nejsou.***

„Z dikce tohoto ustanovení zákona pak zdravotnická zařízení odvozují, že nemají povinnost nechat pacienta nahlížet do své dokumentace a že rodinní příslušníci nemají právo do dokumentace nahlížet ani se souhlasem pacienta.“ (Vondráček, Ludvík, Nováková, 2003)

Avšak v § 67b je již pár let jeden nevyřešený dluh. Právě v odstavci 10, který vymezuje osoby oprávněné nahlížet do zdravotnické dokumentace. Nejsou zde uvedeny nové profese zdravotnických pracovníků v souladu s novými zákony č. 95 a 96 z roku 2004.

V ustanovení § 67b odst. 12 zákona č. 20/1966 Sb., je stanoveno, že pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu.

Pacient se z informací, které jsou mu sděleny o jeho zdravotním stavu, nesmí dovědět informace o třetí osobě.

Ani z tohoto ustanovení jednoznačně nevyplývá povinnost zdravotnického zařízení nechat pacienta nahlédnout do dokumentace. Zejména skutečnost, že se z dokumentace nesmí pacient dovědět informace o třetí osobě, svědčí spíše ve prospěch zdravotnického zařízení, které pacienta nenechá do dokumentace nahlédnout.

Vycházíme-li ze zásady: "co není zákonem zakázáno, je dovoleno", musíme konstatovat, že žádná v současné době platná právní norma nezakazuje zdravotnickému zařízení, aby pacienta nechalo nahlédnout do své dokumentace.

V platném právním předpise je stanoveno, že pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci, aniž by bylo blíže stanoveno, jak mu má být tato informace poskytnuta. Nevylučuje se tedy, aby se tak dělo tím, že pacient nahlédne do své dokumentace.

Problém lze uzavřít tak, že pokud zdravotnické zařízení má závažné důvody (např. ochrana třetí osoby) k tomu, aby neposkytlo zdravotnickou dokumentaci pacientovi k nahlédnutí, může tak učinit.“(Vondráček, Ludvík, Nováková, 2003)

Protože neumožnění nahlédnout pacientovi do své zdravotnické dokumentace je pacienty i veřejností vnímáno negativně, jako snaha ošetřujících lékařů zatajovat některé skutečnosti, považujeme za vhodné, když ošetřující lékař nechá do dokumentace pacienta nahlédnout.

V našem zdravotnickém zařízení o tom, kdo může nahlédnout do zdravotnické dokumentace rozhoduje pouze primář daného oddělení či jeho zástupce. A to jak do dokumentace vedené lékaři, tak do ošetrovatelské dokumentace. Toto oprávnění vyplývá z jeho funkčního postavení, kdy právě primář je tím, kdo odpovídá za správný chod oddělení.

Sestra není oprávněna povolit nahlédnutí do ošetrovatelské dokumentace ani se

souhlasem pacienta.

Zcela nejednotné je stanovisko k otázce, zda pozůstalí mají či nemají oprávnění nahlížet do dokumentace zemřelého. Sestra bez svolení primáře nesmí v žádném případě nikoho nechat nahlížet ani do dokumentace zemřelého.

V současné době probíhá v naší poslanecké sněmovně schvalování novelizace zákona č. 20/1966 Sb. , o péči o zdraví lidu, kdy jedním z předmětů úpravy je právě problematika přístupu pacienta k informacím o jeho zdravotním stavu a poskytované zdravotní péči, které jsou zaznamenány v jeho zdravotnické dokumentaci. Tato novelizace rozšiřuje práva pacienta o možnost nahlížet přímo do zdravotnické dokumentace a nechat si pořídit výpisy, opisy či kopie těchto dokumentů.

1.4.1 Nahlížení do dokumentace studenty

Zvláštní postup při nahlížení do zdravotnické dokumentace jednotlivých pacientů je stanoven u osob, které získávají ve zdravotnickém zařízení způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Jedná se o studenty lékařských fakult, studenty/ky zdravotních či vysokých škol, lékaře, klinické psychology a klinické logopedy na postgraduálním školení. To je v souladu s ustanovením zákona č. 20/1966 Sb., § 67b odst. 11, kde je stanoveno, že osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace pouze v rozsahu nezbytně nutném a u pacientů stanovených pověřeným zdravotnickým pracovníkem zdravotnického zařízení, které zabezpečuje praktickou výuku. K nahlížení do zdravotnické dokumentace takových pacientů je třeba písemného souhlasu pacienta, popřípadě souhlasu jeho zákonného zástupce.

Součástí dokumentace pacienta tedy musí být písemný souhlas pacienta s tím, že nemá námitek proti tomu, aby do dokumentace nahlédli ti, kteří se připravují k výkonu zdravotnického povolání. Tiskopis připravuje a pacientovi nechává podepsat zdravotnické zařízení, nikoliv škola, i když je povinností školy poučit studenty o zacházení se zdravotnickou dokumentací. O dodržování povinnosti mlčenlivosti a etického kodexu, jsou studenti poučeni i ošetřujícím personálem na jednotlivých pracovištích, kde vykonávají svou praxi.

Paradoxem je také to, že ve výčtu osob, které mohou nahlédnout do dokumentace nejsou uvedeni učitelé/ky odborné praxe. I když jsou učitelky odborných předmětů

registrované sestry, které mohou pracovat bez odborného dohledu, tak nemohou nahlížet do dokumentace pacientů ani je teoreticky a prakticky ošetřovat. To znamená, že nemohou ani zodpovídat za výkony provedené studentem, který se připravuje na způsobilost k výkonu povolání. V našem zdravotnickém zařízení je tento problém ošetřen s danou zdravotnickou školou, jejíž studenti u nás vykonávají odbornou praxi, pomocí pracovních smluv na minimální pracovní úvazek pro jednotlivé vyučující a také souhlasem jednotlivých pacientů (pacient dává souhlas s nahlížením do jeho dokumentace nejen studentům, ale i jejich odborným učitelkám).

2 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

„Neexistuje metoda ani šablona pro vedení ošetřovatelské dokumentace. Nejlepší ošetřovatelská dokumentace je taková, která vzniká na základě konzultací a diskusí, které probíhají na místní úrovni mezi všemi členy víceoborového zdravotnického týmu i s pacientem. Je to taková ošetřovatelská dokumentace, která je hodnocena a upravována podle potřeb pacientů a která umožňuje, aby o pacienta pečovala sestra bez ohledu na stadium procesu péče nebo prostředí péče.“ (ČAS, 2002)

Je však třeba upozornit na skutečnost, že při tvorbě formulářů ošetřovatelské dokumentace je nutné vycházet především z právních předpisů s ohledem na to, jak je konkrétní skutečnost veřejností vnímána, přijímána (např. náboženství, sexualita) a tiskem komentována a nikoliv pouze z představ některých vedoucích pracovníků o užitečnosti věci. Je nutné také vycházet z koncepce ošetřovatelství, kterou vydalo MZ ČR v roce 2004 a teoretických modelů za účelem zajištění holistického pojetí péče.

Bylo by jistě výhodou, pokud by se naplnila snaha ujednotit ošetřovatelskou dokumentaci. Za současného stavu, kdy část zdravotnických zařízení je státních, jiná pak nestátní, bude její ujednacení více než obtížné, ne-li nemožné. Mimo jiné také proto, že je třeba akceptovat specifika, požadavky a názory jednotlivých pracovišť.

Zde si myslím, že jistého úspěchu by mohlo být dosaženo alespoň v rámci jednotlivých krajů, za velké spolupráce profesních či odborových organizací jednotlivých nelékařských oborů, jejichž názory a připomínky by byly korigovány příslušným odborem a osobou odpovědnou, určenou vedením kraje. Velké pole působnosti mají národní odborné společnosti, např. Česká asociace sester, jako největší profesní organizace v České republice.

Z mých dosavadních zkušeností vím, že přes potencionální klady kvalitní dokumentace, které s sebou přináší ošetřovatelský proces, je dokumentace pro některé sestry problémem. Kvalita dokumentace může být někdy nízká ještě mnoho let poté, co byl do praxe zaveden ošetřovatelský proces. Některé sestry sice chápou výhody ošetřovatelského procesu, avšak nemohou se zbavit starých postojů k dokumentaci a administrativní práci, kterou kompletně odmítají.

Informace o pacientovi stále bývají nejednotné, či pocházejí od několika různých zdrojů a ošetřovatelský plán často bývá často veden špatně z důvodu nepochopení a nedocení jeho významu. Ještě stále některé sestry považují sestavování

ošetřovatelských plánů za činnost odvádějící je od vlastní péče o pacienta. Proto je důležité, aby dokumentace nebyla chápána jako konečná fáze, nýbrž jako přirozený přechod k osobnějším přístupu k ošetřovatelství, v němž dokumentace zaujímá důležité místo v procesu dosažení kontinuity péče.

2.1 Ošetřovatelský proces

Současné ošetřovatelství se nachází v péči o zdraví a pohodu jednotlivců či skupin. Na rozdíl od medicíny vytváří pozitivní vymezení zdraví a pohody široké pole působnosti. Ošetřovatelství v sobě integruje poznatky z oblasti medicíny, psychologie, etiky, filozofie a sociální práce. Uživatel ošetřovatelské péče = pacient, by měl být klíčovou osobou, při rozhodování a plánování další ošetřovatelské péče pomocí ošetřovatelského procesu. Tímto se dá stručně říci, že ošetřovatelský proces představuje popis logického rámce rozhodování, realizace a hodnocení výsledků ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelský proces poskytuje pacientům systematickou, důslednou a kontinuální péči. Reflektuje změny jejich zdravotního stavu a proto je důležité, aby byl prováděn dobře.

Ošetřovatelský proces probíhá v několika vzájemně propojených ovlivňujících se fázích:

1 zhodnocení pacienta – („ kdo je můj pacient ? “)

- zhodnocení pacienta pomocí
 - rozhovoru
 - pozorování
 - testování , měření

2 stanovení ošetřovatelských potřeb, problémů, diagnóz - („ co ho trápí ? “)

- ošetřovatelské problémy identifikované sestrou
- problémy pociťované pacientem
- dohoda s nemocným o pořadí naléhavosti jejich provedení

3 plánování ošetřovatelské péče – („ co pro něj mohu udělat ? “)

- stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetřovatelské péče
- návrh vhodných opatření pro jejich dosažení
- dohoda s pacientem o pořadí jejich naléhavosti

4 aktivní individualizovaná péče

5 zhodnocení efektu poskytnuté péče – („pomohla jsem mu ?“)

- objektivní změření účinku péče

- zhodnocení fyzického a psychického komfortu pacienta

„Každá fáze je sice samostatná, ale přístup k ošetrovatelské péči musí být uplatněn jako celek – tedy každý jednotlivý krok je závislý na ostatních. Slovo „proces„ je míněno jako průběh ošetrovatelské činnosti – jako způsob práce s nemocným, způsob přístupu k profesionální ošetrovatelské péči, která je uskutečňována v určitém logickém pořadí.“ (Staňková,1997)

Kvalita ošetrovatelské péče závisí při aplikaci ošetrovatelského procesu samozřejmě především na práci sester, které jej provádějí. Je však zcela nezbytné, aby v každé jeho fázi získávaly pacienti k maximální spolupráci. Významnou roli v ošetrovatelském procesu hraje také rodina pacienta a další osoby , které jsou mu blízké.

Ošetrovatelský proces poskytuje sestřím profesionální model ošetrovatelské péče. Je to dynamicky probíhající proces, který odráží samostatné funkce profesionálního ošetrovatelství.

Ošetrovatelský proces je zpravidla vysvětlován pro názornost v aplikaci na jednom pacientovi. Samozřejmě však znamená způsob práce se všemi pacienty – je to specifický „styl“ profesionálního uvažování a jednání sestry.

Ačkoliv každá fáze nebo krok v ošetrovatelském procesu jsou uváděny zvlášť, závisejí jeden na druhém a mohou probíhat souběžně. Při návalu práce na oddělení často není možné uplatňovat jednotlivé fáze posloupně jednu za druhou. Momentální urgentní situace může vyžadovat provést některé činnosti přednostně a neodkladně a nezdržovat se např. získáváním anamnestických údajů, i když budou pro pozdější ošetrovatelskou péči potřebné. Samozřejmě není možné ptát se pacienta na jeho zájmy a životní styl ve chvíli, kdy zvrací nebo krvácí!

Ošetrovatelský proces není uskutečňován izolovaně. Práce ostatních členů zdravotnického týmu – lékařů, fyzioterapeutů, sociálních pracovníků atd., se týká zcela nezbytně také. Tito lidé mohou uvažovat o pacientovi a pracovat ve velmi podobném rámci. Sestry tak spolupracují na upřesnění lékařské diagnózy, pokud je známa, a zajišťují předepsané ordinace. Velmi často se stávají koordinátorkami v zajišťování aktivit dalších zdravotnických pracovníků a organizují vhodnou a kontinuální péči pro

každého pacienta. Právě sestra může být tím nejvhodnějším koordinačním členem zdravotnického týmu, protože je s pacientem v dlouhodobém kontaktu.

