

**Univerzita Karlova v Praze  
Farmaceutická fakulta v Hradci Králové  
Katedra sociální a klinické farmacie**

**Zdravotnická dokumentace - ožehavé téma  
současnosti**

**Bakalářská práce**

Vedoucí Bakalářské práce: Doc. PhDr. František Dohnal, CSc.

Hradec Králové 2010  
Jana Lovásová

Prohlášení: Prohlašuji, že předložená práce je mým autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Použitou literaturu uvádím v seznamu literatury.

Hradec Králové 16. 2. 2010  
Jana Lovásová

Poděkování. Chtěla bych poděkovat Doc. PhDr. Františkovi Dohnalovi, CSc. a Mgr. Olze Hasákové za ochotu, trpělivost, povzbuzování, připomínky a cenné rady, které mi poskytli při psaní mé bakalářské práce.

## Obsah

Úvod.....	6
Část první.....	7
<b>1. Zdravotnická dokumentace.....</b>	<b>7</b>
1.1. Obsah zdravotnické dokumentace obecně.....	7
1.2. Dokumentace v KHN a.s. vždy obsahuje:.....	8
1.3. Účel zdravotnické dokumentace.....	9
1.3.1. Doplnující informace ve zdravotnické dokumentaci.....	9
1.4. Forma zdravotnické dokumentace.....	10
1.4.1. Vedení zdravotnické dokumentace v Karvinské hornické nemocnici a.s./KHN a.s./.....	10
<b>2. Zásady správného vedení zdravotnické dokumentace.....</b>	<b>10</b>
2.1. Pravdivost záznamů.....	10
2.2. Nečitelnost.....	11
2.3. Správná čeština v záznamech.....	11
2.4. Věcnost záznamů.....	11
2.5. Srozumitelnost záznamů.....	12
2.6. Doplnování dokumentace.....	12
2.6.1. V dokumentaci naopak být nesmí.....	12
2.7. Autorizace záznamů.....	12
2.8. Správná medicínská terminologie.....	12
2.9. Nepoužívat slangové výrazy.....	13
2.9.1. Nepoužívat vulgarismy.....	13
2.10. Dokumentace v češtině.....	13
2.11. Nepoužívat záznamy subjektivních pocitů sestry.....	13
<b>3. Fotodokumentace.....</b>	<b>14</b>
<b>4. Kontrola dokumentace.....</b>	<b>14</b>
4.1. Odpovědnost za dokumentaci.....	15
<b>5. Součástí zdravotnické dokumentace vedené v KHN.a.s. jsou:.....</b>	<b>15</b>
<b>6. Pacient a ošetrovatelská dokumentace.....</b>	<b>15</b>
6.1. Práva pacienta a zdravotnická dokumentace v KHN a.s.....	16
6.1.1. Zdravotnická dokumentace v KHN a.s.....	17
<b>7. Nahlížení do dokumentace.....</b>	<b>17</b>
<b>8. Dokumentace při přijetí pacienta.....</b>	<b>18</b>
8.1. Uspořádání zdravotnické dokumentace na lůžkových odděleních KHN.a.s.....	19
<b>9. Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků a dokumentace.....</b>	<b>20</b>
<b>10. Archivace a skartace zdravotnické dokumentace.....</b>	<b>21</b>
<b>11. Ochrana dat.....</b>	<b>21</b>
<b>12. Zásady vedení dokumentace v laboratoři.....</b>	<b>22</b>
<b>13. Ústní požadavky.....</b>	<b>23</b>
<b>14. Statimová vyšetření.....</b>	<b>23</b>
<b>15. Příjem vzorků.....</b>	<b>23</b>
<b>16. Značení vzorků.....</b>	<b>23</b>
<b>17. Hlášení výsledků telefonem.....</b>	<b>24</b>
<b>18. Výdej výsledků pacientovi.....</b>	<b>24</b>

Část druhá.....	25
19. <b>Zpracování dotazníkové studie</b> .....	25
20. <b>Diskuze</b> .....	36
21. <b>Závěr</b> .....	38
22. <b>Dodatky</b> .....	40
23. <b>Použité prameny a použitá literatura</b> .....	58

## Úvod:

Teoreticky se může zdát téma zdravotnické dokumentace jako velmi obyčejné, či spíš nezajímavé a nudné. Co se dá pokazit na vyplnění dekurzu, nebo žádance na vyšetření? Teoreticky vůbec nic, ale v praxi dochází k tolika chybám a nedostatkům, že jsem se rozhodla toto téma využít k napsání mé bakalářské práce. Protože v dnešní době existuje spousta zařízení, která nejsou státní, ale akciové společnosti, neexistuje jednotná forma vedení, resp. předpis, který by nařizoval všem poskytovatelům zdravotní péče stejnou formu vedení zdravotnické dokumentace, takže každý ústav má tedy svoje vlastní předpisy, kterými se řídí.

Vedení zdravotnické dokumentace je v současné době nezbytnou součástí péče o nemocného. Musí mít vlastnosti jako přehlednost, srozumitelnost, čitelnost. Toto byly aspekty, kterými jsem se zabývala. Neměla jsem ani v úmyslu nijak moralizovat, ani kritizovat, protože sama sobě jsem největším nepřítelem, ale chtěla jsem poukázat na klady a zápory této problematiky. Nechtěla jsem se zaměřit cíleně jen na jednu otázku, například názor na informovaný souhlas, ale skutečně jsem chtěla vědět, jak moc jsou zdravotníci a běžní občané edukováni v různých okruzích této problematiky. Záměrně jsem si však vybrala témata, jako jsou dodržování povinné mlčenlivosti, obsahu zdravotnické dokumentace, předávání informací, protože tam vidím ještě mezery, byť mají nemocnice, zvláště akreditované, dobře zpracované materiály, ale pracovníkům chybí potřebné vysvětlení proč a k čemu vlastně slouží. Použila jsem zde hlavně zkušenosti z praxe, ale nevěnovala jsem se dalším otázkám jako je například financování a problematika informovaného souhlasu. Hlavní funkcí zdravotnické dokumentace je být pravdivým ukazatelem kvalitní péče o pacienta v daném zdravotnickém zařízení a to od doby přijetí, až po propuštění. Podle kvalitně vedené dokumentace se také odráží úroveň celého zdravotnického zařízení a je cenným pomocníkem např. při forenzních záležitostech.

Nicméně základní povinnosti zdravotnických pracovníků jsou stanoveny stále ještě v zákoně č.20/1966 Sb., který zdaleka neodpovídá dnešním požadavkům a i přes četné novelizace stále není dokonalý. Přesto tvoří nosný program zdravotnického práva a je třeba jej respektovat.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit úroveň znalostí ohledně zdravotnické dokumentace od odborné a laické veřejnosti. Dílčím cílem mé práce pak je, abych pod zorným úhlem svých pracovních, ale i životních zkušeností přispěla skromným dílem k ujednocení přístupů a způsobů práce se zdravotnickou dokumentací.

No a jak dopadl můj průzkum do světa vědění o této problematice? Výsledek byl velmi pestrý, některé odpovědi mě překvapily, jiné nikoli, výsledky jsou uveřejněny ve 2. části mé práce.

# Část první

## 1 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace je soubor informací zdravotnického a nezdravotnického charakteru získaných o konkrétní osobě v souvislosti se zdravotnickým posuzováním jejího fyzického, či duševního stavu.

### Obsah zdravotnické dokumentace obecně.

Zákon 20/1966/ve znění zák. č.260/2001Sb/definuje zdravotnickou dokumentaci tím, že nepřímou vymezuje obsah zdravotnické dokumentace. V ust. §67b ods.2 se uvádí, že Zdravotnická dokumentace obsahuje:

- a) osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci a zjištění anamnézy,
- b) informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem a s postupem poskytování zdravotní péče,
- c) veškeré údaje jsou v dekurzu, přílohách, které jsou podkladem pro skutečnosti uváděné v dekurzu.

Od chvíle, kdy je pacient přijat do péče, lékař zaznamená aktuální zdravotní stav a sestaví profil pacienta:

- podle přímého klinického vyšetření pacienta,
- výpověď pacienta o svém zdravotním stavu, nemocech aj.
- zkontroluje jiné záznamy, zprávy,
- dodá výsledky klinických a laboratorních vyšetření.

Zápis musí být veden **průkazně, pravdivě, čitelně**, průběžně doplňován, musí obsahovat datum zápisu, podpis osoby, která zápis provedla. Pokud je nutná oprava, provede se nový zápis, včetně identifikace osoby, která opravu provedla.(1)

Bohužel, v dnešní době neexistuje předpis, který by striktně určil jednotnou formu vedení zdravotnické dokumentace, takže každý poskytovatel nemocniční péče má dokumentaci svou, která je přizpůsobena na jeho zaměření, včetně specifických, požadavků a podle představ vedoucích pracovníků. Ráda bych věřila, že u zdravotnické dokumentace je u všech snaha o maximální jednoduchost, přehlednost, posloupnost, snadnou dostupnost, ale obávám se, že jsem moc velkým optimistou. Někdy snaha být nejlepší, vede k úplně jiným výsledkům a dokumentace je velmi nepřehledná, výsledky nesnadno dohledatelné atd. Karvinská hornická nemocnice a s. (dále jen KHN) má dokumentaci vedenou velmi dobrou formou a já bych si dovolila Vás s ní seznámit.

Je vedená dle zákonných norem, které stanovují, aby každá samostatná část zdravotnické dokumentace ať je to laboratorní výsledek, EKG záznam, laboratorní vyšetření, rtg snímek obsahoval vždy osobní údaje identifikující

pacienta (jméno, příjmení, rodné číslo, kód pojišťovny) a velmi je důležité označení zdravotnického zařízení, které dokumentaci vystavilo.

Nemocnice také pečlivě dodržuje okruh osob, které jsou oprávněny do zdravotnické dokumentace **zapisovat**:

- lékaři, zdravotničtí pracovníci (nelékaři) v zaměstnaneckém poměru v KHN,
- stážisté, kteří musí mít s naším ústavem smlouvu, ve které KHN.a.s. umožní provádění zápisů do zdravotnické dokumentace,
- studenti lékařských fakult, jejichž záznam musí parafovat lékař, který je za odborné vedení medika odpovědný,
- studenti zdravotnických škol nelékařských profesí, jakýkoli jejich záznam musí být podepsán skupinovou, nebo směnnou sestrou.

Pokud si však pacient/klient/nepřeje, aby do dokumentace nahlížel kdokoli z výše uvedených, je toto přání respektováno a staniční sestra přidělí medikům, nebo studentům jiného pacienta, který svolí s nahlížením do svých záznamů. Veškerá dokumentace je uložena v uzamykatelných skříňkách, aby nedošlo ke zneužití informací. Bohužel jsem nikde nezjistila, co se děje se zvědavým personálem. Tady se obávám, ani uzamykatelné skříňky nepomohou, pokud nebude personál nejen dostatečně poučen o svých pravomocích, ale i o možnosti potrestání při nedodržení povinné mlčenlivosti.

## **Dokumentace v KHN a.s. vždy obsahuje:**

- název zdravotnického zařízení, sídlo, IČ, název oddělení a telefonní číslo zařízení,
- číslo pojištěnce, není-li tímto rodné číslo a kód zdravotní pojišťovny,
- jméno, příjmení, titul zdravotnického pracovníka, který provedl zápis do dokumentace,
- jméno a příjmení osoby, jíž lze sdělit informace o zdravotním stavu pacienta,
- datum provedení neodkladné péče, časový údaj poskytnutí, laboratorní výsledky atd.
- razítko zdravotnického zařízení na dokumentaci, která se předává pacientovi,
- v případě přijetí do zdravotnického zařízení se napíše datum a hodina přijetí, ukončení, přeložení či úmrtí pacienta,
- pokud poskytovatel zdravotní péče odmítne pacienta, anebo pacient zdravotnickou péči, píše se datum a časový údaj odmítnutí, důvod odmítnutí, sepíše se revers. Pokud jej pacient odmítá podepsat, musí být uveden podpis svědka o tom, že pacient odmítá ústavní péči,
- anamnestické údaje
- informace zjištěné o současném zdravotním stavu. (2)



## Účel zdravotnické dokumentace

Poskytuje informace pro ostatní subjekty v rámci kontinuity poskytované péče-laboratorní výsledky, propouštěcí zprávy (1)

- slouží také jako doklad, že zdravotní péče byla poskytována oprávněnou osobou a to správně a v souladu se stanovenými postupy lege artis (3)
- je to doklad pro účtování zdravotní péče, ať ji hradí pojišťovna, nebo sám pacient/klient/ (3),
- v neposlední řadě slouží jako podkladový materiál pro výzkum.
- Zde si dovoluji malou vsuvku v podobě názoru ohledně účelu: V dnešní době mají informace zásadní význam na trhu, tudíž i informace ohledně zdravotního stavu pacienta je velmi cenná, čímž se dá s určitou nadsázkou hovořit o jakési formě zboží a její ceně. V podstatě se s ní denně setkáváme v bulvárních plátcích, které nás velmi pilně zásobují informacemi o našich rádoby celebritách. Otázkou zůstává ovšem, jestli samy celebrity nevolají ohledně svého zdravotního stavu, neboť důležité je být viděn. No a o kom se mluví... Otázka etiky je v tomto bodě až na posledním místě.

### Doplňující informace ve zdravotnické dokumentaci

- a) pokud to vyžaduje stav pacienta další diagnosticko-terapeutickou rozvahu a návrh na další postup,
- b) předpokládanou diagnózu,
- c) záznam o poskytnutí, nebo předepsání léčiv, včetně množství, datum a podpis zodpovědného pracovníka, který lék **předepsal a podal**,
- d) záznam o vybavení pacienta léky,
- e) příkaz k transportu,
- f) záznam o ošetrovatelské péči, popis, průběh ošetřování,
- g) informovaný souhlas pacienta,
- h) hlášení soudu, pokud pacient není sám schopen vyjádřit souhlas s hospitalizací,
- i) **záznam o souhlasu pacienta s poskytováním údajů třetí osobě**, včetně poučení o pacientových právech, o právu nahlížení do zdravotnické dokumentace v přítomnosti zdravotnického pracovníka, dále právo pořídit si výpisy, opisy, nebo kopie dokumentace,
- j) **záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi s uvedením kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo**. Týká se to jiných zdravotnických pracovníků, kteří nejsou přímým poskytovatelem služeb,
- k) záznam o použití omezujících prostředků vůči pacientovi a **ohlášení této skutečnosti soudu**
- l) záznam o uznání dočasné pracovní neschopnosti.(2)

Velký význam má dokumentace v případě nazvaném STOPAŘ. Sleduje se tam hlavně časová shoda např. mezi překladem a přijetím vytipovaného pacienta. Hlavním účelem Stopaře je zajistit blaho pacienta, kdy se sleduje, zda časy, od

opuštění z původního oddělení a přijetí na další oddělení se shodují. Samozřejmě, že 5 minut není tragédie, ale pokud je časová diskrepance třeba půl hodiny, znamená to, že je něco v nepořádku a tak se pátrá, kde pacient byl. Zjistí se například, že byl na CT, kde mají od dotyčného pacienta dokumentaci o vyšetření, včetně času, takže v tomto směru se to nedá nijakým způsobem ošidit. Jiná situace ovšem nastává, pakliže zůstane pacient uvízlý ve výtahu. Nevím, je to snad mimořádná událost?

## Forma zdravotnické dokumentace

Předpis, striktně formu nařizující neexistuje. Ovšem Etický kodex ČLK uvádí, že je lékař povinen vést a řádně uchovávat dokumentaci, písemnou, nebo jinou formou. "Může být vedena na nosičích ve formě textové, grafické, nebo audiovizuální. Pokud lékař užívá elektronickou podobu, může to být za podmíněk, že tam je elektronický podpis.(1)

**Zdravotnická dokumentace je Karvinské hornické nemocnici a.s.** vedena v listinné formě, obrazová dokumentace rtg pracoviště je vedena formou grafickou a audiovizuální na foliích a nosičích dat.(2)

## 2 Zásady správného vedení zdravotnické dokumentace

Aby zdravotnická dokumentace splnila svůj účel v rámci platných předpisů, musí být

- pravdivá,
- vždy opatřená datem, časem,
- vždy musí mít podpis a jmenovku,
- čitelná,
- srozumitelná, psaná v jazyce českém,
- jednoduchá,
- věcná,
- pravidelně doplňovaná,
- bez zbytečných zkratk,
- vždy dostupná,
- stručná

### Pravdivost záznamů

Pravdivost by měla být samozřejmostí, přesto se setkáváme s údaji, které neodpovídají skutečnosti.

Je třeba si uvědomit, že jeden nepravdivý záznam znehodnocuje celou dokumentaci.

Např.:

- záznamy o fyziologických funkcích TK, P a T jsou zaznamenány, i když

měření nebylo provedeno a sestra vycházela z údajů sdělených pacientem,

- zaznamenané anamnestické údaje neodpovídají skutečnosti, neboť nebyly získány od pacienta
- protože pracuji v laboratoři, zde bych si dovolila napsat o bodu o pravdivosti záznamů. Stává se velmi často, že z oddělení donesou materiál a žádanku na vyšetření a je tam nesouhlas jména pacienta na žádance se jménem na zkumavce. Takový materiál já nesmím přijmout, tudíž jim to vrátím, ale bohužel už nevidím, co se s tímto děje dál. Zda sestra dojde na oddělení, jen přelepí štítek na zkumavce, dušuje se, že to je ten správný pacient, ale já opravdu nevím, zda výsledky, které vydávám na oddělení jsou od správného pacienta.

## Nečitelnost

Nečitelnost je jednou z nejčastějších výtek uváděných soudními znalci při vypracování znaleckých posudků a výtek kontrolních orgánů s odůvodněním, že nečitelnost zejména ordinací vede k pochybením, jejichž následky mohou být pro pacienta velmi závažné. Viz výše mnou uvedená záměna jmen.

## Správná čeština v záznamech

Zde se jedná o oprávněný požadavek, aby záznamy ve zdravotnické dokumentaci byly správné po stránce jazykové a dokumentace vyhovovala i po stránce estetické. Bohužel převládá názor, že tento bod není až tak moc důležitý, ale já si myslím, že právě naopak. Vzhledem k tomu, že do dokumentace směřjí nahlížet např. právníci, nebo kontrolní orgány, tak si v tomto směru udělají obrázek o kvalitě poskytovatele péče. Znalost jazyka je jedním z předpokladů, že v dané nemocnici pracuje opravdu kvalifikovaný personál. Otázkou však zůstává, jak to je se sestrami, které k nám přicházejí pracovat z ciziny. V našem kraji máme velký příliv sester ze Slovenska, jejich jazyk je mi blízký, rozumím mu, ale ne všichni mají pochopení. Totéž platí pro polskou menšinu, která mluví svým jazykem všude. Akreditované nemocnice by měly mít všechny bez výjimky dokumentaci vedenou v češtině. A správně.

- *bolest má i eště pořád*
- *na stolici bila*

## Věcnost záznamů

Tento bod nám také ukazuje kvality pracovníka provádějícího zápis a je důležitý hlavně pro řešení třeba vzniklých komplikací.

V dokumentaci bývá věnována větší pozornost subjektivním obtížím, než objektivnímu stavu.

Hrubou chybou, která často provází záznamy sester o poškození kůže (dekubitů, spálenin) je, že není popsána velikost poškození, ani charakter poškození kůže (puchýř, zarudnutí).

- *„V horním středním quadrantu pravé hýždě je zarudnutá kůže o ploše 11x10cm, s prasklým puchýřem uprostřed o ploše 3x6cm“*

## Srozumitelnost záznamů

Tady je důležitá hlavně jednoznačnost zápisu, který nesmí mít několikery možný výklad. Je to dáno hlavně z časových důvodů, kdy my považujeme určitou situaci v určitou chvíli jako naprosto jasnou, tak jiné osoby to mohou pochopit jinak. Obvykle to bývá v náš neprospěch, proto se musíme snažit opravdu o maximální přesnost výkladu.

### **Příklad:**

- *Stehy? Stehy ex?? Zavolat sociálku?*

## Doplňování dokumentace

Záznamy musí být doplňovány podle toho, jak se poskytuje při poskytování péče. Důležité je to při poskytnutí urgentní péče, nebo při náhlém zhoršení zdravotního stavu. Je nepřijatelné doplňovat údaje, až nastane kritická situace, nebo se řeší stížnost. Takovýto záznam nemůže být brán jako relevantní.

### **V dokumentaci naopak být nesmí:**

- užívána nesprávná terminologie - melena místo hemateméze,
- užívány slangové výrazy - pacientka chce céčko,
- užívány vulgarizmy - poblil se,
- záznam psaný v jiném jazyce, než češtině - vyměnit vankúšik,
- subjektivní pocity sestry - asi špatně spal,
- neschválené zkratky.

## Autorizace záznamů

Každý záznam bývá autorizován buď razítkem s titulem a jménem sestry, ale je možný i podpis sestry hůlkovým písmem, samotná paraфа podpisu, nebo čitelný podpis nebývají akceptovány. V laboratoři při konečném vydávání výsledků jsou rovněž autorizováni všichni, kteří se na správnosti či nesprávnosti výsledku podíleli. Měl-li pacient vyšetření biochemické, hematologické, imunologické, jsou tam uvedena jména všech, kteří tento výsledek odsouhlasili a je tudíž vyloučeno, že by se někdo mohl vyvléct ze zodpovědnosti. Výsledky vyšetření se zakládají do dokumentace.

Např.:

- Bc. Nováková

## Správná medicínská terminologie

Rovněž používání správné medicínské terminologie je jedním z ukazatelů úrovně poskytovatelů odborné péče. Zde je rovněž na místě podotknout, že při nařčení sester z pochybení je velmi obtížná obhajoba, pakliže došlo např. k ublížení na zdraví.

Např.:

- bércový vřed na kůži nelze označit jako prasklou kůži na bérci,

## **Nepoužívat slangové výrazy**

Ačkoli se to nezdá, je to také jedna z důležitých připomínek, protože nesmíme zapomínat, že do dokumentace má právo nahlížet nejen lékař, zodpovědný pracovník, ale třeba pracovník SÚKL a používání slangových výrazů neodpovídá potřebné kvalitě nejen pracovníků, ale celého oddělení a věta, že transka dokapala bez reakce, není správnou formulací. Proto je nutné dbát na správnou češtinu.

Např.:

- Pacient injekci béčka odmítl a chce to v tabletách

## **Nepoužívat vulgarizmy**

Vulgarizmy v dokumentaci nemají místo a jsou oprávněně odmítány jak laiky, tak i odbornou veřejností a mohou být důvodem k volání sestry k odpovědnosti a to i v případě, že pacient je problémový. S tímto bodem naprosto souhlasím, protože vulgární výrazy tam opravdu nepatří, i když věřím, že sestra je také jen člověk a v dané chvíli si potřebuje ulevit.