Správně aplikovaný ošetrovatelský proces rozvíjí nejen vnitřní angažovanost sestry o „své“ pacienty, snižuje nebezpečí komplikací aktivně a vstřícně poskytovanou individualizovanou péčí, ale měl by rovněž výrazně ovlivnit odpovědnost nemocného za vlastní zdravotní stav a jeho ochotu být aktivně zapojen v celém procesu návratu zdraví, soběstačnosti a schopnosti žít nezávisle. Totéž by se mělo týkat jeho nejbližšího sociálního okolí.

„Ošetrovatelský proces poskytuje myšlenkový rámec pro celkovou systematickou individualizovanou péči o pacienta.“ (Staňková, 1999)

2.2 Pravidla při vedení ošetrovatelské dokumentace a pořizování záznamů

„Dobře vedená, věcná a přehledná ošetrovatelská dokumentace je dokladem, který ukazuje, že ošetrovatelská péče byla kvalitní a poskytovaná lege artis.“ (Staňková, Bláha, Vondráček, Ludvík, 2004)

Obecné cíle ošetrovatelské dokumentace jsou :

- zajištění kvality péče o pacienty
- zajištění dokumentace vývoje stavu, zaměření na výsledky u pacienta
- zajištění interdisciplinární důslednosti a spojení cílů léčby a péče pro vývoj stavu pacienta

Při zaznamenávání informací do ošetrovatelské dokumentace se klade důraz na fakta, která vyjadřují změnu ve zdravotním stavu pacienta nebo v jeho chování, případně změnu stavu, který se u něj předpokládá.

K základním informacím patří:

- 1 Každá změna chování.
- 2 Každá změna v tělesných funkcích.
- 3 Jakýkoli tělesný příznak nebo symptom.
- 4 Úkony a výkony, které sestra provádí.

Vedení ošetrovatelské dokumentace má svá pravidla:

- Každý pacient **musí mít vedenou** ošetrovatelskou dokumentaci, je nedílnou součástí ošetrovatelské praxe.
- Profesionální vedení ošetrovatelské dokumentace je známkou kvalifikovaného pracovníka.
- Dokumentace je **uložena na určeném místě** a spolu s lékařskou dokumentací tvoří celek, který je dokladem o léčebné a ošetrovatelské péči u konkrétního pacienta.
- Každý formulář musí být řádně označen **jménem pacienta a jeho rodným číslem** (nejlépe 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/dalšího oprávněného pracovníka**, která zápis provedl.
- Každá směna musí dokumentovat stav pacienta, jeho **pozitivní/negativní reakce** na poskytovanou péči, léčebné/diagnostické výkony, léčbu, ošetrovatelské intervence, rehabilitaci apod.
- Sestra dokumentuje **objektivně** a přesně to, co **viděla, slyšela, cítila, hmatala 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, **čitelnosti** písma, **stručně**, aby jejich význam nevyvolával žádné pochyby, úplné, **obsahující** všechny nezbytné informace.
- V záznamech lze používat pouze zkratky standardizované, pro čitelnost pro ostatní členy týmu.
- Opravy chybného záznamu jsou prováděny **jednoduchým škrtnutím**, nesmí se přepisovat, přelepovat a překrývat bílou krycí barvou. Původní zápis musí zůstat čitelný.
- Důležité informace je možné zvýrazňovat **barevně**, např. opiáty, alergie, komplikace.

2.3 Tvorba formulářů ošetrovatelské péče

Tvorba formulářů pro ošetrovatelskou péči musí vycházet z potřeb současného poskytování zdravotní péče při respektování historického vývoje českého zdravotnictví, tradic i zvyklostí.

Ošetrovatelství jako takové je založeno na znalostech a dovednostech, na tom, co má každý z nás v sobě, a ošetrovatelský proces je metodika, která nám využití těchto vlastních zdrojů usnadňuje. Z tohoto pohledu může být dobrým formulářem ošetrovatelské dokumentace i prázdný list papíru, který bude vyplněn na základě společných úvah pacienta a sestry jako profesionála a povede k účinnému řešení pacientových problémů.

Proč bychom museli vše vymýšlet nové, když už někdo něco vymyslel, v praxi ověřil a nám to plně vyhovuje? Avšak prosté překládání a přepisování formulářů z ciziny také neprospívá věci, proto je dobré přizpůsobení dokumentace problematice našeho ošetrovatelství. Ošetrovatelská péče se v současné době opírá o nové poznatky. Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka.

Při tvorbě formulářů musíme respektovat zásady:

- formulář nesmí obsahovat nebo vést ke shromažďování údajů v rozporu s platnými předpisy,
- formulář musí shromažďovat pouze údaje potřebné k výkonu ošetrovatelské péče,
- formulář nesmí obsahovat údaje, které by mohly vést k diskriminaci některých skupin pacientů,
- formulář nemá vést k duplicitě získaných údajů,
- formulář musí být pro vyplňování co nejjednodušší,
- označení formuláře musí odpovídat jeho obsahu.

Formulář označený jako Ošetrovatelská anamnéza nemá obsahovat souhlas pacienta s přítomností osob připravujících se na výkon zdravotnického povolání při vyšetření nebo ošetření, či poučení o uložení cenností, neboť toto nejsou anamnestické údaje. Ošetrovatelská anamnéza obsahuje zpravidla identifikační informace o fyzickém a psychickém stavu pacienta a o jeho sociální problematice.

Stejně tak formulář Plán ošetrovatelské péče nemá obsahovat hodnoty opakovaného měření krevního tlaku a pulzu. Ošetrovatelský plán definuje problémy pacienta, cíle a plán ošetrovatelské péče, realizaci a hodnocení péče.

Při tvorbě formuláře ošetrovatelské péče je:

- třeba brát v úvahu čas, který bude potřebný k jeho řádnému vyplnění a zhodnotit, zda je reálně jeho vyplnění při plném provozu a zda bude jeho přínos odpovídat vynaloženému úsilí,
- je nutné pomýšlet také na to, že i tato část dokumentace sloužit jako podkladový materiál při kolizních jednáních, kdy by měla doložit správnost postupu při poskytování péči,
- je nutné upozornit na skutečnost, že nedostatečně vyplněné tiskopisy jsou při kolizních jednáních hodnoceny velmi negativně,
- je třeba zabránit, aby pacient neutrpěl újmu na svých právech, zejména se jedná o právo na zachování lidské důstojnosti, zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

2.4 Základní složky ošetrovatelské dokumentace

Z ošetrovatelského hlediska, dokumentace poskytuje důkaz, že pacientovi je poskytována individualizovaná péče metodou ošetrovatelského procesu. „Jednoduchý formalizovaný záznam nejpotřebnějších ošetrovatelských informací o nemocném je obsažen v ***Ošetrovatelské anamnéze***, která obsahuje subjektivní a objektivní hodnocení nemocné sestrou a objektivní hodnocení pomocí měřicích technik. Dále je to ***Plán ošetrovatelské péče***, který tvoří základní složku ošetrovatelské dokumentace. Plán ošetrovatelské péče obsahuje: ošetrovatelské diagnózy = problémy pacienta, cíle ošetrovatelské péče, plánované sesterské intervence, hodnocení efektu poskytnuté péče, záznam o neplánované situaci či péči, podpis sestry, která plán sestavila a sestry, která péči poskytovala. Realizace ošetrovatelské péče podle plánu je zapsána ve formuláři ***Záznam vývoje stavu pacienta***.

Pokud je nemocný předáván na jiné pracoviště, či je pacient propuštěn do péče Agentury domácí péče, Domova důchodců a Ústavu sociální péče je vypracována–

Ošetřovatelská zpráva – překladová, propouštěcí. Ta obsahuje stručné informace o potřebách ošetřovatelské péče a zajišťuje tak kontinuitu ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelská dokumentace může také obsahovat další ***záznamy o různých ošetřovatelských testech či měřeních*** – např. hodnocení bolesti, péče o dekubity, a jiné.

2.4.1 Ošetřovatelská anamnéza

„Dobře provedená anamnéza může velmi ovlivnit kvalitu plánované péče.“
(Staňková, 1999)

Ošetřovatelská anamnéza není totožná s anamnézou lékařskou, i když se vzájemně doplňují. Zjišťuje informace z minulosti nemocného, které jsou důležité pro sestavení individuálního plánu ošetřovatelské péče „šitého na míru“. Proto se otázky sestry nemohou zaměřit pouze na zjišťování současného stavu, ale sestra se potřebuje dozvědět, co je pro pacienta životní „normou“, aby plánovala přiměřenou péči. Tyto někdy zdánlivě nepodstatné informace umožňují vést systematicky pacienta k soběstačnosti a k aktivní účasti v terapeutickém a ošetřovatelském procesu.

„Právní předpis nerozlišuje rozdíl mezi anamnézou odebranou lékařem a anamnézou odebranou sestrou a také nestanovuje způsob ani obsah potřebných anamnestických údajů pro jednotlivá onemocnění i konkrétní případy. Obsah však nesmí být v rozporu s některým z platných právních předpisů.“ (Vondráček, Ludvík, Nováková, 2003)

Listina základních práv a svobod v čl. 10 odst. 3 stanovuje, že každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě.

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v § 4 písm. b) uvádí, že pro potřeby tohoto zákona se rozumí citlivým údajem osobní údaj vypovídající o národnosti, rasovém nebo etnickém původu, politických postojích, členství v odborových organizacích, náboženství a filozofickém přesvědčení, trestní činnosti, zdravotním stavu a sexuálním životě subjektu údajů.

V § 5 uvedeného zákona je pak v odst. 1 písm. d) stanoveno, že správce je povinen shromažďovat údaje odpovídající stanovenému úkolu a v rozsahu nezbytném pro naplnění stanoveného úkolu.

Jinak řečeno, je třeba pečlivě uvážit, zda laickou i odbornou veřejností, zejména ochránci lidských práv a Úřadem na ochranu osobních údajů, nebude daný postup v nesouladu s Listinou základních práv a svobod a se zákonem o ochraně osobních údajů.“

V současné době moderního ošetrovatelství, kdy přistupujeme k pacientovi holisticky, se doporučuje při odebírání ošetrovatelské anamnézy, použití vhodného ošetrovatelského modelu. V praxi se nejčastěji setkáváme s „Modelem funkčního typu zdraví“ M. Gordonové. Tento model chápe pacienta jako „bytost se svými biologickými, vývojovými psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními, duchovními a spirituálními potřebami, bytost s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví.“ (Archalousová, 2003)

Pomocí tohoto modelu jsou od pacienta získávány informace v jednotlivých oblastech pomocí standardních metod jako jsou rozhovor, pozorování či fyzikální screening provedený sestrou. Základní strukturu tohoto modelu tvoří 12 oblastí – vnímání zdraví; výživa a metabolismus; vylučování; aktivita – cvičení; spánek a odpočinek; vnímání, citlivost a poznávání; sebepojetí a sebeúcta; role – mezilidské vztahy; sexualita; stres; víra – životní hodnoty; jiné. Získané informace jsou dále analyzovány a následně na jejich podkladě jsou diagnostikovány pacientovi problémy, to znamená, že jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy.

2.4.2 Plán ošetrovatelské péče

„ Zvolený formulář má odpovídat konkrétním podmínkám pracoviště. Všichni členové zdravotnického týmu se musí dohodnout, jak a kam se budou jednotlivé informace zaznamenávat. Tak se předejde zbytečné duplicitě údajů.“ (Staňková, 1999)

V našem zdravotnickém zařízení je užíván formulář Plán ošetrovatelské péče. Je rozdělen na části - Ošetrovatelský plán, Realizace ošetrovatelského plánu a Hodnocení ošetrovatelské péče. Má všechny aspekty, které jsou důležité: ošetrovatelskou diagnózu, cíl a plán, realizace, zhodnocení ošetrovatelské péče. Při zavádění tohoto formuláře nebylo jednoduché sjednotit na všech odděleních, kde se začal používat, jaké údaje bude obsahovat a v jaké podobě.

2.4.3 Záznam vývoje stavu pacienta

Tento formulář se používá k zaznamenání poslední fáze ošetrovatelského procesu, poslední fází je hodnocení kdy sestra zjišťuje, zda u svěřeného pacienta dosáhla stanovených očekávaných výsledků a do jaké míry, zda má plán péče a jednotlivé ošetrovatelské intervence revidovat nebo změnit.

Průběžné hodnocení vývoje stavu pacienta je cílevědomá činnost, která má ukázat efektivitu ošetrovatelských intervencí. Obsahuje také datum, podpis toho, kdo hodnocení provedl.

Obecně se dá říci, že v tomto formuláři je vlastně hodnocena kvalita poskytované ošetrovatelské péče.