Např.:

- poblil celou postel i mě

## **Dokumentace v češtině**

V dnešní době, kdy jsme členy EU a můžeme cestovat za prací a také i u nás zaměstnáváme cizince/bohužel už i Slováci jsou cizinci/, se může stát, že lékař nenapíše správný výraz v češtině a pacienti si stěžují, že danému výrazu nerozumějí. Pokud je zápis psaný rukou a ne moc čitelně, vznikají problémy.

Např.:

- pacient grgal,čapík odmietol

## **Nepoužívat záznamy subjektivních pocitů sestry**

Jak už jsem napsala ve výše uvedených bodech, dokumentace musí být vedena pravdivě, srozumitelně, takže jakési myslela jsem, zdálo se mi, je zcela nepřijatelné a nemá v dokumentaci své místo. Je to známka neodbornosti a nekompetence. Toto si v dnešní době nemůžeme dovolit.

Např.:

- Zdál se mi nepříjemný

## 3 Fotodokumentace

Fotodokumentace je druh vedení zdravotnické dokumentace, kterou platný předpis dovoluje a praxe bere na vědomí zejména proto, že má velkou vypovídací schopnost nejen pro kvalifikované zdravotníky, ale i pro laiky, což je jedna z výhod při obhajobě sester.

S výhodou se užívá fotodokumentace u dekubitů, kdy tento způsob ukazuje vývoj nebo úspěšné hojení dekubitů a objektivně dokládá kvalitu poskytované zdravotní péče.

Jako nutná se jeví u iatrogeních poškození vzniklých při poskytování ošetřovatelské péče, při vzniku nekrotizace kůže, po paravenózním podání léků, nebo po poranění kůže.

Fotodokumentace hematomů je nutná také při podezření na syndrom týraného dítěte, které je hlášeno policii ČR.

Pacient dává souhlas s fotodokumentací tím, že ji bez námitek strpí, popř. verbálně. Písemný souhlas není třeba, neboť s jiným způsobem vedení dokumentace pacient také písemný souhlas nedává a vedení dokumentace ukládá zákon.

Fotodokumentace má být prováděna za dodržení norem etiky a s ohledem na zdravotní stav pacienta.

Jako určitou formu fotodokumentace také považuji výsledky RTG vyšetření a tady bych si opět dovolila jeden příklad opět ze své vlastní zkušenosti. Možná si pracovníci neuvědomují, že každý člověk, který jde na určité vyšetření je ve stresu a je také víc svým způsobem víc citlivý na způsob podání informací. Takže když jsem šla pro výsledek magnetické rezonance, na můj dotaz, jak dopadla, jsem se dozvěděla „Mozek tam máte.“ Určitě to mysleli dobře, ale rozhodně mě v tu chvíli nepotěšili, protože, o existenci svého mozku vím, chápu, že nemohou podávat pacientovi informace, ale jsem přesvědčená, že to jde podat i jinak. Lépe, respektive citlivěji.

## 4 Kontrola dokumentace

Význam zdravotnické dokumentace dokládá oprávnění provádět pravidelně kontrolu zápisů do zdravotnické dokumentace a požadavek na odstranění zjištěných závad, popř. doporučit sankce, pokud se závady i po náležitém poučení opakují.

Kontrolu provádějí vedoucí zaměstnanci, které k tomu opravňuje jejich funkční zařazení a dále zaměstnanci, kteří jsou kontrolou dokumentace pověřeni.

Konkrétně staniční sestra má provádět kontrolu na svěřené stanici,

hlavní sestra (či manažer kvality) v celém zdravotnickém zařízení. O výsledku kontroly by měli provést písemný zápis.

Při kontrole je nutné vždy kontrolovat, zda odpovídají záznamy dokumentace ošetrovatelské se záznamy v dokumentaci lékařské.

## **Odpovědnost za dokumentaci**

Za konkrétní záznam v dokumentaci je odpovědná vždy jen sestra, která záznam provedla. Jsou-li chyby systémové, tzn. u více sester, tak každá si odpovídá za záznam svůj a staniční sestra za odstranění závad systémových.

Vzhledem, ke skutečnosti, že do dokumentace může nahlížet pacient, popř. osoba jím pověřená, je nutné akceptovat, že chybný či nevhodně formulovaný zápis může být důvodem pro volání sestry k odpovědnosti trestně právní i občansko-právní (trestný čin pomluvy §208 Trestního zákona nebo §11Občanského zákoníku).

|  
Např.:

- *Obtěžuje pacientky, šmíruje kolem dámských WC.(4)*

## **5 Součástí zdravotnické dokumentace vedené v KHN.a.s. jsou:**

- výsledky vyšetření, včetně grafických, audiovizuálních, digitálních nebo jiných obdobných záznamů těchto vyšetření,
- písemné informace o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu pacienta, průběh a ukončení jeho léčení nebo doporučení a návrhy na poskytnutí další zdravotní péče,
- nejméně jedenkrát za 24 hodin záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu podle hodnocení sděleného pacientem a cílený objektivní nález, na JIP tento záznam 3x denně, v případě podstatné změny zdravotního stavu se záznam doplní neprodleně (rozsah a frekvenci určují akreditační standardy č. 5,6,7),
- souhrn informací (epikrisa) o průběhu vyšetření a léčby a plán dalšího postupu (rozsah a frekvenci vyhotovení epikris upravuje akreditační standart č. 11)/2)

## **6 Pacient a ošetrovatelská dokumentace**

Pacient provádí záznam do dokumentace tím, že podepisuje souhlas s hospitalizací, s doporučenou péčí, popř. negativní revers, pokud s doporučenou péčí nesouhlasí.

Pokud pacient požaduje, aby mohl na tiskopise, který má podepsat, cokoliv připsat, má na to právo a je třeba mu vyhovět.

Pokud chce pacient provést zápis do dokumentace po delší době, pak

tomuto přání vyhovět nelze a je nutné věc vyřešit tím, že pacient napíše své stanovisko, které se pak do dokumentace přiloží.(4)

V dnešní době je velkým kladem i fakt, že pacient se dostal z role poddaného, či méně myslícího tvora, kdy musel strpět vyšetření a ne o něm rozhodovat, nesměl se na nic zeptat. Pravdou je, že se občas s tímto ještě setkáváme, ale nemocnice, která chce být přátelská ke svým pacientům, by si toto dovolit neměla a naopak by měla být vstřícná v tom směru, že by měla pacientovi vysvětlit nejen význam, co mu bude v rámci zákroku prováděno. Tento souhlas se zákrokem byl v dnešní době nahrazen Informovaným souhlasem. Tímto je míněno vše jako způsob zákroku, účel, povaha, alternativy, ale i možná rizika. Pacient má mít také dost času na rozmýšlení, vyptání se detailů. Každá země má svůj rozsah pravomocí lékaře, včetně jeho úvahy o hloubce poskytovaných informací(7). Jiná situace ovšem nastává při akutních stavech, kdy není na informovaný souhlas čas.

## **Práva pacienta a zdravotnická dokumentace v KHN**

### **a.s.**

- pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve své zdravotnické dokumentaci, nebo v jiných zápisech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, jakož i v přítomnosti zdravotnického pracovníka do své dokumentace nahlížet. Dále má právo na pořízení výpisů, opisů, nebo kopií zdravotnické dokumentace. O těchto právech je poučen před hospitalizací, nebo prvotním ambulantním vyšetřením a o tomto poučení je proveden zápis, který podepíše lékař i pacient,
- pacient má právo určit osoby, kterým lze podávat informace o zdravotním stavu a zároveň určí rozsah podávání informací a zda určené osoby mají právo na nahlížení do dokumentace, pořizování, výpisů, kopií. Taktéž má právo určit zákaz podávání informací jakékoliv osobě. Jména osob se zaznamenají do zdravotnické dokumentace, opět se opatří podpisem ošetřujícího lékaře a pacienta. Jestliže pacient není s ohledem na svůj zdravotní stav záznam podepsat, je však ochoten projevit svou vůli, podepíše záznam ošetřující lékař a jeden svědek. Zároveň se zaznamená, jakým způsobem pacient projevil svou vůli,
- právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, příčinách úmrtí a výsledku pitvy, mají v přítomnosti zdravotnického pacienta osoby blízké zemřelému (rodiče, děti, manželka) neurčí-li pacient za svého života jinak. Jestliže pacient za svého života vydal zákaz poskytování informací, tak osoby blízké mají právo na informace pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví, nebo ochrany zdraví dalších osob a to pouze v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví (jedná se například o infekční přenosné choroby),
- zdravotnický pracovník má právo v případě pochybnosti o totožnosti osoby, popřípadě jejího vztahu k pacientovi, které náleží shora zmiňovaná práva, požadovat, aby tato osoba prokázala svou totožnost,
- každé nahlédnutí do zdravotnické dokumentace se zaznamená. V záznamu se uvede jméno, příjmení a datum narození osoby, která do zdravotnické dokumentace nahlédla, nebo na jejíž žádost byl pořízen



výpis, opis, nebo kopie, dále rozsah, účel a datum nahlédnutí, nebo pořízení kopie či výpisu. Záznam podepíše zdravotnický pracovník, který byl přítomen. Možná budu malinko nepříjemná, ale nelíbí se mi, že pacienti mají jen práva. Chybí mi také stanovení jejich povinností. Nebo snad žádné nemají?

### **Zdravotnická dokumentace v KHN a.s.**

Podle akreditačních standardů:

- a) rozsah, náplň, frekvenci a způsob zápisů do zdravotnické dokumentace určují a specifikují akreditační standardy č. 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 44, 45, 46,
- b) informace o propuštění pacienta z ústavní péče (propouštěcí zpráva) definují akreditační standardy č. 20, 21,
- c) písemný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotnického úkonu definují akreditační standardy č. 22 a 25,
- d) prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu/negativní revers), je uveden jako příloha k akreditačnímu standartu č. 22 a 25,
- e) rozsah a obsah zápisů do ambulantní dokumentace je určen akreditačním standardem č. 6.(2)

## **7 Nahlížení do dokumentace**

Právní předpis přesně stanovuje, kdo je oprávněn nahlížet do zdravotnické dokumentace, aniž by došlo k porušení mlčenlivosti.

Oprávnění nahlížet do dokumentace může v potřebném rozsahu pacient a osoby jím určené. Bez jeho souhlasu mohou nahlížet do dokumentace pouze osoby zmocněné právním předpisem, které to potřebují ke splnění svého úkolu, jež není v rozporu se zájmem pacienta.

Jestliže dal pacient souhlas s hospitalizací, pak se do dokumentace mohou dívat všichni, kteří se na poskytované péči podílejí, tj. ošetřující lékaři, sestry, konziliáři, rehabilitační pracovníci, ale i ti, kteří se podílejí na vyúčtování poskytované péče.

Pokud je zařízení výukové, pak do dokumentace mohou nahlížet i ti, kteří se připravují na výkon svého povolání, nebo si zvyšují odbornost, ale pouze po písemném souhlasu pacienta.

Pokud jde pacient z jednoho lůžkového oddělení na konziliární vyšetření, je možné, že si nese svou dokumentaci on sám, neboť je oprávněn do své dokumentace nahlížet. Pokud nese dokumentaci sestra, nebo sanitář - jsou vázání povinnou mlčenlivostí.

V žádném případě nemůže nést jeden pacient dokumentaci pro pacienta druhého.

O požadavku pacienta nahlížet do své zdravotnické dokumentace musí sestra informovat své nadřízené. Sama nemůže ve věci rozhodnout a dokumentaci nesmí nikomu, kromě konziliářů poskytovat.

Pokud pacient nebo jeho právní zástupce do dokumentace nahlíželi,

provede o tom sestru záznam do dokumentace.

Pacient a jím pověřené osoby mají právo si ze zdravotnické dokumentace pořizovat kopie, výpisy a poskytovatel zdravotnické péče jim to musí umožnit, ale pouze v době, kdy to vyhovuje oběma stranám.

Obdobná pravidla platí i pro vedoucí zaměstnance zdravotnických zařízení, tzn., že informace o konkrétním pacientovi lze sdělit pouze v případě, že je tito zaměstnanci potřebují pro splnění svého úkolu. Platí to v souvislosti s projednáváním pracovních úrazů a nemocí z povolání u zaměstnavatele. V praxi se postupuje tak, že poškozený zaměstnanec vysloví písemný souhlas s tím, aby informace o jeho zdravotním stavu byly pojišťovně v souvislosti s poskytováním náhrady za pracovní úraz sděleny.(5) Právo nahlížet do dokumentace má také nemocniční právník, což je v případě, kdy se pacient soudně, či jinak domáhá náhrady škody na zdraví vůči poskytovateli zdravotní péče.(5) Rovněž zde také by mělo platit pravidlo, záměrně jsem použila výraz by mělo platit pravidlo, že sestru, která nemá pacienta ve své péči, nesmí nahlížet do jeho dokumentace. Taktéž všichni, kteří se podílí na péči o pacienta, by měli mít informace jen takového charakteru, které se týkají jejich oboru. Např. rehabilitační sestru nemá právo vědět to, jakou antikoncepci pacientka používá.(5) Pokud se jí ovšem dotýká pacientka sama od sebe nesvěří v rámci předpokladu, že dostane lepší rehabilitační péči. Tento bod je velmi diskutabilní, nesporným faktem však zůstává to, že není pravdou, že kterýkoli pracovník stejného zdravotnického zařízení může mít volný přístup do zdravotnické dokumentace jemu nepřislušného pacienta.(5). Toto všechno jsou litery zákona, ale mé zkušenosti, bohužel, jsou úplně jiné a mimo jiné mě inspirovaly k napsání této práce. Setkala jsem se s velkou neprofesionalitou. Nevím, zda to je tím, že se jedná o mě jako o pracovníka, kterého většina personálu zná, ale i mě se to velmi dotklo v tom smyslu, že už nevěřím a rozhodně také pečlivě zvažuji, které informace o sobě sdělím a co si nechám pro sebe. Zdravotničtí pracovníci velmi často zapomínají na etiku, kterou je vhodné dodržovat při jednání s jiným zdravotnickým pracovníkem, jež je stavěn do role pacienta. Převládá spíše nonšalance, ale to není dobře. Stalo se mi na jistém oddělení, kde jsem lékařka při vyšetření diktovala seznam léků, které užívám, že se to, bohužel, dostalo mimo oddělení. Byla jsem rozladěná, ale vzápětí jsem byla naprosto konsternována větou, která mě docela dostala. "Klidně se můžeš soudit, ale buď si jistá, že v tom případě to nebude vědět jen naše nemocnice, ale celý okres." Tak nevím, co je lepší. To necht' si posoudí každý sám. Já každopádně už si dávám velký pozor na to, co komu říkám a rozhodně už sdělují jen to, co chci aby věděli. Nevím, jestli je to správný postup, ale já to tak cítím, protože nevidím důvod, aby sestry, které nejsou kompetentní a mají potřebu vlastního pocitu důležitosti hlásaly do světa, co užívám a vyslovovaly své hlubokomyslné domněnky, proč tomu tak je.

## 8 Dokumentace při přijetí pacienta.

Při přijetí pacienta sestru v rámci své pracovní náplně, v souladu s provozním řádem, vnitřními předpisy, standart, založí pacientovi zdravotnickou dokumentaci. Při vyplňování musí být brán zřetel na zdravotní stav i subjektivní

potíže pacienta a v případě větších subjektivních potíží odložit vyplnění tiskopisů, které snese odklad na dobu, kdy se pacientův stav zlepší.

Nesmí být opomenut údaj o alergii.

Pokud pacient na některé otázky odmítá odpovědět, sestra o tom provede zápis.(4)

## **Uspořádání zdravotnické dokumentace na lůžkových odděleních KHNa.s.**

1. Chorobopis
2. Lékařská anamnéza
3. Souhlas s poskytováním informací a nahlížením do chorobopisu
4. Propouštěcí zpráva
5. Dekurs
6. Výsledky
7. Dotazník před plánovanou operací
8. Předoperační záznam
9. Anesteziologický záznam
10. Informované souhlasy k jednotlivým úkonům
11. Ošetrovatelská anamnéza
12. Plán péče
13. Denní ošetrovatelský záznam
14. Překladová ošetrovatelská zpráva
15. Další dokumenty dle stavu pacienta a stanovených standardů
  - akutní karta pro standartní oddělení
  - sledování bolesti
  - sledování pacienta s rizikem pádu
  - sledování PŽK a CŽK
  - protokol o aplikaci návykových látek
  - zápis o zneškodnění nepoužité návykové látky
  - transfúzní seznam
  - nutriční šetření
  - glykemická karta
  - bilanční list
  - plán prevence dekubitů
  - dokumentace rány
  - záznam o imobilizaci
  - záznam o průběhu rehabilitační péče
  - edukace pacientů
  - speciální testy dle zaměření oddělení
16. Hlášení mimořádné události
17. Oznamení hospitalizace pacienta bez souhlasu (hlášení soudu)
18. Hlášení soudu o použití omezujících prostředků vůči pacientovi
19. Nesouhlas s léčebným úkonem
20. Propuštění z nemocnice proti doporučení lékaře
21. Použité zdravotnické prostředky

## 22. Podklady pro vyúčtování výkonů ZP (2)

Bod číslo 15 je výčet všech dokumentů, které jsou v KHN a.s., ale pacienti mají jen ty, které potřebují, rozhodně nemá každý pacient tento bod kompletní. Pokud leží pacient na interním oddělení, tak nemá vyplněn dotazník před plánovanou operací, anesteziologický záznam, ale třeba glykemickou kartu, nebo transfuzní záznam.

## 9 Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků a dokumentace

Zákon 101/2000Sb., o ochraně osobních údajů, v §13 stanovuje, že správě a zpracovatel osobních údajů jsou povinni přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, jejich záměrné zničení, ztrátě, jako i zneužití osobních údajů. Tato povinnost platí i po ukončení zpracování osobních údajů. To znamená, že sestra může být volána k odpovědnosti, pokud úmyslně nebo z nedbalosti umožní přístup nebo i zneužití osobních údajů.(4)

Povinná mlčenlivost a s ní právo pacientů na informace o poskytované péči jsou zdánlivě velmi jednoduché, ale z právního hlediska se však často jedná o složité problémy, jejichž sporná řešení jsou sdělována široké veřejnosti médií.(5)

Každý člověk, pokud má nějaké zdravotní potíže, jde k lékaři, kde mu svěruje své problémy, které by třeba nikomu jinému neřekl a proto je třeba překonat ostych a bariéry a lékaři plně důvěřovat.

Předpokladem pro vznik této důvěry je mimo jiné i povinnost mlčenlivosti o skutečnostech, které se při výkonu svého povolání dozvěděli.

I když k porušení povinné mlčenlivosti častěji dochází při osobních jednáních verbálně, nelze opomíjet skutečnost, že nedbalostním jednáním s dokumentací také dochází k porušení povinné mlčenlivosti, které je však obecně vnímáno jako porušení závažnější.

K porušení dochází zejména tím, že sestra poskytne zdravotnickou dokumentaci osobám, které k nahlížení do ní nemají oprávnění.

Méně často k porušení dojde tím, že je zdravotnická dokumentace zapomenuta nebo zaslána omylem jinému adresátovi.(4)

Zde je opět na místě připomenout, že lékařská mlčenlivost není jen etickou kategorií, ale výslovně ji požaduje zákon a stanovuje její podmínky.(8)

Povinná mlčenlivost se týká i pracovníků v laboratoři, kdy dotyčný nesmí odpovídat do telefonu na dotazy soukromých osob ohledně výsledků nebo sestry z jiného zařízení na dotaz ohledně výsledků pro pacienta. Pracovník laboratoře totiž v telefonu těžko pozná, zda je dotyčný laik nebo opravdu zdravotník. Dále je v naší laboratoři stanoven přísný zákaz vydávání výsledků rodinným příslušníkům.

## 10 Archivace a skartace zdravotnické dokumentace

Lhůtu pro archivaci zdravotnické dokumentace definuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v příloze č. 2, čl. 2 s názvem „skartační lhůty“, takto: „Skartační lhůta určuje dobu, po kterou je nutné uchovat zdravotnickou dokumentaci u jejího původce pro účely poskytování zdravotní péče. Před jejím uplynutím nesmí být zdravotnická dokumentace zařazena do skartačního řízení.“

Uvedená vyhláška stanoví v § 6 odst. 2 obecnou lhůtu pro archivaci zdravotnické dokumentace takto: „Zdravotnická dokumentace se uchovává po dobu 5 let a označuje se skartačním znakem ‚S‘, pokud není zvláštním právním předpisem nebo v příloze č. 3 této vyhlášky stanoveno jinak.“ Čl. 3, příloha č. 2 uvedené vyhlášky dále stanoví, že: „Skartační lhůta zdravotnické dokumentace může být prodloužena vždy nejméně o 5 let, pokud je zdravotnická dokumentace nebo její část nadále potřebná k zajištění zdravotní péče.“ A následně příloha č. 3 stanoví zvláštní případy skartačních lhůt vzhledem ke konkrétním okolnostem. Z přílohy č. 3 pro informaci vybíráme např. tyto lhůty: „1. primární zdravotní péče – ‚S‘ 10 let od změny lékaře primární péče a předání písemné informace v rozsahu potřebném k zajištění návaznosti zdravotní péče o pacienta nově zvolenému lékaři primární péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta. 2. specializovaná ambulantní zdravotní péče a zvláštní ambulantní péče – ‚S‘ 5 let po posledním vyšetření pacienta a předání informace o průběhu a výsledku tohoto vyšetření příslušnému lékaři primární zdravotní péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta, pokud není dále stanoveno jinak.“(6) V laboratoři platí archivace biochemických žadanek po dobu 5 let, pouze výjimku tvoří archivace o žádosti na krevní transfuze a výdej těchto přípravků. Doba archivace těchto žadanek je 30 let a je to z důvodu forenzních, kdyby se prokázalo onemocnění např. po aplikaci přípravku, nebo kvůli hlášení o potransfuzní reakci. Každopádně se domnívám, že zdravotnická dokumentace je ve všech ohledech majetkem příslušného poskytovatele zdravotnické péče a nikdo by neměl právo si ji brát. Nejsem takovým optimistou, abych si myslela, že se nedají opsat, dopsat, zfalšovat záznamy, ale přesto si myslím, že hlavní důraz by měl být kladen na etickou stránku věci.

## 11 Ochrana dat

Každé zdravotnické zařízení se snaží ochránit data svých pacientů v maximální míře, ale bohužel v praxi je ABSOLUTNĚ nemožné uchránit data, protože se stejně všechno „vykecá.“ Takže cílem poskytovatele služeb není absolutní bezpečnost, ale definovaná úroveň bezpečnosti, tzn. vím co chráním, znám své povinnosti, míru rizika (8). Proč data chránit? Už jenom pro dodržování etických norem, kvůli právní ochraně před sankcí, z komerčního hlediska. Dost lidí má obavy z uchování svých dat na nosičích, nebo v podobě elektronické karty. Odborníci však jsou toho názoru, že data obsažená

v klasické zdravotnické dokumentaci jsou ohrožena daleko více, než v podobě elektronické. Je to hlavně z toho důvodu, že k dokumentaci v listinné formě má přístup větší počet osob, nezdravotníků, jelikož se může stát, že sestra odběhne, nechá dokumentaci na stole, kdokoli se může podívat, odnést a dalších příkladů by byla spousta. Tento problém bývá také často řešen při náhodných kontrolách řídicími pracovníky při nenadálé kontrole, kdy zjistí, že sestra není na sesterně a dokumentace leží volně přístupná na stole.