Obecný návod pro zaznamenávání údajů do formuláře „Záznam vývoje stavu pacienta“:

- 1 Zaznamenávejte veškerou ošetrovatelskou péči, kterou jste poskytla, čas a podstatné reakce pacienta, které jste pozorovala.
- 2 Pokud jste asistovala lékaři při výkonu, zapište to rovněž do záznamu
- 3 Pokud léčba nebo diagnostický výkon vyžaduje, aby nemocný opustil ošetrovací jednotku, zapište dobu, kdy nemocný jednotku opouští, jak je přepravován, kde je posílán a dobu, kdy se vrátil.
- 4 Zapište reakce nemocného na poskytnutou péči, jak nemocný toleruje předepsanou aktivitu, co a kolik nemocný snědl, jakékoli neočekávané reakce na výkon nebo podané léky.
- 5 Nakonec každé služby zapište souhrnný údaj o jakékoli změně ve stavu nemocného.

Záznam poskytované ošetrovatelské péče musí být úplný a přesný, bez vlastních domněnek a bezvýznamných informací!

„Zaznamenejte to, co jste pozorovala, a ne to, co si myslíte, že se stalo. Existuje pro to jednoduché pravidlo. Když se podíváte na zápis, položte si otázku: „ Skutečně jsem viděla, slyšela, hmatala a čichala to, co jsem napsala?“ (Mastiliaková, 2003)

2.4.4 Ošetrovatelská zpráva – překladová, propouštěcí

Překladová a propouštěcí zpráva slouží k zajištění kontinuální péče. Sestra ji vyplňuje při překladu mezi stanicemi, odděleními v nemocnici nebo při propuštění do jiného zdravotnického zařízení akutní nebo následné péče nebo do domácí péče.

Nová vyhláška č.385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění, pevně stanovuje, které údaje musí být v této zprávě uvedeny. Jsou to zejména shrnutí ošetřovatelské anamnézy, aktuální údaje o poskytnuté ošetřovatelské péči včetně časových údajů o poslední poskytnuté péči, posledním podání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a použití zdravotnických prostředků dále aktuální údaje o zdravotním stavu pacienta a v neposlední řadě záznam o rozsahu podané informace v rámci ošetřovatelské péče při propuštění z ústavní péče.

„Překladová zpráva nemá obsahovat připomínky pacienta k poskytované ošetřovatelské péči, stravování či úklidu, neboť to není náplní této zprávy, která by pak nabyla charakteru stížnosti, a pak by se s ní jako se stížností muselo pracovat.“ (Vondráček, Ludvík, Nováková, 2003)

2.5 Ošetřovatelská dokumentace o odpovědnost

Za vedení a kvalitu ošetřovatelské dokumentace ve zdravotnickém zařízení odpovídá hlavní sestra = náměstkyně pro ošetřovatelskou péči, na oddělení pak vrchní sestra a na stanici staniční sestra. Za konkrétní záznam u konkrétního pacienta pak odpovídá sestra, která záznam provedla, nebo neprovedla, provést měla.

Dokumentaci je oprávněn, ale i povinen kontrolovat vedoucí nadřízený pracovník. Tím se míní jak hlavní, vrchní a staniční sestra, tak primář oddělení. Pokud tak nečiní, nepostupuje v souladu se svými povinnostmi, které stanovuje zákoník práce, a pracovní náplní a při kolizi může být pro neplnění povinností volán k odpovědnosti.

Ošetřovatelské dokumentaci je třeba věnovat potřebnou pozornost stejně jako poskytování vlastní péče. Kvalitně vedená dokumentace dokládá správnost postupu a nedostatečná dokumentace pak může být dostatečným důvodem k volání sestry k odpovědnosti s následnou sankcí. Především pak nekvalitní a nedostatečnou dokumentací nelze při sporu obhajovat správný postup sester při poskytování ošetřovatelské péče.

3 AUDIT

Pod pojmem audit si mnozí z nás představují finančního auditora, který se snaží najít v účetnických knihách nějaké chybné praktiky. Vztah zaměstnanců k auditorům vyjadřuje kombinaci úcty a obav a ukončení auditu je doprovázeno pocitem úlevy. Ať už jsou pocity spojené s auditem jakékoliv, audit představuje proces, jehož cílem je objektivně vyhodnotit skutečný stav věci.

„Audit je a vždy bude jistým druhem útoku na ego zaměstnance, proto je nutné počítat s ego – obrannými mechanismy auditovaného.“ (Franková, 2005)

„Audit je systematický, nezávislý, dokumentovaný proces pro získání důkazu o provádění správných činností správným způsobem.

Systematický proces – proces probíhá dle předem stanovených pravidel s předem nadefinovanými zdroji.

Nezávislý proces – musí zaručovat nezávislost a objektivitu auditorů. Musí být stanovena pravidla, která zabrání střetu zájmů (tzn. ne auditor z daného pracoviště). Musí být ošetřeny případné antipatie a úmysly prokázat neshodu za každou cenu. Musí být zajištěna nestrannost.

Dokumentovaný proces – Musí probíhat dle předem schválených dokumentovaných postupů. Musí zajistit prokazatelné formalizované výstupy z auditu.

Typy auditů: *interní audit* – prováděné interními zaměstnanci organizace nebo externí firmou na základě smlouvy. Výsledky auditu využívá pouze auditovaná organizace.

- dále je dělíme na *plánované* a *neplánované*

externí audit – prováděné vždy externí akreditovanou firmou. Výsledky auditu využívají i jiné organizace např. certifikační nebo akreditační orgány).“

(Franková, 2005)

Pokud chceme ve svém zdravotnickém zařízení sledovat kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, tak zdravotnické audity jsou nedílnou součástí tohoto sledování. Analyzují úspěch oddělení, sester, programu či organizace tím, že porovnávají data a hledají shodu nebo neshodu mezi tím, co bylo naplánováno, a tím, co bylo dosaženo. Odкрývají problémové oblasti, které vyžadují pozornost. Poukazují na úspěchy, které

mohou pomoci ostatním. Audity se nemají týkat pouze sester nebo lékařů, ale všech zaměstnanců zdravotnického zařízení.

3.1 Ošetrovatelský audit

„Již v roce 1863 Florence Nightingaleová prohlásila: „Zdravotnická dokumentace by měla ukázat pacientům, jak bylo naloženo s jejich finančními prostředky, kolik dobrého za tyto finanční prostředky bylo vykonáno a zda tyto prostředky nepřinesly pro ně více škody než užitku.“ Florence Nightingaleová je zřejmě první sestrou, která vyjádřila pravý smysl ošetrovatelského auditu.“ (Škrlovi, 2003)

Hlavní sestra (náměstkyně pro ošetrovatelskou péči), vrchní sestra, staniční sestra jsou povinny pravidelně a průběžně hodnotit ve svém zařízení, na oddělení, kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, vztahy mezi sestrami a pacienty, organizaci práce ošetrovatelských pracovníků a spokojenost nemocných s ošetrovatelskou péčí. Při hodnocení se používají objektivní a standardizované metody hodnocení.

Ošetrovatelský audit představuje systematické vyhodnocení ošetrovatelské praxe s cílem zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče. V tomto kontextu je vyhodnocení ošetrovatelského procesu, tak jak je dokumentován v chorobopisu propuštěných pacientů, důležitým nástrojem auditu. Je založen na profesionálních standardech a má za úkol zjistit, jak dalece se ošetrovatelský proces – neboli péče o pacienta, práce nebo výkony sestry – těmito standardy řídí nebo se s nimi slučuje.

Cílem auditu by nikdy nemělo být vyhodnocení výkonu sester za účelem hledání chyb a následných disciplinárních opatření. Jde o nalezení „slabých míst“ v systému a o zajištění co nejrychlejší nápravy. Je třeba si uvědomit, že pro oddělení, které nechce nebo neumí pružně reagovat na problémy identifikované auditem, tak potom nemá ošetrovatelský audit velkou hodnotu. Dá se říci, že jednou z hlavních podmínek ošetrovatelských auditů je schopnost a ochota oddělení realizovat potřebné změny.

4 ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY

V části empirické bylo mým cílem zjistit, jak je vedena ošetrovatelská dokumentace v Nemocnici Chrudim na čtyřech základních standardních odděleních a na základě zjištěných skutečností navrhnout nápravná opatření. Jako metodu výzkumu jsem zvolila interní audit se svolením ředitele této nemocnice (viz. Příloha č.1).

Interní audit se zaměřením na „Vedení ošetrovatelské dokumentace“ byl proveden v průběhu měsíce března roku 2007 na oddělení interním, chirurgickém, neurologickém a oddělení následné péče. Z každého oddělení bylo použito 5 náhodně vybraných uzavřených chorobopisů. Chorobopisy byly označeny pouze evidenčním číslem daného oddělení. Všechna zjištění a další náležitosti byly zaznamenány do „Auditního protokolu“ (viz. Příloha č. 2) .

Součástí každého auditního protokolu pro každé oddělení byl formulář s jednotlivými „Kritérii interního auditu“ (viz. Příloha č. 3). Pro každý jednotlivý chorobopis bylo 10 auditních kritérií, ohodnocenými body dle druhu odpovědi. Odpověď či zjištění „ano/vyplněno“ byla ohodnocena 1 bodem, zjištění „vyplněno či přítomno částečně“ 0,5 bodem a odpověď „ ne/ nevyplněno“ nebyla ohodnocena žádným bodem. Maximální počet bodů pro jeden chorobopis bylo 10 a pro celé kontrolované oddělení 50. Pro celé zdravotnické zařízení 200 bodů. Maximální počet bodů pro jedno kritérium kontrolovaného oddělení bylo 5 bodů a pro celé zdravotnické zařízení 20 bodů.

V grafech a tabulkách v následující kapitole jsou znázorněny výsledky daných kritérií.

Jako metody interního auditu byly použity metoda dotazu a metoda kontroly dokumentace.

5 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

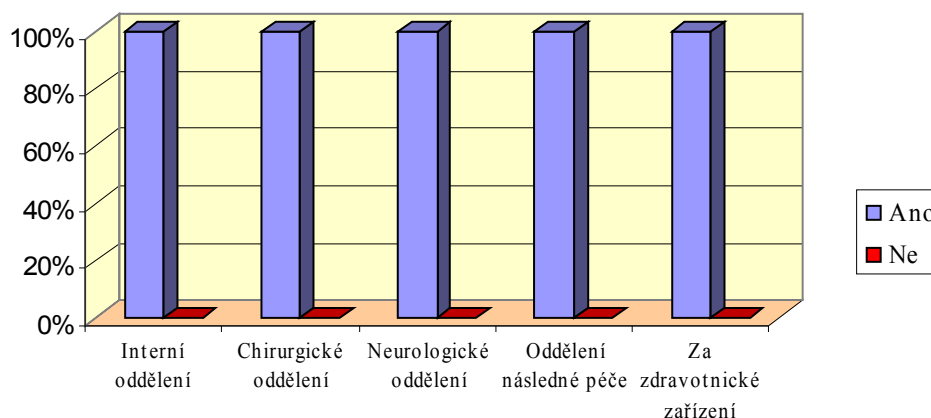
Zadání otázky prvního kritéria interního auditu bylo zda „**Je na oddělení dostupná platná směrnice na vedení ošetrovatelské dokumentace?**“. Použita byla metoda dotazu na daném oddělení.

Cílem byla kontrola přítomnosti tohoto předpisu na prověřovaném oddělení.

Tabulka č. 1 Dostupnost směrnice na oddělení

	Interní oddělení	Chirurgické oddělení	Neurologické oddělení	Oddělení následné péče	Ve zdravotnickém zařízení
Ano	5	5	5	5	20
Ne	0	0	0	0	0

Graf č.1 Dostupnost směrnice na oddělení



Komentář:

Na interním oddělení zazněla 5 krát odpověď ano, čímž bylo kritérium splněno na 100%. Na chirurgickém oddělení bylo také 5 odpovědí ano, kritérium bylo splněno 100%. Na neurologickém oddělení bylo též 5 odpovědí ano, kritérium bylo splněno 100%. Na oddělení následné péče bylo 5 odpovědí ano = 100% splněné kritérium.

Celkově byla tato směrnice ve zdravotnickém zařízení dostupná ve 100% = 20 bodů.

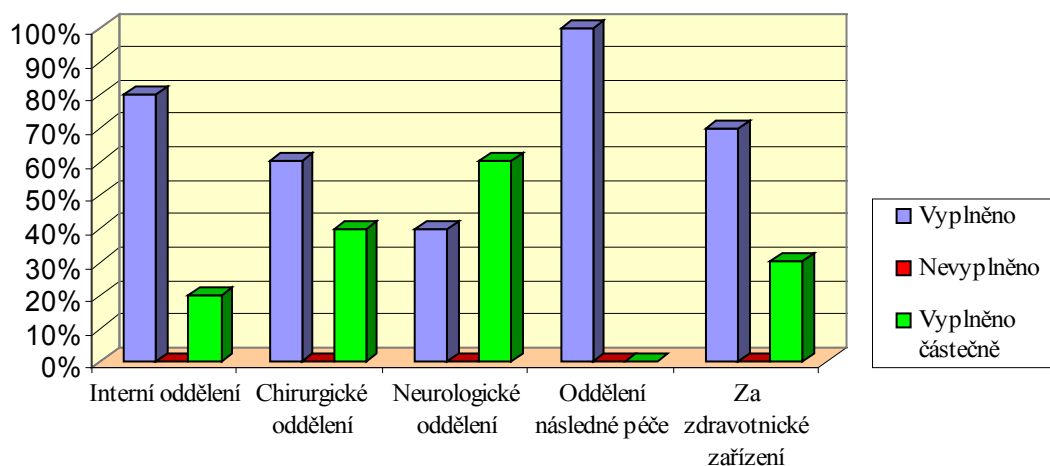
Druhé kritérium znělo „ **Byla vyplněna Ošetřovatelská anamnéza do 24 hodin od přijetí pacienta?**“. Zde byla použita metoda kontroly dokumentace.