## **12 Zásady správného vedení dokumentace v laboratoři**

Do laboratoře se přijímá materiál se žádankou, která musí minimálně obsahovat:

1. jednoznačnou identifikaci pacienta (přímení a jméno, rodné číslo)
2. datum narození a pohlaví pacienta v případě, že tato nejsou jednoznačně určena číslem pojištěnce (např. u cizinců)
3. kód pojišťovny pojištěnce
4. diagnózu
5. identifikaci objednatele - jmenovku, adresu, podpis a telefonní číslo lékaře žádajícího vyšetření, IČP, IČZ, odbornost
6. datum odběru vzorku
7. požadovaná vyšetření

Po přijetí a přiřazení čísla se požadavky na vyšetření zapíší do laboratorního informačního systému fy Stapro, nebo jiného poskytovatele systému. V případě nečitelných nebo chybějících údajů na žádance, pracovník na příjmu komunikuje s oddělením, které vyšetření požaduje a zjistí chybějící informace, popřípadě požádá o vyplnění nové žádanky. Pokud oddělení, které požadovalo vyšetření nelze identifikovat/i toto se stává/, není tento materiál v žádném případě zpracován.

Pokud je dodán materiál bez žádanky pracovníci na příjmu jej akceptují, ale přiřadí mu pořadové číslo až tehdy, kdy je dodána žádanka s požadovaným vyšetřením. Bez žádanky v žádném případě nelze vzorek zpracovat!

## **13 Ústní požadavky na vyšetření, dodatečná vyšetření**

V laboratoři KHN a.s. je možno domluvit i telefonická doobjednání vyšetření, pokud už je vzorek v laboratoři. Je ovšem nutno přesně specifikovat co zadavatel požaduje, zda je dostatečné množství analytu, kdo toto požaduje a je nutno donést žádanku a musí se napsat čas, kdy bylo toto dovyšetření

objednáno. Musím podotknout, že tato ústní doobjednávání vyšetření lze připustit pouze v situacích, které jsou urgentní a výjimečné.

## 14 Statimová vyšetření

Akutní vyšetření provádíme na Statim, což je vyšetření, kdy jde pacientovi o život a zpracování tohoto materiálu má přednost před ostatními. Tento materiál je donesen do laboratoře společně se žádankou, na které musí být jasně vyznačeno STATIM, přeškrtnuto červeným pruhem. Materiál musí být zpracován do jedné hodiny. Pokud se jedná o materiál k TROMBOLÝZE, tak ten musí být zpracován co nejdříve!!! Bohužel, laboratoř nemůže nijak ovlivnit statimová vyšetření, ale setkáváme se s případy a ne ojedinělými, kdy je vyšetření Statim zneužíváno. Lékaři mají plno/zvlášť ti dobří!, pacient nechce čekat, protože mu jede autobus tak se dá vzorek jako Statim.

## 15 Příjem vzorků

Přijímající pracovníci kontrolují u přebíraných vzorků:

- množství
- neporušenost obalu vzorku
- identifikovatelnost (označení)
- požadavky na vyšetření (žádanka)

V případě, že některý z těchto atributů není splněn, *např. poškozená zkumavka, špatně odebraný vzorek – nedostatečné množství*, nemusí laboratoř tento vzorek zpracovat, ale většinou nechybí dobrá vůle, už jen proto, aby se šetřil pacient, jehož blaho je na prvním místě. Rozhodně se ale uvede do poznámky, jaký bod nebyl splněn, např. málo materiálu, rozbitá zkumavka.

## 16 Označení vzorků laboratoří

Každý vzorek po dodání do laboratoře dostane spolu se žádankou své číslo, zapíše se do systému a zpracovává se, opatří bar kódem a zpracovává se automaticky. Každý pracovník je zodpovědný za výsledky, které vydává a tímto způsobem jde rozlišit, kdo se podepsal pod analýzu biochemickou, hematologickou, či imunologickou. Nedá se to nijak ošidit a navíc poslední kontrolu provádí biochemik, což je VŠ lékař, nebo nelékař.

## 17 Hlášení výsledků telefonem

- používá se hlavně pro hlášení vysoce patologických výsledků lékařům, v nemocnici jsou určeny tzv. kritické meze, a pokud tyto jsou překročeny, tak se výsledky hlásí na oddělení. Je nutno zapsat čas a komu jsme výsledky hlásili.

## 18 Výdej výsledků pacientovi

Výdej výsledků je v našem zařízení možný po předložení dokladu totožnosti, ale bohužel, po špatné zkušenosti se výsledky rodinným příslušníkům NEDÁVAJÍ. Absolutně nemyslitelné je hlášení po telefonu.

Tolik tedy ke správnému vedení zdravotnické dokumentace ať už na oddělení, nebo v laboratoři. Nesmím opomenout dodat, že každá nemocnice se řídí Kodexem práv pacientů a pokud je akreditována, tak podle standardů, které jsem ve své práci již výše zmínila.

Teď bych Vás ráda seznámila se svým průzkumem a aspoň v hrubých rysech objasnila co jsou standardy, k čemu slouží a jestli poskytovatelé zdravotnické péče jsou nějakým způsobem zvýhodněni po finanční stránce tím, že jsou akreditováni. V další části práce zveřejním výsledky své dotazníkové studie.



# Část druhá

## Dotazník

Ve své dotazníkové studii jsem zpracovala 119 odpovědí, kdy na mých 10 otázek reflektovalo 33 mužů a 86 žen. Pouze 2 osoby uvedly, že nevědí jak mají odpovídat a tudíž nerozumí pokládaným otázkám.

Odpovídajících mužů bylo ve věku 18-29 let 6, 30-40 let 3, 41-55 let 4, nad 55 let 20.

Z toho byli 2 VŠ nelékaři, 2 se základním vzděláním a zbytek tvořili středoškolsky vzdělaní.

Z odpovídajících žen byla převážná většina ve věku 18-29 celkem jich bylo 39, mezi 30-40 lety jich odpovědělo 7, v rozmezí 41-55 let 27, od žen nad 55 let jsem získala odpovědi 13. Z toho byly 2 VŠ lékařky, 15 se SZŠ, 5 se základním vzděláním a 64 středoškolsky vzdělaných.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit informovanost veřejnosti ať už laické nebo odborné ohledně zdravotnické dokumentace.

Dotazníková studie se týkala především problematiky zdravotnické dokumentace, co si o ní myslí běžní občané hlavně ve smyslu komu patří, co obsahuje, kdo má možnost nahlédnutí. Také jsem se dotkla problému IZIP, kdy ředitel společnosti Jiří Pašek sdělil počet klientů, kolik nemocnic je do něj zapojeno. IZIP a.s., je společnost, která se specializuje na tzv. elektronické zdravotnictví, a to s využitím nejmodernějších dostupných technologií, tzn. že je to internetový přístup ke zdravotním informacím pacienta. Předkládá technologická řešení na zpracování dat pro zdravotnictví, spoluvytváří podobu softwarů ve zdravotnictví a pracuje na mnoha projektech, kde se prolínají moderní informační technologie s péčí o pacienty. Zastřešuje jej VZP ČR. Protože se jedna z mých otázek týkala obav z úniku dat, se zájmem jsem si přečetla, že stupeň utajení je ještě vyšší než u internetového bankovníctví a za sedm let provozu systému nikdy nedošlo k úniku dat. Zneužití dat rovněž prý není možné, protože pouze sám majitel si určuje, komu data zpřístupní. Jedinou výjimkou je záchranná služba, která může v případě nouze vstoupit do elektronické zdravotní knížky. Její vstup je však omezen na informace nutné k záchrance života, tedy do emergenčního datasetu. Ten obsahuje Info. o pacientovi – krevní skupinu, alergie či chronická onemocnění – které jsou často klíčové pro včasnou a kvalitní diagnózu a ošetření v krizové situaci. (10)

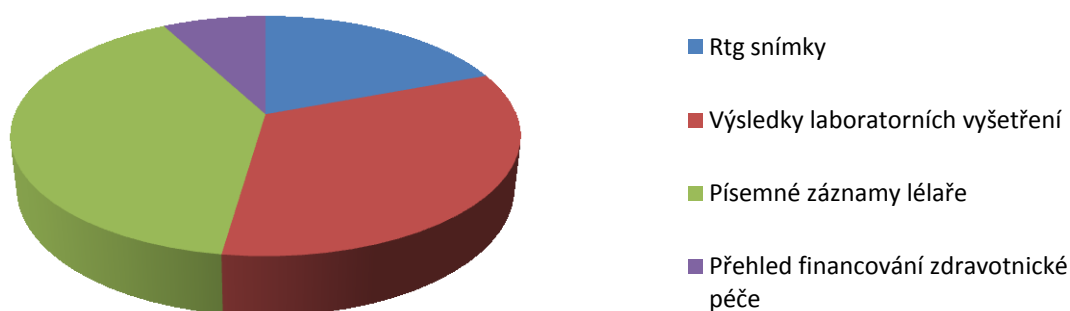
Odpovědi byly různé, každopádně se mi některé zdály velmi zajímavé, takže pojďme se podívat, co si myslí o zdravotnické dokumentaci nejen zdravotníci, ale i běžní občané. V této dotazníkové studii bylo možno na některé otázky zaškrtnout více odpovědí, na některé otázky byla jen jedna odpověď možná.

Už první otázka byla zajímavá tím, jaké jsem dostala odpovědi, co se nachází v dokumentaci. To, že převážná většina tvrdila, že obsahuje písemné záznamy lékaře /87/ a výsledky laboratorních vyšetření /72/, by mě až tolik nepřekvapilo, ale docela už se tam nacházely i odpovědi o obsahu financování lékařské péče /17/, s čímž jsem zase tolik nepočítala, takže bych uzavřela tuto otázku tím, že se zlepšuje celková informovanost obyvatel ohledně obsahu své dokumentace. Na tuto otázku bylo možno zakroužkovat všechny odpovědi, podle toho, co si dotazovaný respondent myslel, že jeho dokumentace obsahuje.

Já osobně jsem pro všechny 4 odpovědi.