Cílem tohoto kritéria bylo zjištění, zda byla Ošetřovatelská anamnéza vyplněna, včetně ošetřovatelských hodnotících tabulek, do 24 hodin po přijetí pacienta na oddělení.

Tabulka č.2 Vyplnění ošetřovatelské anamnézy

	Interní oddělení	Chirurgické oddělení	Neurologické oddělení	Oddělení následné péče	Ve zdravotnickém zařízení
Vyplněno	4	3	2	5	14
Nevyplněno	0	0	0	0	0
Vyplněno částečně	1	2	3	0	6

Graf č.2 Vyplnění ošetřovatelské anamnézy



Komentář:

Na interním oddělení byla ošetřovatelská anamnéza vyplněna čtyřikrát správně = 80% a jedenkrát částečně = 20%. Na chirurgickém oddělení byla anamnéza správně vyplněna ze 60% = 3, a ze 40 % pouze částečně. Na neurologickém oddělení byla správně vyplněná anamnéza pouze ve 40% = 2, ze 60 % byla vyplněna pouze částečně. Na oddělení následné péče byla ošetřovatelská anamnéza vyplněna 100 % = 5 bodů.

Ve zdravotnickém zařízení byla ošetřovatelská anamnéza správně vyplněna v 70 % = 14 krát a pouze částečně v šesti případech = 30%.

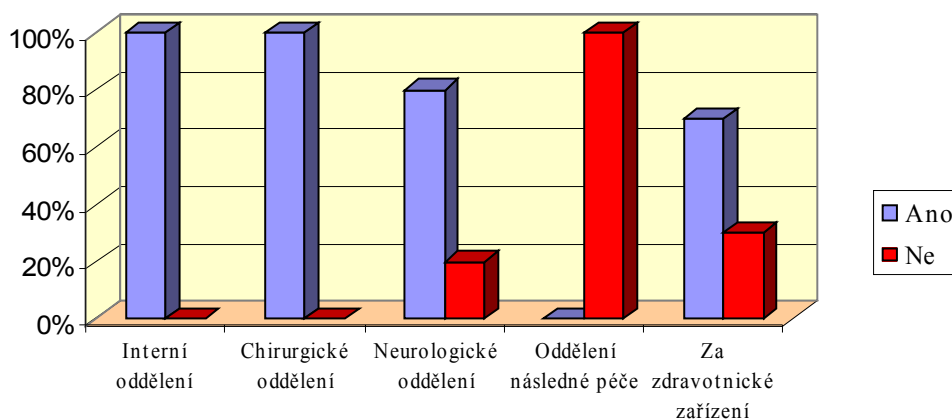
Třetí kritérium bylo zaměřeno na to zda „ **Byl na základě ošetřovatelské anamnézy stanoven Ošetřovatelský plán ?**“. Byla použita metoda kontroly dokumentace.

Cílem bylo zjištění zda jsou na základě ošetřovatelských anamnéz Ošetřovatelské plány.

Tabulka č. 3 Stanovení ošetřovatelského plánu

	Interní oddělení	Chirurgické oddělení	Neurologické oddělení	Oddělení následné péče	Ve zdravotnickém zařízení
Ano	5	5	4	0	14
Ne	0	0	1	5	6

Graf č.3 Stanovení ošetřovatelského plánu



Komentář:

Na interním oddělení byl ošetřovatelský plán stanoven v všech pěti případech = 100%. Na chirurgickém oddělení byl ošetřovatelský plán stanoven také v pěti možných případech = 100%. Na neurologickém oddělení byl ošetřovatelský plán stanoven ve čtyřech případech = 80% a v jednom případě stanoven nebyl = 20%. Na oddělení následné péče nebyl ošetřovatelský plán stanoven ani v jednom případě = ve 100%.

Celkově byl ve zdravotnickém zařízení ošetřovatelský plán stanoven ve čtrnácti případech = 70 % a stanoven nebyl v šesti případech = 30 %.

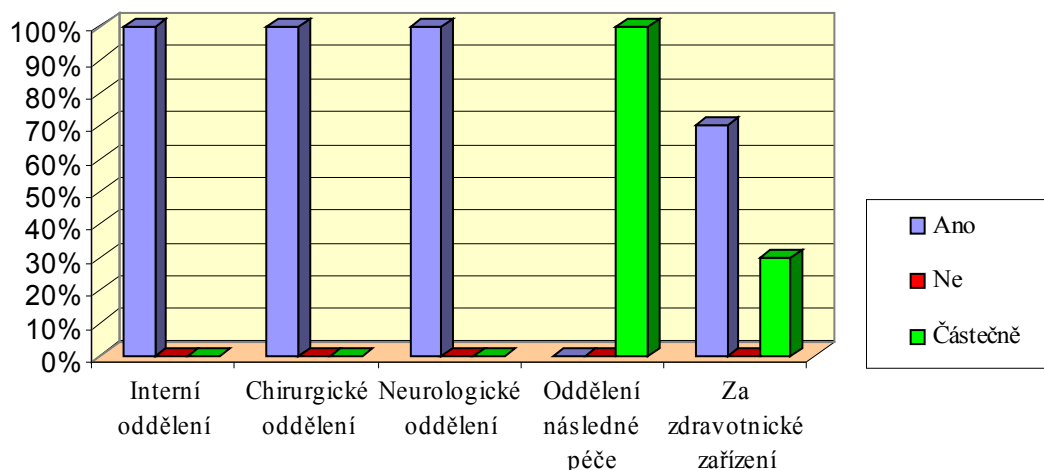
Čtvrté kritérium interního auditu znělo zda „ **Je na základě Ošetřovatelského plánu veden chronologicky Záznam vývoje stavu pacienta ?** “

Použita byla metoda kontroly dokumentace. Cílem byla kontrola vedení tohoto záznamu.

Tabulka č.4 Vedení Záznamu vývoje stavu pacienta

	Interní oddělení	Chirurgické oddělení	Neurologické oddělení	Oddělení následné péče	Ve zdravotnickém zařízení
Ano	5	5	4	0	14
Ne	0	0	0	0	0
Částečně	0	0	1	5	6

Graf č.4 Vedení Záznamu vývoje stavu pacienta



Komentář:

Na interním oddělení byl záznam vývoje stavu pacienta veden ve všech pěti možných případech = 100%. Na chirurgickém oddělení byl tento záznam veden také ve všech pěti možných případech = 100%. Na neurologickém oddělení byl Záznam vývoje stavu pacienta veden v pěti možných případech = 100%. Na oddělení následné péče byl tento záznam veden ve všech pěti případech pouze částečně = 100%.

Celkově ve zdravotnickém zařízení byl Záznam vývoje stavu pacienta veden ve 14 případech = 70% a částečně v šesti případech = 30%. Možnost „ne“ se nevyskytla.

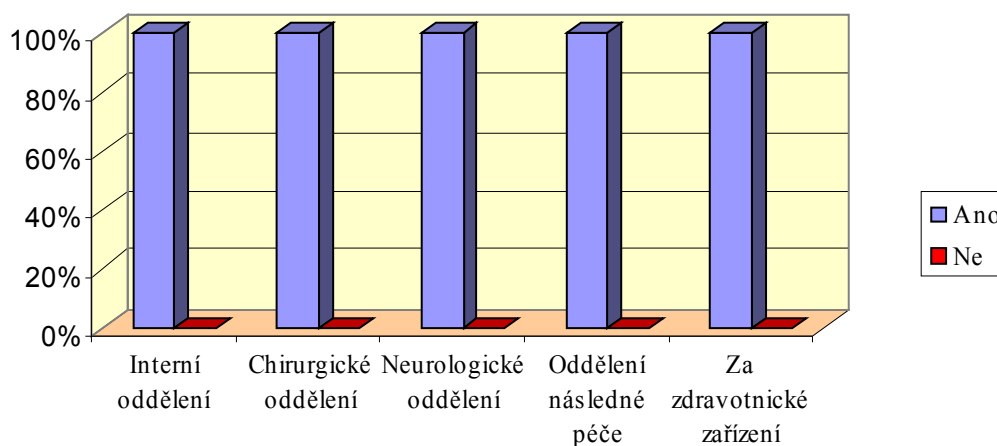
Páté kritérium mělo zjistit zda „ **Jsou veškeré záznamy v ošetrovatelské dokumentaci čitelné?** “

Byla použita metoda kontroly dokumentace.

Tabulka č.5 Čitelnost záznamů

	Interní oddělení	Chirurgické oddělení	Neurologické oddělení	Oddělení následné péče	Ve zdravotnickém zařízení
Ano	5	5	5	5	20
Ne	0	0	0	0	0

Graf č.5 Čitelnost záznamů



Komentář:

Na interním oddělení byly veškeré záznamy v ošetrovatelské dokumentaci vedeny čitelně ve všech pěti možných případech = 100%. Na chirurgickém oddělení byly záznamy v ošetrovatelské dokumentaci vedeny čitelně také ve všech pěti možných případech = 100%. Na neurologickém oddělení byly záznamy v ošetrovatelské dokumentaci vedeny čitelně také ve všech pěti možných případech = 100%. Na oddělení následné péče byly záznamy v ošetrovatelské dokumentaci vedeny čitelně ve všech pěti možných případech = 100%.

Celkově ve zdravotnickém zařízení byl byly záznamy v ošetrovatelské dokumentaci vedeny čitelně ve 20 případech = 100 %. Možnost „ne“ se nevyskytla.

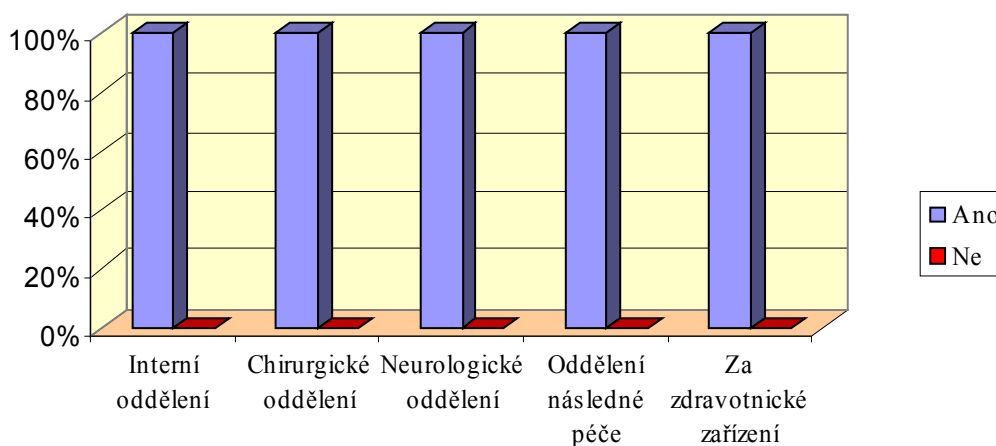
Šesté kritérium mělo zjistit zda „ Jsou veškeré záznamy v ošetrovatelské dokumentaci označené datem? “

Jako metoda byla použita kontrola dokumentace.

Tabulka č. 6 Označení zápisů datem

	Interní oddělení	Chirurgické oddělení	Neurologické oddělení	Oddělení následné péče	Ve zdravotnickém zařízení
Ano	5	5	5	5	20
Ne	0	0	0	0	0

Graf č.6 Označení zápisů datem



Komentář:

Na interním oddělení byly veškeré záznamy v ošetrovatelské dokumentaci označeny datem ve všech pěti možných případech = 100%. Na chirurgickém oddělení byly záznamy v ošetrovatelské dokumentaci označeny datem také ve všech pěti možných případech = 100%. Na neurologickém oddělení byly záznamy v ošetrovatelské dokumentaci označeny datem také ve všech pěti možných případech = 100%. Na oddělení následné péče byly záznamy v ošetrovatelské dokumentaci označeny datem ve všech pěti možných případech = 100%.

Celkově ve zdravotnickém zařízení byl byly záznamy v ošetrovatelské dokumentaci označeny datem ve 20 případech = 100 %. Možnost „ne“ se nevyskytla.

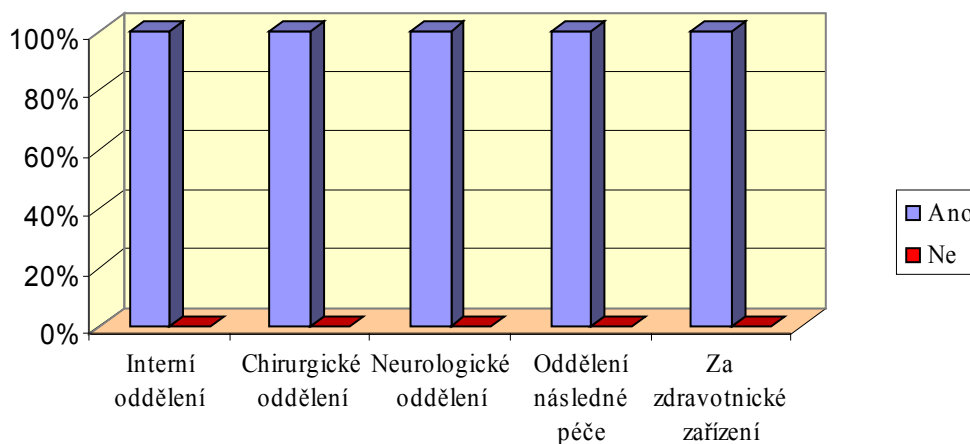
Sedmé kritérium mělo zjistit zda „ Jsou veškeré záznamy v ošetrovatelské dokumentaci parafovány sestrou, nebo dalším oprávněným pracovníkem dle podpisového vzoru? “

Opět byla použita metoda kontroly dokumentace.

Tabulka č. 7 Označení zápisů parafovou

	Interní oddělení	Chirurgické oddělení	Neurologické oddělení	Oddělení následné péče	Ve zdravotnickém zařízení
Ano	5	5	5	5	20
Ne	0	0	0	0	0

Graf č.7 Označení zápisů parafovou



Komentář:

Na interním oddělení byly veškeré záznamy v ošetrovatelské dokumentaci parafovány dle podpisového vzoru ve všech pěti možných případech = 100%. Na chirurgickém oddělení byly záznamy v ošetrovatelské dokumentaci parafovány dle podpisového vzoru ve všech pěti možných případech = 100%. Na neurologickém oddělení byly záznamy v ošetrovatelské dokumentaci parafovány dle podpisového vzoru také ve všech pěti možných případech = 100%. Na oddělení následné péče byly záznamy v ošetrovatelské dokumentaci parafovány dle podpisového vzoru ve všech pěti možných případech = 100%.

Celkově ve zdravotnickém zařízení byly záznamy v ošetrovatelské dokumentaci parafovány dle podpisového vzoru ve 20 případech = 100 %.

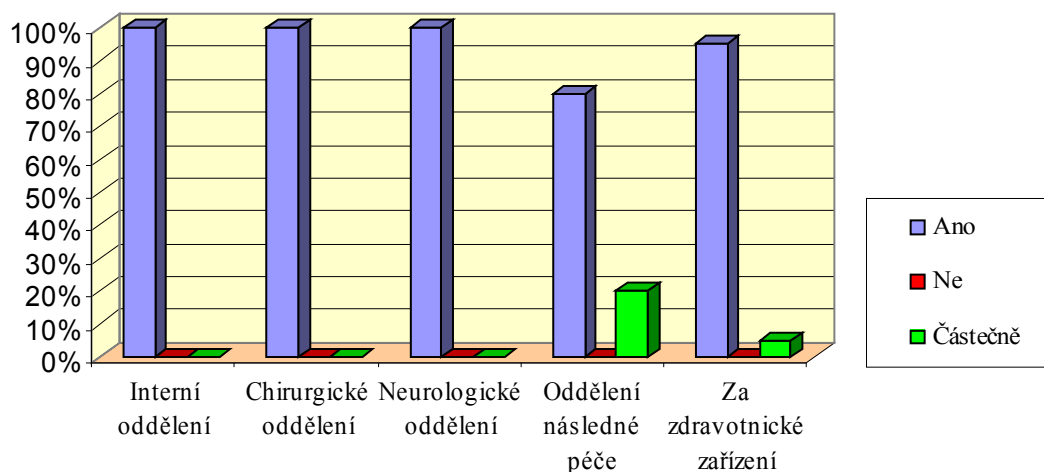
Osmé kritérium mělo zjistit zda „ **Je každý formulář ošetrovatelské dokumentace řádně označen identifikačními údaji pacienta ?** “

Opět byla použita metoda kontroly dokumentace.

Tabulka č.8 Označení formulářů identifikačními údaji pacienta

	Interní oddělení	Chirurgické oddělení	Neurologické oddělení	Oddělení následné péče	Ve zdravotnickém zařízení
Ano	5	5	5	4	19
Ne	0	0	0	0	0
Částečně	0	0	0	1	1

Graf č.8 Označení formulářů identifikačními údaji pacienta



Komentář:

Na interním oddělení byly veškeré formuláře ošetrovatelské dokumentace označeny identifikačními údaji pacienta ve všech pěti možných případech = 100%. Na chirurgickém oddělení byly formuláře ošetrovatelské dokumentace označeny identifikačními údaji pacienta ve všech pěti možných případech = 100%. Na neurologickém oddělení byly formuláře ošetrovatelské dokumentace označeny identifikačními údaji pacienta také ve všech pěti možných případech = 100%. Na oddělení následné péče byly formuláře ošetrovatelské dokumentace označeny identifikačními údaji pacienta ve čtyřech případech = 80% a v jednom případě byly formuláře označeny pouze částečně = 20%

Celkově ve zdravotnickém zařízení byly formuláře ošetrovatelské dokumentace označeny identifikačními údaji pacienta v 19 případech = 95 % a v jednom případě byly označeny částečně = 5%.

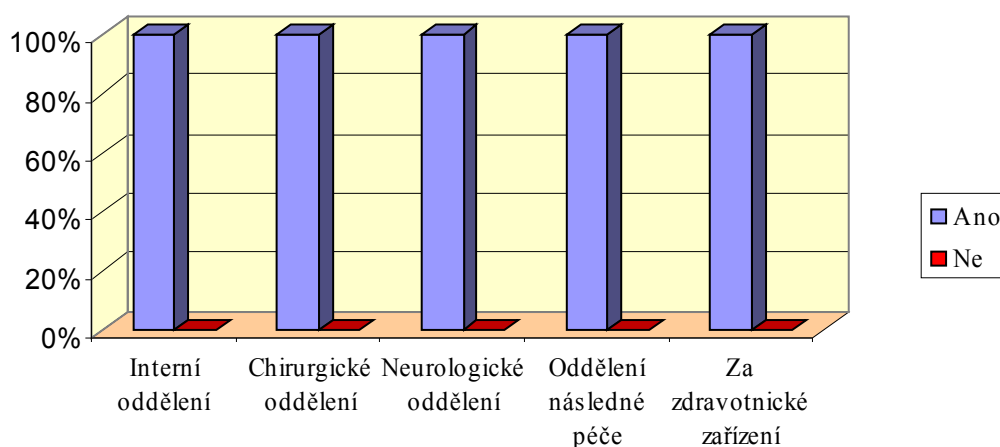
Deváté kritérium mělo zjistit zda „**Jsou důležité informace značeny barevně ?**“

Opět byla použita metoda kontroly dokumentace.

Tabulka č.9 Označení důležitých informací barevně

	Interní oddělení	Chirurgické oddělení	Neurologické oddělení	Oddělení následné péče	Ve zdravotnickém zařízení
Ano	5	5	5	5	20
Ne	0	0	0	0	0

Graf č.9 Označení důležitých informací barevně



Komentář:

Na interním oddělení byly veškeré důležité informace značeny barevně ve všech pěti možných případech = 100%. Na chirurgickém oddělení byly důležité informace značeny barevně ve všech pěti možných případech = 100%. Na neurologickém oddělení byly důležité informace značeny barevně také ve všech pěti možných případech = 100%. Na oddělení následné péče byly důležité informace značeny barevně ve všech pěti možných případech = 100%.

Celkově ve zdravotnickém zařízení byly důležité informace značeny barevně ve všech 20 možnostech = 100 %. Možnost „ne“ se nevyskytla.

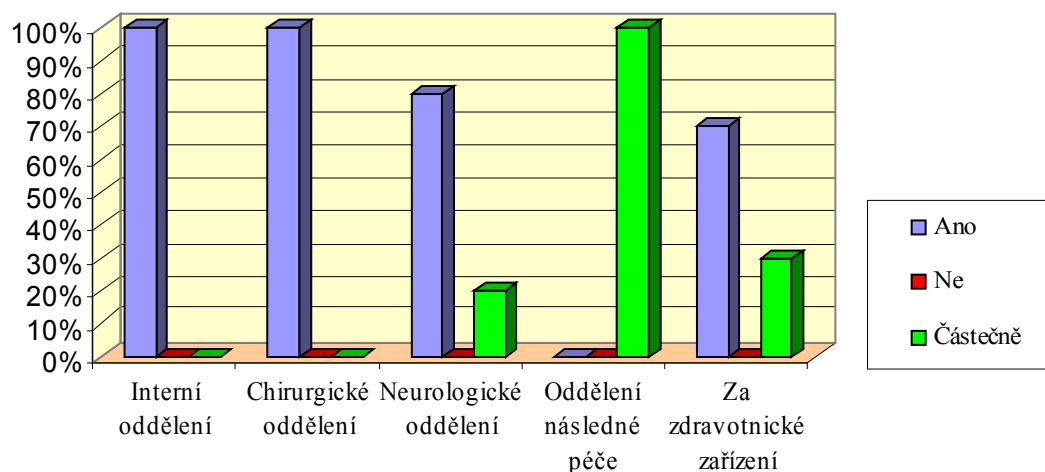
Kontrolní kritérium číslo deset zjišťovalo zda „ **Obsahuje chorobopis všechny předepsané složky ošetrovatelské dokumentace?** “

Použita byla metoda kontroly dokumentace.

Tabulka č.10 Přítomnost všech složek ošetrovatelské dokumentace

	Interní oddělení	Chirurgické oddělení	Neurologické oddělení	Oddělení následné péče	Ve zdravotnickém zařízení
Ano	5	5	4	0	14
Ne	0	0	0	0	0
Částečně	0	0	1	5	6

Graf č.10 Přítomnost všech složek ošetrovatelské dokumentace



Komentář:

Na interním oddělení byly v chorobopise přítomny všechny složky ošetrovatelské dokumentace ve všech pěti možných případech = 100%. Na chirurgickém oddělení byly v chorobopise přítomny všechny složky ošetrovatelské dokumentace ve všech pěti možných případech = 100%. Na neurologickém oddělení byly v chorobopise přítomny všechny složky ošetrovatelské dokumentace ve čtyřech případech = 80% V jednom případě byly formuláře ošetrovatelské dokumentace přítomny pouze částečně = 20%. Na oddělení následné péče byly v chorobopise přítomny všechny složky ošetrovatelské dokumentace ve všech pěti možných případech pouze částečně = 100%.

Celkově ve zdravotnickém zařízení byly přítomny v chorobopise všechny složky ošetrovatelské dokumentace ve 14 případech = 70 %. V šesti případech byly formuláře ošetrovatelské dokumentace vedeny pouze částečně = 30%.

5.1 Výsledek interního auditu, opatření

Zhodnocením celkového splnění kritérií interního auditu v Nemocnici Chrudim byly zjištěny tyto skutečnosti:

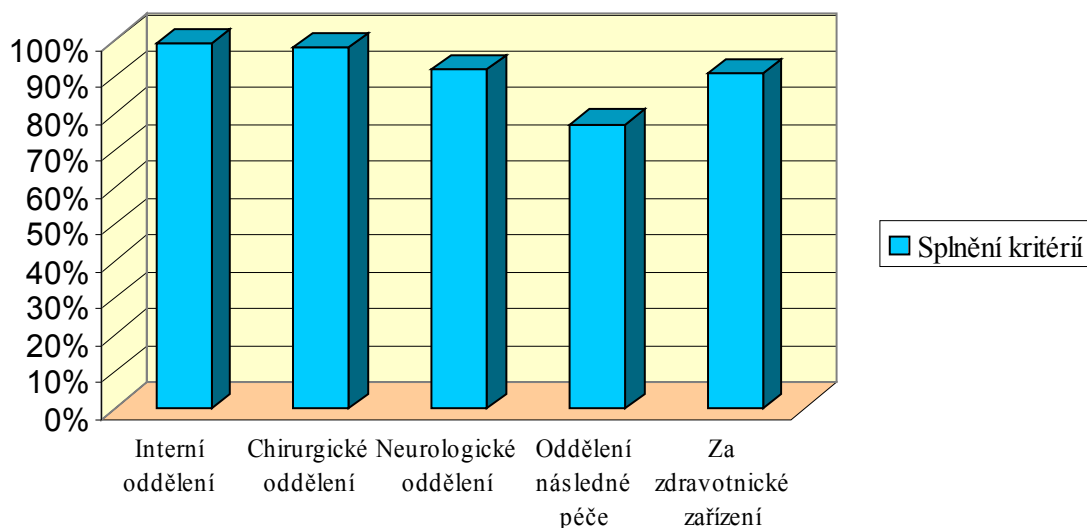
Jednotlivá oddělení mohla kritéria interního auditu naplnit 50 body, což znamenalo 100 % úspěšnost. Do 40 bodů = 80% byla kritéria auditu splněna, případných 39 bodů a méně = 79% a méně, znamenalo nesplnění kritérií interního auditu zaměřeného na Vedení ošetrovatelské dokumentace.