Co je podle vás zdravotnická dokumentace, co tam patří	Absolutní podíl	Relativní podíl
Rtg snímky	42	19,3%
Výsledky laboratorních vyšetření	72	33,0%
Písemné záznamy lékaře	87	39,9%
Přehled financování zdravotnické péče	17	7,8%
Celkem	218	100,00%

### Co je podle vás zdravotnická dokumentace, co tam patří

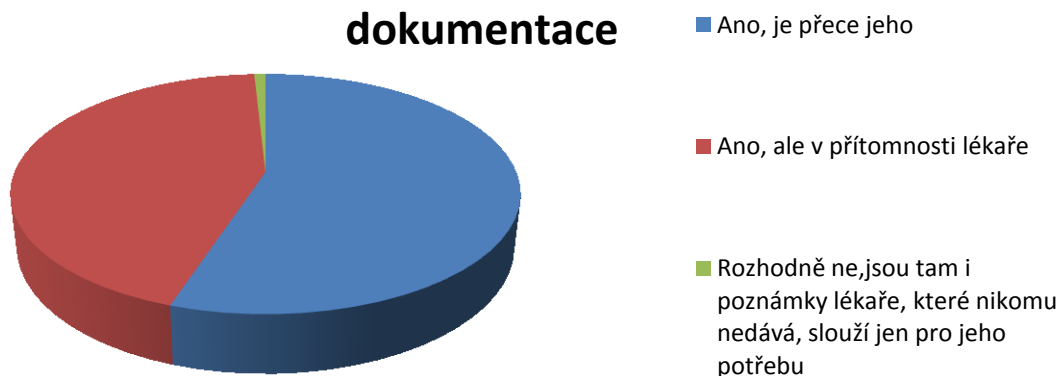


Druhá otázka se týkala práva pacienta ohledně nahlédnutí do dokumentace. Zde byla možnost jen jedné odpovědi. Dotazovaný si musel vybrat z nabízených možností. Tam se téměř jednoznačně všichni shodli na tom, že by pacient měl mít právo nahlížet v přítomnosti lékaře/66:52/. Když jsem pátrala proč, dostalo se mi odpovědí, že lékař jim může vysvětlit pojmy, kterým jako laici nemohou rozumět, navíc jim může ledašco doporučit, nebo naopak osvětlit něco, co by mohlo být špatně pochopeno a vedlo by to ke zbytečným sporům. Velmi mě však zaujala odpověď, která tam byla jako jediná, tak jsem pátrala po vysvětlení. Dostalo se mi zdůvodnění, že zdravotnická dokumentace lékaře je jen jeho a nikdo, tedy ani pacient nemá právo se do ní dívat. Už jen proto, že si tam lékař zapisuje své osobní poznámky k určitému pacientovi, které nikomu neukazuje.

Jsou to lékařovy postřehy o konkrétním pacientovi, slouží jen pro jeho potřebu. Tzn. pac. XY dne XX přišel pod vlivem alkoholu, nebo pacientka je hysterická. Tyto poznámky nemohou být brány jako relevantní, nevidí je ani revizní lékař, pojišťovna, ošetřující lékař je nepředává dalšímu lékaři, ale dotyčného pacienta by se mohly velmi dotknout. Tedy aspoň takovéto vysvětlení. Velice zajímavé.

Má mít pacient právo na zhlédnutí celé své dokumentace	Absolutní podíl	Relativní podíl
Ano, je přece jeho	66	55,5%
Ano, ale v přítomnosti lékaře	52	43,7%
Rozhodně ne, jsou tam i poznámky lékaře, které nikomu nedává, slouží jen pro jeho potřebu	1	0,8%
Celkem:	119	100,0%

### Má mít pacient právo na zhlédnutí celé své dokumentace

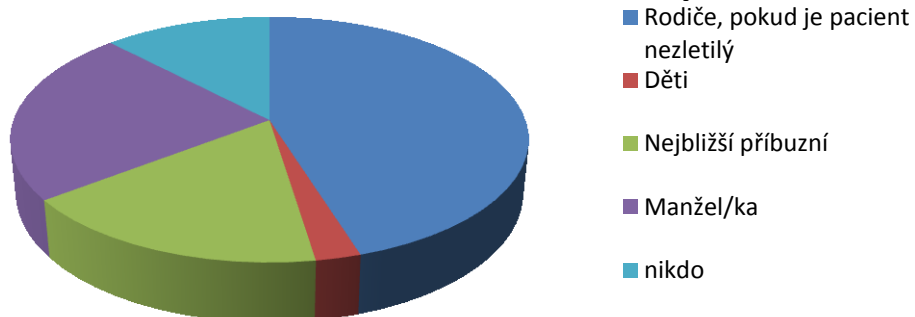


Třetí otázka se týkala možnosti nahlédnutí do zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacienta. Zde bylo možno zakroužkovat víc odpovědí.

Já jsem také pro poslední možnost, protože nevidím důvod, proč by mi tam měli nahlížet příbuzní, kteří by toho třeba pak mohli zneužít v můj neprospěch. Ale toto je velmi diskutabilní, tímto bychom se mohli dostat do jiných oblastí, např. mezilidských vztahů a o tom má práce není.

Kdo by podle vás měl mít možnost nahlédnutí do zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacienta	Absolutní podíl	Relativní podíl
Rodiče, pokud je pacient nezletilý	74	45,1%
Děti	4	2,4%
Nejbližší příbuzní	28	17,1%
Manžel/ka	38	23,2%
Nikdo	20	12,2%
celkem	164	100,0%

### Kdo by podle vás měl mít možnost nahlédnutí do zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacienta

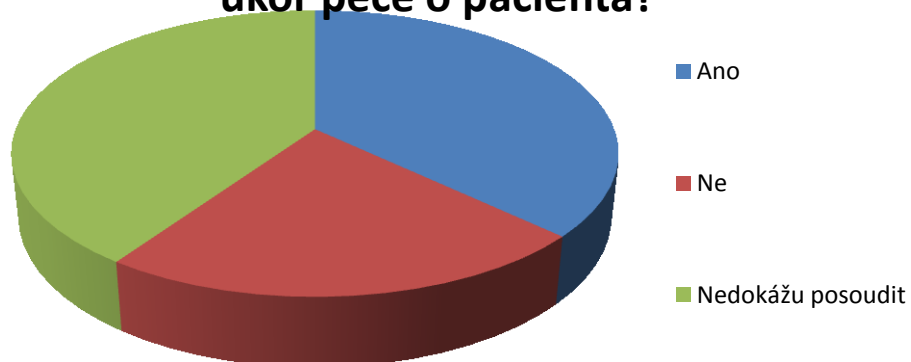


Odpovědi na čtvrtou otázku mě naprosto konsternovaly, protože tam jsem já osobně viděla jednoznačnou odpověď téměř u všech dotazovaných-ANO, věnuje se pozornost dokumentaci na úkor péče pacienta. Ono to tak není. Možná, odpovídající nechtěli odpovědět, ale dostala jsem 48x odpověď - nedokážou posoudit ku 44 ano. Zbytek, což je 27 odpovědí, tvrdilo, že ne.

Já osobně si myslím, Ano, má přednost psaní zpráv před péčí o pacienta. Z praxe od sester slyším, jak jsou neustále pod velkým tlakem správného psaní a samy říkají, spíš než zdravotnice, jsou úřednice.

Myslíte si, že se věnuje zbytečně velká pozornost psaní zdravotnické dokumentace na úkor péče o pacienta?	Absolutní podíl	Relativní podíl
Ano	44	37,0%
Ne	27	22,7%
Nedokážu posoudit	48	40,3%
Celkem:	119	100,0%

### Myslíte si, že se věnuje zbytečně velká pozornost psaní zdravotnické dokumentace na úkor péče o pacienta?

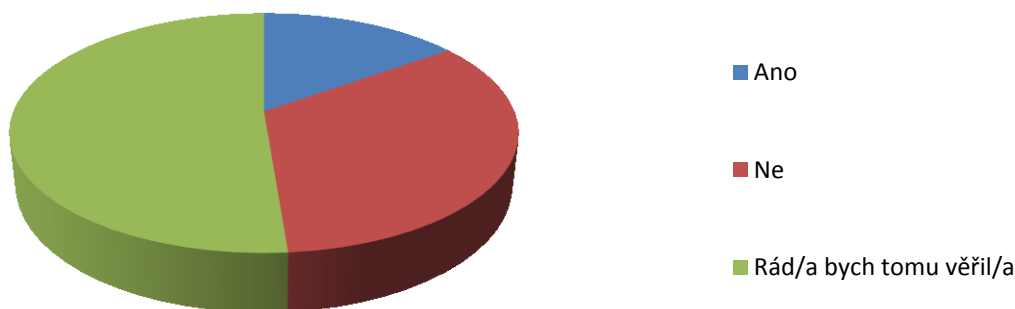


Pátá otázka se týkala dodržování patientských nesouhlasů. Většina dotazovaných odpověděla, že by ráda tomu věřila, což bylo 61 hlasů a další část -40 respondentů je přesvědčeno o jejich nedodržování. Jen 18 jich je optimistických a věří, že vše, co podepíší a změní, je dodržováno.

Já osobně si myslím a po své zkušenosti už jsem o tom přesvědčena, není tomu tak. Dále by mě zajímalo, jakým způsobem si ošetřující personál pamatuje, kdo dal a kdo nedal souhlas s nahlížením do své dokumentace. V tom množství pacientů, kteří se vystřídají na oddělení mi smysl této akce poněkud uniká. Myslím, že tento bod je jen pro poskytovatele zdravotnické péče ve smyslu aby se „vlk nažral a koza zůstala celá.“V podstatě si ani dotazovaní respondenti nedávali nějak optimistické naděje...

Myslíte si, že Vaše nesouhlasy s nahlížením do dokumentace jsou striktně dodržovány?	Absolutní podíl	Relativní podíl
Ano	18	15,1%
Ne	40	33,6%
Rád/a bych tomu věřil/a	61	51,3%
Celkem:	119	100,0%

### Myslíte si, že Vaše nesouhlasy s nahlížením do dokumentace jsou striktně dodržovány?

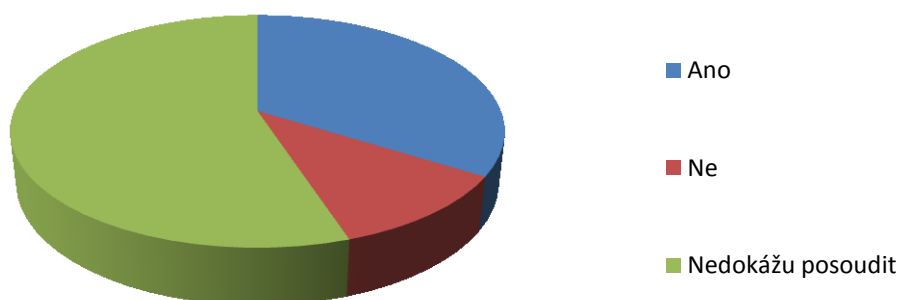


K další otázce ohledně elektronické knížky soudím, že je stále ještě malá informovanost o tomto produktu, protože většina, což bylo 66 hlasů nedokáže posoudit. 40 respondentů mi odpovědělo-přináší více užitku a 13 je přesvědčeno, ne, to není dobrá věc.

Můj názor je, ano ,přináší více užitku,ale dovolím si nesouhlasit s p.Paškem ohledně počtu klientů.Na tento megalomanský projekt neznám jediný erudovaný ohlas a navíc získávání klientů na úkor etiky se mi zdá unfair.Takže informovanost o užitku, nebo nepotřebě tohoto produktu bude aktuální tehdy, až všichni klienti budou vědět, k čemu vlastně slouží.Staří, nemohoucí, slepí, hluchí lidé, kteří jsou součástí tohoto projektu těžko mohou znát výhody, které přináší.Navíc bych tady si nedovolila ani připomenout, jak se vlastně do této databáze tito klienti dostali, ale správnou právní cestou to určitě nebylo.