Za zdravotnické zařízení bylo možné dosáhnout maximálně 200 bodů, což by znamenalo 100 % = úspěšnost.

Tabulka č.11 Splnění kritérií auditu

Splnění kritérií	Interní oddělení	Chirurgické oddělení	Neurologické oddělení	Oddělení následné péče	Ve zdravotnickém zařízení
	49,5	49	46	38,5	183

Graf č.11 Splnění kritérií auditu



Komentář:

Interní oddělení splnilo tato kritéria 49,5 body z 50 možných = 99 %, chirurgické oddělení splnilo kritéria 49 body z 50 možných = 98 %, neurologické oddělení splnilo kritéria 46 body z 50 možných = 92 % a oddělení následné péče kritéria interního auditu splnilo pouze 38,5 body z 50 možných = 77 %, čímž kritéria interního auditu toto oddělení nesplnilo a je třeba nápravných opatření.

Celkově ve zdravotnickém zařízení byla kritéria auditu splněna 183 body ze 200 možných = 91,5 %.

Z tohoto vyplývá, že jak jednotlivá oddělení, tak i ve zdravotnickém zařízení jako celku byly splněny kritéria interního auditu Vedení ošetrovatelské dokumentace, proto nejsou potřebná zásadní nápravná opatření.

DISKUZE

V teoretické části této práce jsem se zaměřila na problematiku zavádění ošetrovatelské dokumentace do praxe. Dále její následné vedení v souladu s platnými právními předpisy, kdy legislativa v tomto případě bývá velmi nedostatečná.

Před provedením vnitřního auditu zaměřeného na vedení ošetrovatelské dokumentace, jsem zastávala názor, že tato dokumentace není v Nemocnici Chrudim vedena úplně dobře a dostatečně.

K provedení vnitřního auditu bylo stanoveno 10 auditních kritérií pro každý chorobopis.

Prvním kritériem bylo zda je na každém kontrolovaném oddělení přítomna platná směrnice Vztahující se k vedení dokumentace. Výsledek byl takový, že na všech kontrolovaných odděleních přítomna byla. Vzhledem k přípravě našeho zdravotnického zařízení na akreditaci a platné vyhlášce č.385/2006, o vedení zdravotnické dokumentace, bude tato směrnice v nejbližší době aktualizována.

Druhé kritérium bylo zaměřeno na vyplnění Ošetrovatelské anamnézy do 24 hodin od přijetí pacienta na oddělení. Součástí naší ošetrovatelské anamnézy jsou i ošetrovatelské hodnotící tabulky, jako například Barthelův test základních všedních činností, Hodnotící tabulka dle Nortonové a další, které nebyly v několika případech vyplněné. Na interním oddělení byla ošetrovatelská anamnéza vyplněna správně v 80% a ve 20% pouze částečně (nebyly vyplněny ošetrovatelské hodnotící tabulky). Na chirurgickém oddělení byla anamnéza správně vyplněna ze 60% a ze 40% pouze částečně (opět nebyly vyplněny ošetrovatelské hodnotící tabulky). Na neurologickém oddělení byla správně vyplněná anamnéza pouze ve 40%, ze 60 % byla vyplněna pouze částečně. Na oddělení následné péče byla ošetrovatelská anamnéza vyplněna vždy a kompletně.

Ve zdravotnickém zařízení byla ošetrovatelská anamnéza správně vyplněna v 70 % a částečně ve 30%.

Ve třetím kritériu jsem chtěla zjistit zda je na základě vyplněné ošetrovatelské diagnózy stanoven Ošetrovatelský plán. Na interním oddělení byl ošetrovatelský plán stanoven v všech případech = 100%. Na chirurgickém oddělení byl ošetrovatelský plán stanoven také ve 100%. Na neurologickém oddělení byl ošetrovatelský plán stanoven v

80% a ve 20% stanoven nebyl . Na oddělení následné péče nebyl ošetřovatelský plán stanoven ani v jednom případě.

Celkově byl ve zdravotnickém zařízení ošetřovatelský plán stanoven v 70% a stanoven nebyl ve 30%.

Ve čtvrtém kritériu jsem se chtěla dozvědět zda je po stanovení ošetřovatelského plánu veden chronologicky Záznam vývoje stavu pacienta. Zde jsem dostala stejné výsledky jako u třetího kritéria, což se jeví jako logické.

Pátým až devátým kritériem jsem kontrolovala všeobecné podmínky vedení dokumentace. Tato kritéria byla na všech odděleních obhájena vždy 100% což pro mne bylo příjemně překvapující.

Desáté kritérium kontrolovalo přítomnost všech složek ošetřovatelské dokumentace v uzavřeném chorobopise. Výsledek tohoto kritéria se logicky odvíjel od 3 a 4 kritéria. To znamená, že na interním oddělení byly v chorobopise přítomny všechny složky ošetřovatelské dokumentace ve 100%. Na chirurgickém oddělení byly v chorobopise přítomny všechny složky ošetřovatelské dokumentace také ve 100%. Na neurologickém oddělení byly v chorobopise přítomny všechny složky ošetřovatelské dokumentace v 80%. V jednom chorobopise byly formuláře ošetřovatelské dokumentace přítomny pouze částečně = 20%. Na oddělení následné péče byly v chorobopise přítomny všechny složky ošetřovatelské dokumentace ve všech případech pouze částečně = 100%.

Celkově ve zdravotnickém zařízení byly přítomny v chorobopise všechny složky ošetřovatelské dokumentace ve 14 případech = 70 %. V šesti případech byly formuláře ošetřovatelské dokumentace vedeny pouze částečně = 30%.

Lze říci, že ve vedení ošetřovatelské dokumentace byly shledány nedostatky pouze na oddělení následné péče, kde bylo nařízeno zavedení ošetřovatelských diagnóz.

Avšak jako nápravné opatření pro celou nemocnici doporučuji důslednější kontrolu vedení ošetřovatelské dokumentace na jednotlivých odděleních ze strany staničních, vrchních sester, ale v neposlední řadě i náměstkyně pro ošetřovatelskou péči.

ZÁVĚR

V teoretické části této práce jsem snažila definovat základní významy a pojmy zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace a nutnost vedení těchto dokumentací v souladu s platnou legislativou. Současně jsem se zamýšlela nad problematikou zavádění ošetrovatelské dokumentace do praxe a jejího dalšího správného vedení.

V části empirické, kde jsem vyhodnotila provedený interní audit zaměřený na vedení ošetrovatelské dokumentace, jsem došla překvapivě ke zjištění, že ošetrovatelská dokumentace na standardních odděleních v Nemocnici Chrudim je zavedena do praxe celkem bez větších nedostatků. Hlavní nedostatky co byly při interním auditu shledány se týkaly neúplného vyplňování Ošetrovatelské anamnézy a poté v návaznosti nedostatečně či vůbec nebyl stanovený ošetrovatelský plán. Je pravdou, že ošetrovatelská diagnostika není v praxi příliš chápána jako přínos pro ošetrovatelskou péči a sestry ji berou jako přítěž.

Pokud budu brát na zřetel, že nová ošetrovatelská dokumentace, vyhovující stávající legislativě, ale i potřebám stávajícího ošetrovatelství, byla v této nemocnici zavedena ke konci roku 2005, tak je tato dokumentace vedena celkem dobře. Avšak také jsem učinila závěr pro sebe, že vrchní a staniční sestry jednotlivých oddělení, by měly věnovat vedení této dokumentace větší pozornost. Pokud by existovala důkladná kontrola z jejich strany, tak jsem přesvědčená, že výsledky auditu mohly být ještě lepší.

Myslím, že sjednocení dokumentace na standardních odděleních je úspěchem. Byla nalezena taková varianta, která všem vyhovuje. Na ARO a JIP se sjednocení úplně nepodařilo pro rozlišnost ošetrovatelské problematiky daných oddělení, ale úspěchem je jistě zavedení adekvátní ošetrovatelské dokumentace i zde.

Jelikož se Nemocnice Chrudim připravuje od února 2007 k akreditaci, tak jsem přesvědčená, že ošetrovatelská dokumentace bude jistě dále zdokonalována. V únoru 2007 jsem se také stala členkou Rady kvality, která vznikla v souvislosti s přípravou na akreditaci, tak mohou některé změny týkající se ošetrovatelské dokumentace ovlivnit. Po proběhlém auditu jsme našli malé nedostatky, které budeme řešit konkrétními úpravami v ošetrovatelské dokumentaci.

Aby byla ošetrovatelská dokumentace dobře vedena a personál ji vnímal jako svou ochranu a hlavně nástroj pro zkvalitnění ošetrovatelské péče je důležité, aby ti kdo s touto dokumentací pochopili její význam. K pochopení nutnosti ošetrovatelské

dokumentace je zapotřebí mít dostatek znalostí o ošetrovatelském procesu a jeho uplatnění v praxi. Proto je jistě nedílnou součástí ošetrovatelské profese další kontinuální vzdělávání v tomto oboru, neboť ošetrovatelství je dynamický obor, který se na základě výzkumu neustále zdokonaluje.

ANOTACE

Autor:	Gabriela Medunová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici
Vedoucí práce:	Mgr. Ivana Vašátková
Počet stran:	70
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	zdravotnická dokumentace, ošetrovatelský proces, ošetrovatelská dokumentace, kvalita ošetrovatelské péče, audit

Bakalářská práce pojednává o problematice zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace. Podrobněji jsou zde popsána úskalí zavádění ošetrovatelské dokumentace do praxe, její vedení a následné kontroly. Poukazuje na dnešní situaci ošetrovatelské dokumentace v návaznosti na praxi a platnou legislativu.

Empirickou část této práce tvoří průzkumné šetření formou interního auditu v Nemocnici Chrudim, které je zaměřené na vedení ošetrovatelské dokumentace. Interní audit byl proveden na standardních odděleních neurologie, chirurgie, interny a oddělení následné péče.

Bachelor's thesis is discussing about problem with medical and nursing documentatation. There are skretch in problems with implemting of nursing documentation to practise, their administration and next checking. It refer to about today's situation of nursing documentation in connections with practise and valid legislative.

The empirical part of thesis to make test investigation by internal audit in Hospital Chrudim, which is specialize in administration of nursing documentation. Internal audit was made at standard wards neurology, surgery, internal and ward of resulting care.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

Monografie:

- 1 ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: Nukleus HK, 2003. 104s. ISBN 80-86225-33-X
- 2 DOENGES, M. E., MORHOUSE M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568s. ISBN 80-247-0242-8
- 3 KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 392s. ISBN 80-247-0278-9
- 4 MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006.264s. ISBN80-247-1399-3
- 5 MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství. Systémový přístup. I.díl*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 187s. ISBN 80-246-0429-9
- 6 MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství. Systémový přístup. II.díl*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 187s. ISBN 80-246-0428-0
- 7 STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1998. 50s. ISBN 80-7013-263-9
- 8 STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 1999. 49s. ISBN 80-7013-282-5
- 9 STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999. 66s. ISBN 80-7013-283-3
- 10 STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, 1997. 193s. ISBN 80-7184-243-5

- 11 STAŇKOVÁ, M., BLÁHA, K., VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *České ošetrovatelství 13: Sestra a pacient. Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II.* 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 67s. ISBN 80-7013-388-0
- 12** SPRINGHOUSE PUBLISHING COMPANY STAFF. *Mastering documentation.* Pennsylvania: Springhouse Corporation, 1995. 418s. ISBN 0-87434-749-1
- 13 SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Lemon* 1.1.vyd. Přel. Heřmanová, J., Staňková, M. Brno: IDVPZ, 1996. 184s. ISBN 80-7013-234-5
- 14 ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIC, K. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 274s. ISBN 80-246-0477-9
- 15 ŠKLRLOVI, P. a M. *Kreativní ošetrovatelský management.* 1.vyd. Praha: Advent Orion s.r.o., 2003. 496s. ISBN 80-7172-841-1
- 16 VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *České ošetrovatelství 12: Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I.* 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2003. 74s. ISBN 80-7013-376-7
- 17 VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 72s. ISBN 80-247-0704-7
- 18 VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 68s. ISBN 80-2478-1919-3
- 19 VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry.* Praha: Grada Publishing, 2005. 100s. ISBN 80-247-1198-2
- 20 VONDRÁČEK, L., BOUŠKA, I. *Základy zdravotnického práva.* Praha: Karolinum, 2004. 85s. ISBN 80-246-0882-0

Články v periodických publikacích:

- 21 MÜLLEROVÁ, N. Sestra v roli auditorky. *Florence*. červenec – srpen 2006, roč.II, č. 7-8, s. 27 – 29.
- 22 VONDRÁČEK, J. Ošetrovatelská dokumentace a odpovědnost. *Florence*. květen 2006, roč. II. č. 5, s. 48.

Podpůrný učební text ke kurzu:

- 23 FRANKOVÁ, G. *Příprava auditorů jakosti (kurz pro Sdružení fakultních nemocnic)*. Ostrava: Dům techniky Ostrava, spol. s.r.o., Regionální centrum jakosti, 2005.23s

Elektronické zdroje:

- 24 ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Vedení ošetrovatelské dokumentace*. [online]. říjen 2002 [cit. 2006-20-11].
Dostupné z http://www.cna.cz/vedeni_dokumentace.php
- 25 MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV. *Ošetrovatelská péče v MOÚ*. [online].15.11.2006 [cit. 2006-20-11].
Dostupné z http://www.mou.cz/mou/section_show.jps?901/917
- 26 SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J., JURÁSKOVÁ, D., CHARVÁTOVÁ, P., DICARA,V. *Jednoduchý audit ošetrovatelské dokumentace. Srovnání dvou fakultních nemocnic*. [online]. Florence, leden 2006 [cit. 2006-28-12].
Dostupné z <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=41>
- 27 SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J., FISCHEROVÁ, F.,PODSTATOVÁ, R., ZAPLETALOVÁ, J. *Zdravotnická dokumentace a audit ve FNO*. [online]. 7.3.2006 [cit. 2006-28-12] Dostupné z <http://www.cskz.cz/studijniden.htm>

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Dostupnost směrnice na oddělení.....	30
Tabulka č. 2	Vyplnění ošetrovatelské anamnézy.....	31
Tabulka č. 3	Stanovení ošetrovatelského plánu.....	32
Tabulka č. 4	Vedení Záznamu vývoje stavu pacienta.....	33
Tabulka č. 5	Čitelnost záznamů.....	34
Tabulka č. 6	Označení zápisů datem.....	35
Tabulka č. 7	Označení zápisů parafou.....	36
Tabulka č. 8	Označení formulářů identifikačními údaji pacienta.....	37
Tabulka č. 9	Označení důležitých informací barevně.....	38
Tabulka č. 10	Přítomnost všech složek ošetrovatelské dokumentace.....	39
Tabulka č. 11	Splnění kritérií auditu.....	40

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Dostupnost směrnice na oddělení.....	30
Graf č. 2	Vyplnění ošetřovatelské anamnézy.....	31
Graf č. 3	Stanovení ošetřovatelského plánu.....	32
Graf č. 4	Vedení Záznamu vývoje stavu pacienta.....	33
Graf č. 5	Čitelnost záznamů.....	34
Graf č. 6	Označení zápisů datem.....	35
Graf č. 7	Označení zápisů parafou.....	36
Graf č. 8	Označení formulářů identifikačními údaji pacienta.....	37
Graf č. 9	Označení důležitých informací barevně.....	38
Graf č. 10	Přítomnost všech složek ošetřovatelské dokumentace.....	39
Graf č. 11	Splnění kritérií auditu.....	40

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č.1** Souhlas ředitele Nemocnice Chrudim s prezentací závěrů provedeného interního auditu v této práci
- Příloha č. 2** Auditní protokol
- Příloha č. 3** Kritéria interního auditu Vedení ošetrovatelské dokumentace
- Příloha č. 4** Protokol o neshodě
- Příloha č. 5** Směrnice ředitele č.4/2006 – Zásady vedení zdravotnické dokumentace v Nemocnici Chrudim
- Příloha č. 6** Ukázka ošetrovatelské dokumentace používané na standardních odděleních v Nemocnici Chrudim
- Ošetrovatelská anamnéza
 - Plán ošetrovatelské péče, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče
 - Ošetrovatelská překladová zpráva
 - Edukační záznam
 - Hodnocení bolesti
 - Plán péče o dekubity a jiné kožní defekty

Pozn.: Příloha č.6 – Ukázka ošetrovatelské dokumentace je dostupná pouze v originále písemné formy této práce.

Příloha č. 1

ředitel Nemocnice Chrudim
MUDr. Vojtěch Němeček

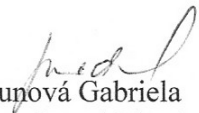
V Chrudimi dne 18.10.2006

Vážený pane řediteli,

jsem studentkou 4. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzity Karlovy v Praze. Jednou z podmínek ukončení tohoto studia je napsání bakalářské práce. Já jsem se rozhodla věnovat tématu ošetrovatelské dokumentace. Aby tato práce byla přínosem nejen pro mne, ale i pro zdravotnické zařízení ve kterém pracuji, rozhodla jsem se na základě vnitřní směrnice a připravovaného standardního ošetrovatelského postupu o dokumentaci provést ve spolupráci s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Mgr.Vackovou audit ošetrovatelské dokumentace na standardních odděleních chirurgie, interny, neurologie a následné péče.

Tímto Vás žádám o povolení provedení tohoto auditu a zároveň zveřejnění výsledků a závěrů v rámci své bakalářské práce. Věřím, že tímto přispěji k dalšímu rozvoji a zdokonalení ošetrovatelské dokumentace, což by mělo mít vliv i na kvalitu poskytované péče v Nemocnici Chrudim.

Za kladné vyřízení mé žádosti předem děkuji


Medunová Gabriela
vrchní sestra chirurgického oddělení

sochla' - s p'omoc' auditu pro p'at'ij
baka'lo'isk'ho pracu

20. 10. 06



Příloha č. 2



Zpráva o provedení interního auditu		Identifikační číslo: 1/2007
Předmět interního auditu: Vedení ošetrovatelské dokumentace		
Kontrolované oddělení:		
Vrchní sestra kontrolovaného oddělení:		
Datum, čas zahájení auditu:	Datum , čas ukončení auditu:	
Audit provedl(jméno):		
Auditu přítomni: za kontrolované oddělení:		
Podklady pro audit: 5 uzavřených chorobopisů náhodně vybraných z roku 2007		
Kritéria auditu: Dle tabulky kritérií interního auditu.		
Závěry auditu:		
Vyhotoven protokol o neshodě:	ANO	NE
Diskutované otázky zjištěné při auditu:		
Doporučení ke zlepšení:		
Stanovisko vrchní sestry prověřovaného oddělení:		
..... datum oddělení podpis auditora podpis v.s. prověřovaného

Metoda	Oddelení:	Kontrolní kritéria	č. dokumentácie		č. dokumentácie		č. dokumentácie		č. dokumentácie		č. dokumentácie	
			Ano 1 bod	Ne 0 bodů	Ano 1 bod	Ne 0 bodů	Ano 1 bod	Ne 0 bodů	Ano 1 bod	Ne 0 bodů	Ano 1 bod	Ne 0 bodů
Dotazem		1. Je na oddelení k dispozícii dostupná platná smernice na vedení dokumentácie ?										
Kontrola dokumentácie		2. Byla vyplněna Ošetrovateľská anamnéza do 24 hodín od prijati pacienta ?										
Kontrola Dokumentácie		3. Byl na základě vstupní anamnézy stanoven Ošetrovateľský plán ?										
Kontrola dokumentácie		4. Je na základě Ošetrovateľského plánu veden chronologicky Záznam vývoje stavu pacienta?										
Kontrola dokumentácie		5. Jsou veškeré záznamy v ošetrovateľskej dokumentaci - čítelné?										
		6. - označené datem ?										
		7. - parafovaný s sestrou, event ďalším oprávneným pracovníkem dle podpisového vzoru ?										
Kontrola dokumentácie		8. Je každý formulář ošetrovateľskej dokumentácie řádně označen identifikačními údaji pacienta ?										
Kontrola dokumentácie		9. Jsou důležité informace značeny barevně (opiaty, alergie, komplikace...)?										
Kontrola dokumentácie		10. Obsahuje chorobopis všechny potřebné složky ošetrovateľskej dokumentácie ?										
Celkem za oddelení:			součet bodů:									

Maximální možný počet bodů pro jeden chorobopis je 10.

Maximální možný počet bodů pro prověřované oddelení je 50.

Hodnocení:

50 bodů = 100%

40 bodů = 80% - kritéria auditu splněna

39 a méně bodů = 79% a méně - kritéria auditu nesplněna – nutná nápravná opatření !

Příloha č.4

Protokol o neshodě interního auditu		Identifikační číslo:
Předmět interního auditu:		
Kontrolované oddělení:		
Vrchní sestra kontrolovaného oddělení:		
Datum, čas zahájení auditu:		Datum, čas ukončení auditu:
Popis zjištěné neshody:		
..... datum podpis auditora: podpis vrchní sestry kontrolovaného oddělení
Okamžité opatření: Zajistí (jméno): Termín splnění:		
Návrh opatření:		
Zajistí (jméno): Termín splnění:		
..... datum podpis auditora podpis v.s. kontrolovaného oddělení
Zpráva o odstranění neshody:		
..... datum podpis v.s. kontrolovaného oddělení	





Směrnice ředitele č. 4/2006

Zásady vedení zdravotnické dokumentace v Nemocnici Chrudim

Obsah :

- 1. Lékařská dokumentace pacientů včetně veškerých příloh*
- 2. Ošetrovatelská dokumentace pacientů*

<i>Platnost</i>	1.1.2006	<i>Zpracovatel</i>	<i>Náměstek ředitele pro zdravotní péči</i> <i>Náměstek ředitele pro ošetrovatelskou péči</i>
<i>Aktualizace</i>	1x za rok	Za aktualizaci zodpovídá - Lékařská část - Ošetrovatelská část	<i>Náměstek ředitele pro zdravotní péči</i> <i>Náměstek ředitele pro ošetrovatelskou péči</i>
<i>Schválil</i>	MUDr. Vojtěch Němeček, v.r.		

Předmět úpravy:

Směrnice stanovuje závazný postup při vedení zdravotnické dokumentace v Nemocnici Chrudim a při jejím ukládání na odděleních.

Zdravotnickou dokumentací se rozumí:

- 1. Lékařská dokumentace pacientů včetně veškerých příloh**
- 2. Ošetrovatelská dokumentace pacientů**

Náležitosti zdravotnické dokumentace:

- Zdravotnická dokumentace se zakládá ihned při přijetí pacienta, nejpozději však do 24 hodin po jeho přijetí.
- Každý list zdravotnické dokumentace musí být čitelně označen minimálně názvem pracoviště, jménem, příjmením a rodným číslem pacienta, (alternativně předtištěným štítkem s těmito údaji). Veškeré záznamy do zdravotnické dokumentace musí být přesné, výstižné a jednoznačně srozumitelné. Provádějí se čitelně, zásadně českým jazykem. Ve zdravotnické dokumentaci je zakázáno používat zkratky, žargonu, vulgarit, vzkazů osobního charakteru či komentářů k pacientově osobě, pokud tyto nemají vztah ke stanovení diagnózy nebo léčby. Z každého zápisu provedeného ve zdravotnické dokumentaci musí být jednoznačně prokazatelné údaje o času, datu a osobě, která zápis provedla. Shoda časových údajů platí i pro související dokumentaci (např. čas úmrtí v dekurzu a v úmrtním listě). Pokud je záznam přeškrtnut, musí zůstat původní zápis čitelný.
- Bez ohledu na to, co je dále stanoveno o obsahových náležitostech záznamů ve zdravotnické dokumentaci, musí každý záznam o provedeném zdravotnickém výkonu obsahovat také veškeré údaje prokazující, že byl ten který zdravotní výkon podle aktuálního seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami skutečně proveden.
- S ošetrovatelskou dokumentací pracují a záznamy do ní provádějí všichni pracovníci na úseku ošetrovatelské péče (sestry, fyzioterapeuti, dietní sestry, sociální pracovníci, nižší zdravotnický personál).

I. Lékařská dokumentace:

1. Chorobopis

Chorobopis hospitalizovaného pacienta musí vždy kromě základních údajů o adrese, zdravotní pojišťovně, ošetřujícím lékaři, rodinných příslušnících a zaměstnavateli obsahovat následující informace: osobní data, důvod přijetí pacienta, rodinnou a osobní anamnézu (u žen gynekologickou), včetně anamnézy farmakologické, pracovní a sociální. Dále nynější onemocnění, údaje o zjištěných alergiích pacienta, krvácivých projevech, předchozích operacích. V případě pozitivity se u všech pacientů uvede, zda se léčí pro diabetes mellitus I. nebo II. typu, tuberkulózu či sexuálně přenosná onemocnění. Dále se uvede komplexní fyzikální vyšetření odpovídající aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta a příslušné specializaci – rozsah stanoví standard daného oddělení. Vždy se uvedou údaje o hmotnosti, výšce, aktuálních hodnotách krevního tlaku, tepové frekvenci a tělesné teplotě. Rozsah vstupního vyšetření musí odpovídat komplexnímu vyšetření příslušné odbornosti. Závěr přijetí vždy obsahuje příjmovou diagnózu, popřípadě diferenciatně diagnostickou rozvahu. Na základě anamnestických údajů a dosud provedených vyšetření je v chorobopisu do 24 hodin stanoven plán dalších diagnostických, terapeutických, preventivních, případně sociálních opatření. Stanovený plán včetně plánování propuštění u pacientů, kteří nemají v domácím prostředí péči zajištěnu se průběžně doplňuje, mění a hodnotí na základě aktuálního zdravotního stavu pacienta.