Elektronická karta přináší více užitku než rizik?	Absolutní podíl	Relativní podíl
Ano	40	33,6%
Ne	13	10,9%
Nedokážu posoudit	66	55,5%
Celkem:	119	100,0%

## Elektronická karta přináší více užitku než rizik?

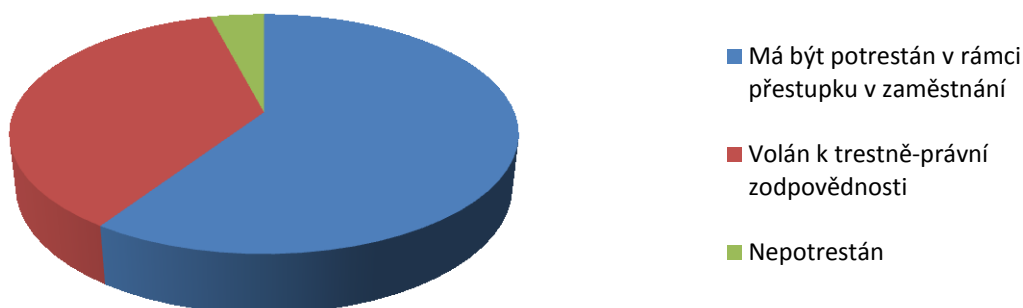


Sedmá otázka se týkala lékařského tajemství, tam byly výsledky skoro jednoznačné, mělo by být řešeno v rámci přestupu v zaměstnání. Tady ale vyvstává problém, kdy někteří respondenti měli obavy ze zneužití ze strany zaměstnavatele v tom smyslu, aby se nestalo, že dotyčná osoba, která lékařské tajemství porušila, by mohla být propuštěna ze zaměstnání. To by bylo moc kruté a sami navrhovali postih finanční, nebo přeřazení na určitou dobu na méně kvalifikované místo s tím, že dotyčná osoba by si dala příště určitě pozor a něco takového by se už neopakovalo. Ale šanci by dostat měla. 45 odpovědí požadovalo trestně právní zodpovědnost, čemuž zase odporovala 1. skupina, protože zde vyvstalo tvrzení, že pokud se něco „vynese“ z dokumentace a řeší se to pouze u zaměstnavatele, tak to je ostuda jen v rámci poskytovatele zdravotní péče. Jakmile se to dostane k soudu, dozví se to více osob. Nepotrestat chtělo 5 osob. Důvod: třeba tajemství neporušili úmyslně. Tolik vox populi. Nevím, jak je to s pozvánkami na očkování, nebo preventivní prohlídku. Pozvánky byly v podstatě veřejné, poštovní doručovatel si mohl přečíst vše a na něm záleželo, jak dodržel listovní tajemství.

Jsem pro potrestání v rámci přestupku v zaměstnání.

Pokud pracovník poruší mlčenlivost a Vaše údaje se dostanou cizím osobám, pak viník.	Absolutní podíl	Relativní podíl
Má být potrestán v rámci přestupku v zaměstnání	71	59,7%
Volán k trestně-právní zodpovědnosti	43	36,1%
Nepotrestán	5	4,2%
Celkem:	119	100,0%

### Pokud pracovník poruší mlčenlivost a Vaše údaje se dostanou cizím osobám, pak viník



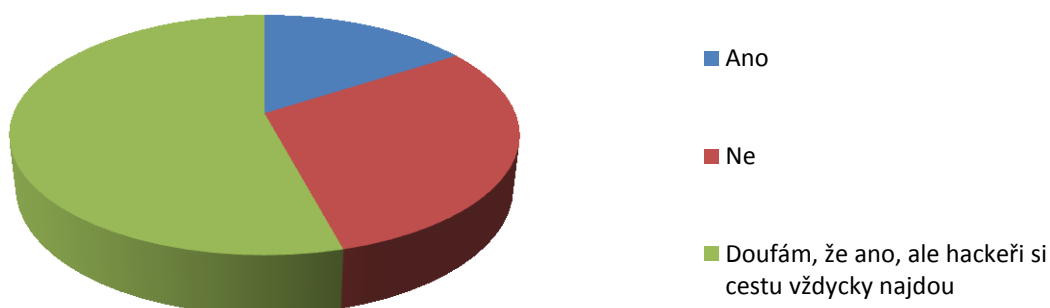


Ohledně dostatečné ochrany údajů je 64 dotazovaných přesvědčeno, že ano, ale hackeři si vždy cestu najdou. 36 osob si myslí, že ne a 19 odpovědělo kladně. Otázkou zde vyvstává, kdo je vlastně hacker. Ten, který je vnitřní, nebo vnější? Na serveru Infomed je k tomuto tématu krásná prezentace ve smyslu právě ochrany dat. Chránit ano, v co největší míře, ale jak zabráním zvědavému personálu, aby se nedíval do mých údajů a následně je „nevynesl ven?“ Dnešní laboratorní systémy sice omezují přístup personálu k údajům pacientů, ale stačí, aby v jednom nemocničním zařízení pracovala na oddělení např. dcera, v laboratoři matka a celý systém byť důkladně zabezpečený je k ničemu. Prozradí si přístupové heslo a celé snažení počítačových expertů je marné. Ne nadarmo se píše, že nejvíc údajů se „vynese“ právě tímto způsobem a ne přes počítač, jak se domníváme.

Rovněž se připojují k většině.

Myslíte si, že Vaše údaje jsou dostatečně chráněny?	Absolutní podíl	Relativní podíl
Ano	19	16,0%
Ne	36	30,3%
Doufám, že ano, ale hackeři si cestu vždycky najdou	64	53,8%
Celkem:	119	100,0%

### Myslíte si, že Vaše údaje jsou dostatečně chráněny?

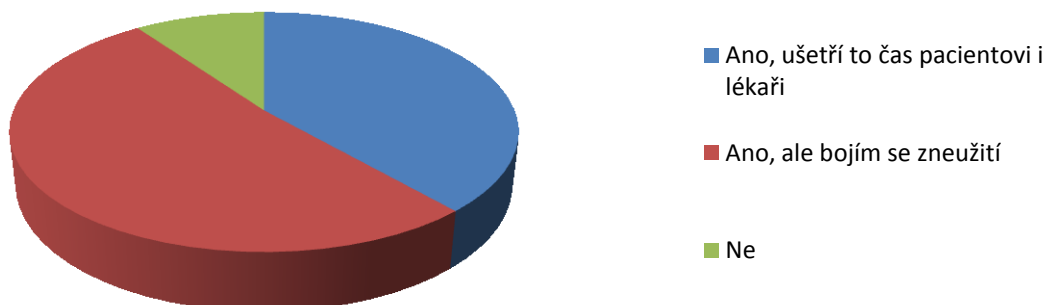


K budoucnosti elektronické knížky se respondenti vyjádřili v 61 případech ano, ale bojí se zneužití, 46 x jsou lidé přesvědčeni, že to ušetří čas pacientovi i lékaři a 12 osob si myslí Ne budoucnost nemá.

O budoucnosti přesvědčena jsem jednoznačně. Bude třeba poskytnout větší propagaci tomuto produktu a snížit počet pojišťoven.

Má podle Vás elektronická knížka budoucnost?	Absolutní podíl	Relativní podíl
Ano, ušetří to čas pacientovi i lékaři	46	38,7%
Ano, ale bojím se zneužití	61	51,3%
Ne	12	10,1%
Celkem:	119	100,0%

### Má podle Vás elektronická karta budoucnost?



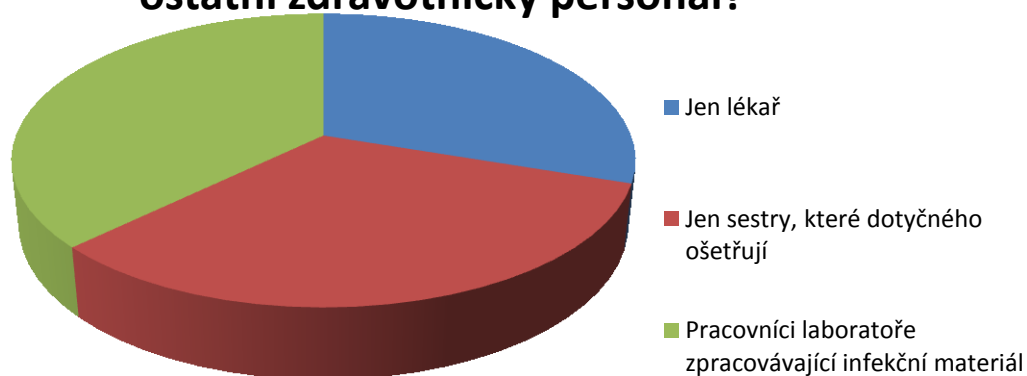
Poslední otázka vyvolala snad nejvíc diskuzí. Kdo má všechno vědět o pacientově nebezpečné nemoci. 90 odpovědí bylo, že pracovníci laboratoře, ale co ošetřovatelky, které pacienta často myjí, převlékají, ty jsou v ohrožení větším, protože jsou s pacientem v bezprostředním kontaktu. Zde bylo možné zodpovědět víc odpovědí.

Poměr 73:79 byl lékař, vs. sestry, které jej ošetřují. Také se objevil názor, že není důvod, proč by to měli vědět zaměstnanci laboratoře. Vždyť oni přece musejí pracovat s každým vzorkem jako potencionálně infekčním!!!

S posledním názorem se sice ztotožňuji, ale přesto jsem přesvědčena o tom, že by se do laboratoře mělo dát vědět. Tady ovšem záleží na profesionalitě personálu a stačí napsat, ne velkým písmem, že XY má HIV, HBsAg, ale přimlouvala bych napsat VYSOCE INFEKČNÍ MATERIÁL. Laborantům po tom, čím konkrétní pacient trpí, opravdu nic není. Tolik můj názor, když si představím, být v kůži tohoto pacienta. Je to také z důvodů etických, protože každý člověk je jedinečný a zaslouží si jedinečnou péči, což si myslí by asi v tomto případě nemuselo být. Ze strachu...

Pokud má pacient vysoce nakažlivou nemoc má být podle Vás informován jen lékař, nebo i ostatní zdravotnický personál?	Absolutní podíl	Relativní podíl
Jen lékař	73	30,2%
Jen sestry, které dotyčného ošetřují	79	32,6%
Pracovníci laboratoře zpracovávající infekční materiál	90	37,2%
Celkem:	242	100,0%

### **Pokud má pacient vysoce nakažlivou nemoc má být podle Vás informován jen lékař, nebo i ostatní zdravotnický personál?**



## Diskuze

Cílem mé práce bylo zjistit, jak je současná veřejnost informovaná v otázkách vysoce citlivých dat a nových projektů a také mě zajímal jakožto pracovníka v laboratoři názor na vysoce infekční nemoci a míra rizika porušení povinné mlčenlivosti. Otázky byly zdánlivě velmi jednoduché, ale na každé se při hlubším pohledu na věc a zamyšlení našel nedostatek, nebo naopak zlepšení. Spíš ale nedostatek.

Už při první otázce, kdy jsem se dotazovala na obsah dokumentace, mi odpovídající odpověděli v podstatě tak jak jsem očekávala. Velmi příjemně mě překvapila i poslední odpověď ohledně financování péče, neboť je vidět, že každý člověk se začal zajímat o to, za co a kolik platí. Je to velice výhodné v tom směru, že si lékaři nemohou na dotyčného pacienta psát např. další léky pro někoho jiného, protože pacient, kterého se toto týká, si vše pečlivě hlídá. Tato služba je nabídkou od pojišťovny a setkala se s kladným ohlasem.