2. Dekurz

Dekurz hospitalizovaného pacienta musí každodenně obsahovat následující záznamy: datum, pořadový den pobytu, kategorii pacienta, předpis stravy pro daný den, údaje o subjektivních potížích pacienta, objektivní nález týkající se současného onemocnění pacienta a jeho případných komplikací, veškerou předepsanou léčbu. Ze zápisu medikace musí být jednoznačně patrné, který lék je příslušný den podáván, nově nasazen či vysazen. Při podávání antibiotik a cytostatik se dny podávání těchto léčiv označují pořadovými čísly. Do dekurzu se dále bez zbytečného odkladu zaznamenávají veškeré údaje o změně zdravotního stavu pacienta v průběhu dne. Každý takový záznam o změně stavu je označen časovým údajem a čitelně podepsán lékařem (je připojena identifikace razítkem, hůlkovým písmem nebo dle podpisového vzoru).

Záznamy lékaře v dekurzech pacientů oddělení následné péče se provádějí nejméně 1x denně.

K provádění základní rehabilitační léčby musí dekurz obsahovat ordinaci ošetřujícího lékaře. V případě specializované péče ordinaci rehabilitačního lékaře.

Dekurz hospitalizovaných pacientů obsahuje minimálně 1x týdně výstižně zapsanou epikrízu, jejíž součástí je vždy uvedení důvodu hospitalizace a stručný

diagnostický a terapeutický program. Epikrízu zapisuje ošetřující lékař. Primáři jednotlivých oddělení stanoví vnitřním předpisem den, kdy se u všech hospitalizovaných pacientů epikrízy zapíší.

Pokud je u neklidných pacientů na základě indikace ošetřujícího lékaře nutno volit farmakologické zklidnění, či technickou imobilizaci, je třeba o tomto postupu učinit záznam do dekurzu s uvedením časového údaje, indikace a formy imobilizace. Další záznam se provede po ukončení imobilizace – vždy se uvede, zda během ní nedošlo ke komplikacím, i minimálním – např. exkoriace.

3. **Propouštěcí zpráva**

Propouštěcí zpráva se vyhotovuje při propuštění pacienta z nemocničního ošetřování a musí vždy obsahovat minimálně následující údaje: jméno a příjmení pacienta, rodné číslo, označení pacientovy zdravotní pojišťovny, bydliště pacienta, označení příslušného pracoviště Nemocnice Chrudim na kterém byl před propuštěním hospitalizován, datum počátku a ukončení hospitalizace, veškeré anamnestické údaje zjištěné při přijetí, event. doplněné o informace získané během hospitalizace. Popis nynějšího onemocnění se zaměřením na důvod přijetí k hospitalizaci, status presens při přijetí pacienta, výsledky provedených laboratorních, zobrazovacích a konsiliárních vyšetření. U operovaných datum, název a popis operačního výkonu. Epikritické shrnutí průběhu hospitalizace včetně přehledu medikace významné pro návaznou péči. Propouštěcí diagnózu/y, doporučení dalšího léčebného postupu a medikace. Datum zpracování a údaj o tom, komu byla zpráva odeslána či předána. Propouštěcí zprávu podepisuje lékař, který ji vyhotovuje (ošetřující lékař) a parafuje primář oddělení. Propouštěcí zpráva se vydá pacientovi nebo se odesílá praktickému lékaři pacienta, případně jinému lékaři, který pacienta ošetřuje. Při pochybnostech, zda pacientovi vydat propouštěcí zprávu (např. sdělení závažného zdravotnického závěru) se vydá předběžná zpráva a podrobná zpráva se odešle poštou. Pokud ze závažných důvodů nelze vyhotovit propouštěcí zprávu při propuštění pacienta, zpracuje ošetřující lékař předběžnou propouštěcí zprávu, kde uvede jméno a příjmení pacienta, rodné číslo, adresu, označení pracoviště na kterém byl pacient naposledy hospitalizován, datum přijetí a propuštění pacienta, stručnou epikrízu. Diagnózu/y při propuštění a doporučení dalšího postupu včetně terapie. Předběžnou propouštěcí zprávu vyhotovuje ošetřující lékař. Není-li při propuštění k dispozici definitivní propouštěcí zpráva, musí být vyhotovena a odeslána nejpozději do 10 dnů po propuštění. Pokud ani v tomto termínu nejsou k dispozici některé informace, učiní o tom ošetřující lékař do zprávy záznam a výsledky vyšetření sdělí praktickému lékaři pacienta ihned po jejich obdržení.

4. **List o prohlídce zemřelého**

List o prohlídce mrtvého vystavuje na příslušném, stejnojmenném formuláři, ohledávající lékař zemřelého. List o prohlídce mrtvého se vyhotovuje v 5. výtiscích ihned poté, co byla lékařem konstatována smrt. 4 kopie se posílají při převozu společně s tělem zemřelého na patologické oddělení. 5. kopie se zakládá v chorobopise. Pokud je požadována pitva, vyplní ohledávající lékař Průvodní list k pitvě. Vždy přiložit výstižnou epikrízu.

5. **Záznam provedených zdravotních výkonů**

Záznam výkonů (rubová strana „hlášení hospitalizace“) je součástí chorobopisu hospitalizovaných pacientů. Do tohoto listu (NZIS 002-6) se zaznamenávají všechny zdravotní výkony, které je možno vůči zdravotní pojišťovně dle platných předpisů uplatnit, a které byly pacientovi během hospitalizace skutečně provedeny. Za správnost zdravotních výkonů zodpovídá ošetřující lékař.

6. Pitevni protokol

Pitevni protokol vypracovává pitvající lékař ihned po provedené pitvě a zpracování odebraného materiálu, nejpozději do 1 měsíce. Schvaluje jej primář oddělení. Pitevni protokol musí vždy obsahovat minimálně tyto údaje: název oddělení, jméno, příjmení a rodné číslo pacienta, klinickou a pitevni diagnózu. Součástí pitevniho protokolu je zpráva klinického lékaře k pitvě (epikríza), kopie Listu o prohlídce mrtvého, podrobný pitevni nález (v českém jazyce), výsledky histologického vyšetření, případně jiných laboratorních vyšetření, eventuelně výsledek bioptických vyšetření získaných za života pacienta. Součástí pitevniho protokolu je i informace o přítomnosti kliniků při pitvě. Po ukončení všech potřebných laboratorních vyšetření je vypracována pitevni diagnóza, případně posudek a pitevni protokol je po schválení primářem zakládán do archivu oddělení. Pitevni diagnóza (zpracovaná v latině) je po schválení primářem odesílána na oddělení úmrtí pacienta a případně na vyžádání dalším zařízením. Jeden výtisk je zakládán spolu s pitevním protokolem v archivu patologického oddělení.

II. Ošetřovatelská dokumentace

0. Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza musí vždy obsahovat základní údaje o nemocném, které jsou nezbytně nutné pro zahájení léčebné a ošetřovatelské péče, pro stanovení ošetřovatelské diagnózy (problému), cíle a plánování ošetřovatelských činností (stav vědomí, zhodnocení soběstačnosti a pohybové aktivity pacienta, jeho schopnosti komunikace, psychického stavu, vyprazdňování, stavu kůže, výskytu alergií, kvality spánku, přítomnosti bolesti, informace o dietních a běžných návycích a potřebách, sociálních podmínkách). Popřípadě další informace potřebné pro řádnou ošetřovatelskou péči.

Anamnézu odebírá a zpracovává příjmová skupinová sestra.

Součástí ošetřovatelské anamnézy je „Poučení a souhlas s hospitalizací“. Zde pacienta seznámíme s domácím řádem nemocnice, s právy a povinnostmi během léčení, s možností uložení věcí a cenností a dalšími informacemi souvisejícími se zvyklostmi nemocnice.

1. Plán ošetrovatelské péče

Plán ošetrovatelské péče tvoří následující záznamy:

Ošetrovatelský problém (diagnóza) - není lékařskou diagnózou. Ošetrovatelská diagnóza určuje, do jaké míry nemoc zasahuje do života pacienta, jak mění jeho soběstačnost, jaké problémy a trápení mu přináší. Diagnózu, kterou jsme u pacienta určili zaškrtneme. Datum jejího počátku a ukončení zapíšeme do příslušného sloupce.

Cíl péče – musí být jasný a srozumitelný pro sestry i pro pacienta. Cíl vyjadřuje žádoucí tělesný, psychický, či sociální stav pacienta a míru jeho dosažení. Stanovené cíle tvoří základ pro pozdější hodnocení účinnosti poskytnuté péče.

Plán ošetrovatelské péče – zaznamenává se srozumitelně pro personál a je stanovován reálně s potřebami nemocného. Problém je ukončen v souladu se zlepšením a stabilizací zdravotního stavu pacienta.

Realizace ošetrovatelského plánu – všechny aktivity ošetrovatelského personálu naplánované pro pacienta (hygienická péče, výživa, pohybová aktivizace, ošetrovatelské výkony – podávání léků, péče o katétry, péče o rány, příprava k výkonům, edukaci a další výkony dle odbornosti), se zaznamenávají pod datem provedení. Do ošetrovatelského plánu mohou vpisovat i NZP, ale zodpovědnost nese vždy skupinová sestra

Hodnocení plánu péče – hodnotí se úspěšnost ošetrovatelských aktivit daných pro denní a noční službu. Zdůrazňuje se jen to nejdůležitější, tzn. co je obsaženo v realizaci ošetrovatelského plánu. Diagnózu v hodnocení již neopakujeme. Nesmí chybět podpis sestry, zodpovědné za provedené výkony v příslušné směně.

2. Ošetrovatelská překládová zpráva

Zakládá se dvojmo u každého překládaného pacienta. Originál doprovází pacienta, kopie zůstává v dokumentaci.

3. Doklad o osobních věcech nemocného

Zakládá se u pacientů s jakoukoli poruchou vědomí a u pacientů, u kterých usoudíme, že si nejsou schopni ručit za věci a cennosti. Formulář se pečlivě vyplní soupisem věcí a cenností. Šatní skříň s uloženými věcmi se uzamkne a klíč se uloží na chráněné místo dle zvyklosti oddělení. Uložení cenností upravuje příslušná směrnice. Při překládání pacienta se originál „Dokladu o osobních věcech nemocného“ předává spolu s překládovou ošetrovatelskou zprávou.

4. List cenností

Zakládá se u zemřelých, obsahuje seznam veškerých cenností se kterými byl převezen na oddělení patologické anatomie. Originál se předává, kopie zůstává v dokumentaci. Doklad musí být bezpodmínečně podepsán sepisující osobou a dalším svědkem.

5. Plán péče o dekubity a jiné kožní defekty

Zakládá se každému pacientovi, u kterého došlo k poruše kožní integrity. Součástí plánu je přesné zdokumentování rozsahu postižení (fotografie či popis) a čas jeho zjištění. Jednoznačně musí být popsán stav při přijetí, překlada a propuštění.

6. Edukační záznam

Zakládá se u pacientů vyžadujících edukaci. Zápis provádí všichni zdravotničtí pracovníci oprávnění k edukaci témat uvedených v záhlaví formuláře. Zápis o edukaci se provádí minimálně v úvodu hospitalizace, při změně a před propuštěním. Edukaci stvrzuje pacient a edukující čitelným podpisem. Všechny pokyny doplňujeme dle možnosti vysvětlením, demonstracemi, videozáznamy či písemnými materiály. Míru pochopení pacienta zhodnotíme požádáním o zopakování informací vlastními slovy, nebo provedení zpětné demonstrace. Propouštějící sestra vždy vyplní rubovou část formuláře – „Propuštění“.

7. Hodnocení bolesti

Záznam sledování a kontroly bolesti se zakládá u pacientů trpících chronickou bolestí. Minimální doba sledování a záznamu bolesti je 3 dny.

8. Akutní karta

Zakládá se u pacientů, vyžadujících intenzivní sledování fyziologických funkcí.

9. Hlášení mimořádné události

Zakládá se vždy, stane-li se některá z událostí uvedených v záhlaví formuláře.

10. Sociálně zdravotní záznam

Zpracovává sociální pracovnice na žádost oddělení.

11. Transfuzní přípravky

Zakládá se u pacientů, kterým je podáván krevní derivát.

12. Záznam o anestezii

Zakládá se na operačním sále a doprovází pacienta na dospávací pokoj.