U druhé otázky ohledně nahlédnutí do dokumentace si nejsem jistá, jestli má nějaký smysl. Tedy to nahlédnutí. K čemu mi to bude? Jaký to má pro mě užitek a význam? Snad jen, že si přečtu diagnózu, uvidím nasazenou léčbu, výsledky laboratorních vyšetření, ale jako laik tomu nemohu rozumět a na druhou stranu i když si to přečtu a nesouhlasím s tím, stejně mi lékař řekne, že se s tím nedá nic dělat a přepsat to nemůže. Mám zrovna na mysli konkrétní případ mého manžela, který byl hospitalizován v akreditovaném zařízení a při propuštění z nemocnice dostal propouštěcí zprávu, na které mimo jiné bylo uvedeno, že každý den holduje alkoholu. Když se ostře proti tomu ohradil, bylo mu řečeno, že se s tím opravdu nedá nic dělat, že to asi paní doktorka špatně pochopila. Bohužel, chystá se na operaci a už má takový špatný kredit a podle toho i s ním jedná v jiném zdravotnickém akreditovaném zařízení. Moc to deprimuje jeho i mne, protože vím, že alkoholik není, ale tu nálepku dostal a už se jí nezbaví. Takže tady jsem si opravdu uvědomila, že správná odpověď zní, ne pacient by neměl mít možnost nahlédnout do dokumentace, protože když tam uvidí něco, co ho raní, např. hysterka, alkohol, jaká bude asi další léčba takového pacienta? Bude mít dál důvěru k lékařům, nebo ne? Já myslím, že ne.

K další otázce ohledně nahlédnutí dalších osob bez souhlasu pacienta jsem došla k závěru, že samozřejmostí bude v případě nezletilého pacienta nahlédnutí rodičů. Pouze a to bude doufám jen ve výjimečných případech, kdy se zdravotníkům nebude něco zdát, jim může být náhled do dokumentace odepřen. Jinak kdybych se chtěla dál tímto tématem zabývat do hloubky, jak to asi bude v případě nezletilého, ale už dospělého pacienta, který chce sám za sebe rozhodovat? Například u onkologického pacienta? Toto bude spíš problematika informovaného souhlasu, ale do naší otázky zasahuje, i když velmi smutně...

K čtvrté otázce budu stručná, protože je z nářků sester víc, než jasné, že samy jsou nešťastné z vedení dokumentace. Z jejich úst vyšlo, že jsou více úřednice, než sestry, ale bohužel, pravidla jsou daná a musejí je dodržovat. Neměly by brát připomínky vnitřního auditu, tedy pokud nějaký je jako kritiku na svou práci, ale spíš se snažit vyeliminovat chyby, ale to záleží na každém pracovníkovi, jestli mu vadí nebo ne to, že např. píše zápisy tužkou. Samotné by mi to vadilo a také úroveň zápisu vyjadřuje celkový obraz o kvalitě

daného zařízení. Jinak panuje názor, že správně a kvalitně vedená dokumentace odráží správnou a kvalitní péči. Nevím, buď jsem dobrá úřednice, nebo sestra, ale obojí stihnout za 8, nebo 12 hodin není možné.

S touto otázkou se prolíná další bod mé práce a tím bylo dodržování nesouhlasů.

Doteď jsem nevypátrala, jak to s tím dodržováním je. Správně by to mělo být asi nejspíš na nástěnce, kdo si nepřeje zveřejňování svých dat, což zase nahrává zvědavosti. Aha, proč si nepřeje o sobě zveřejnit dokumentaci? Asi tam má něco. Ale nástěnka je veřejná na sesterně, kam chodí pacienti, žákyně, medicí. Budu teď mít vlastní zkušenost, chystám se na mini zákrok a celý formulář jsem proškrtala s tím, že si nepřeji poskytovat své údaje ani pro medicínské, vzdělávací a už vůbec ne komerční účely. Tak jsem zvědavá, která farmaceutická společnost se mi ozve.

Problematiky ohledně elektronické karty, či knížky jsem se dotkla jen okrajově, protože v tomto směru nejsem informována dostatečně a podle odpovědí je vidět, že asi ani odpovídající nemají příliš vědomostí o tomto projektu a v odpovědích se řídili spíše vlastním rozumem. Tedy žijeme v počítačové době a karta budoucnost má, zároveň mají obavy ze zneužití a to já také, ale když se to vezme kolem a kolem co je horší? Když se nabourají do databáze banky, nebo zdravotní karty? Experti nás ubezpečují, že míra rizika je daleko menší, než u bankovního sektoru a navíc tvrdí, že daleko větší zneužití je možné spíše z listinné podoby karty, než elektronické. Takže záleží na každém z nás, co si vybere.

Nejvíce mě však zajímalo porušení mlčenlivosti, což jsem v podstatě uvedla souhrnně i v předchozím bodě. Také mě zajímal názor na potrestání, protože v dnešní době se pravidla nedodržují v souladu se zákony a mnoho zaměstnavatelů si myslí, že demokracie končí před branou jeho podniku. Přesto nejvíce odpovědí bylo uvedeno v rámci přestupku v zaměstnání, což je možná dobře v tom smyslu, že pokud zaměstnavatel zná své zaměstnance, měl by dát dotyčnému možnost se vyjádřit, proč udělal tento přestupek a rámci možností jej potrestat buď finančně, nebo přeřazením na určitou dobu na jiné místo. Ovšem je tu jistá míra rizika, že po uplynutí doby se nemusí vrátit na své místo a už mu zůstane nálepka. Záleží pak na něm, zda se rozhodne setrvat na původním místě, nebo zvolí jiného poskytovatele, nebo ze zdravotnictví odejde úplně. Důvod k volání k trestně právní zodpovědnosti už je velmi tvrdý a může stát pracovníka doživotně místo. Tento případ se stal a sestra, která poskytla v dobré víře své nejlepší kamarádce informace o jejím manželovi, přišla do důchodu o práci ve zdravotnictví.

Poslední bod byl věnován nakažlivé chorobě a otázce, kdo všechno by měl o ní vědět. Jak přinutit personál, zvláště pomocný, aby se choval eticky? Ono stačí jet autobusem a jsem obeznámena málem s polovinou oddělení ve smyslu, kdo tam leží, co má, včetně jmen, za což mi vlasy vstávají hrůzou na hlavě, při představě, když si pomyslím, že by se to týkalo mých blízkých. Také záleží na laboratorním systému, zda umožňuje informaci ohledně nemoci zapsat do systému. Myslím, že by měli vědět, všichni, kteří na péči o pacienta s vysoce nakažlivou nemocí podílejí a to včetně pracovníků laboratoře. V tomto bodě je nesmírně důležitá etika, která by měla platit pro všechny zúčastněné.

## Závěr.

Svou bakalářskou prací jsem chtěla zjistit, jak je současná veřejnost vzdělaná ve zdravotnických otázkách a i přes drobné diskrepance jsem velmi spokojená s výsledkem.

Základem pro mou praktickou část byla dotazníková studie, kterou jsem prováděla a zpracovávala na jaře v roce 2009. Vytvořila jsem formulář ve Wordu, který jsem následně vytiskla a distribuovala s laskavým svolením I ambulantních lékařů, kteří mi povolili nechat dotazníky v čekárnách. Pokud pacienti chtěli, dotazník vyplnili a sestry mi je předaly. Dále jsem svůj dotazník rozšiřovala lavinovitě elektronicky přes své spolužáky, známé a synovy spolužáky z VŠ. Ještě mi vyšli vstříc na VOŠ v Brně, kdy mi budoucí zdravotní laboranti odpovídali na dotazník, čímž bych jim také chtěla tímto způsobem poděkovat. Návratnost dotazníků ať už v tištěné formě a elektronické byla celkem vysoká. Vše jsem tedy zpracovala a pro lepší přehlednost jsem umístila do koláčových grafů.

Protože se dnes všechno točí kolem akreditace, je třeba si uvědomit, co od ní vlastně čekáme a proč ji děláme. V první řadě je to pro to, že tím, když budeme na všechny žádanky uvádět, že jsme akreditovaní, má pro stávající a budoucí pacienty punc kvality a péče na úrovni. Protože akreditace se začíná, nebo spíše odvíjí od toho nejzákladnějšího a tím je dokumentace pacienta, což je vlastně jeho druhé já, je třeba na pravou míru uvést všechny nedostatky, které při její tvorbě vznikají.

Jelikož mé otázky se netýkaly jen jednoho tématu, ale více okruhů, jsem s výsledkem spokojena v tom smyslu, že se ukázalo, že veřejnost ať laická anebo odborná se čím dál tím víc zajímá, co se vlastně s jeho dokumentací děje, na co má nárok, využívá nabídek pojišťoven ohledně plateb.

U dalších témat jsem už zaměřovala cíleně na názor ohledně dokumentace ve smyslu nahlížení, dodržování souhlasů, nesouhlasů, programu IZIP, nakažlivých chorob. Toto byla pro mě velká zkušenost, protože v současné době připravuji své oddělení k akreditaci a při jednání s hlavní sestrou a ostatními vrchními a staničními sestrami se budu velmi snažit vyeliminovat chyby a nedostatky, ke kterým v praxi dochází. Mám už zkušenost z předchozího zaměstnání ohledně akreditace, takže bych ráda své poznatky a zkušenosti předala hlavní sestře. Jde mi hlavně o vše, co je v mé práci uvedeno. Správnost, jednoduchost, čitelnost. V mém případě, jakožto pracovníkovi laboratoře jde hlavně o správné a čitelné a dle všech norem vyplněné žádanky, v čemž vidím docela problém, protože když mají na oddělení "frmol", nevypíší všechno dle náležitostí, my musíme telefonovat, prosit, vyslechnout narážky o neschopnosti a lenivosti laboratoře, která si nechce údaje o pacientovi dohledat v archívu. Nechápu, že správně vyplněná žádanka je doklad stejné úrovně jako recept. Na špatně vypsany recept lékárna lék nevydá, tudíž si beru jako úkol správnou spolupráci s oddělením i když už nejsem takovým optimistou, abych si myslela, že se vše změní jako mávnutím kouzelného proutku. Navíc bude třeba uspořádat seminář, který může zaměstnancům ukázat správnou cestu a aby věděli, že to co dělají má smysl jen tehdy, pokud to budou dělat pořádně a hlavně budou vědět, proč to dělají. Protože jedině správné vedení dokumentace je vizitkou akreditovaného

zařízení, byť s touto formulací já osobně nesouhlasím. Podle mě je vizitka dobře, kvalitně ošetřený a spokojený pacient, jehož blaho by mělo být prioritou každého zařízení. Na což se upřímně těším a nepřeji si nic jiného, než aby aspoň některé z částí této práce našla své uplatnění v praxi a sestry nebraly připomínky vztahovačně na sebe, jako kritiku na špatnou práci, ale jako ukazatel, jak si některé věci usnadnit pro užitek všech. Držme si tedy palce...

## Dodatky

Zde jsem pro lepší pochopení problematiky zdravotnické dokumentace uvedla několik standardů, které určují postupy zdravotníků. Standardy nám slouží, resp. jsou ukazatele, podle kterých se určuje kvalita péče. Zdravotnická zařízení usilující o potvrzení úrovně, kvality a bezpečí se podle těchto standardů řídí a pokud dojde k mimořádné události, nebo jiné nepříjemné kauze, slouží nám jako body, které nás vedou k osvětlení proč a jak k nehodě došlo a zda byl správný postup uvedený ve standardu dodržen. Standardy nejsou jen akreditační, ale i ošetřovatelské, technické, operační, rehabilitační, managementu, hospodářské aj. Nemocnice, které mají akreditaci, jsou ukazatelem vysoké péče a erudovanosti pro laickou veřejnost. Zejména v tom smyslu, že nemocnice poskytuje zdravotnickou péči na vysoké úrovni. Pro odbornou veřejnost z hlediska zaměstnanců, ne managementu, představuje akreditace jen stres, stres, stres. Navíc by měly být nemocnice zvýhodňovány i finančně ze stran pojišťoven, ale k realizaci tohoto bodu ještě nedošlo. Můj názor je, že by akreditační komise měly přijít naprosto neohlášeně, inkognito, protože jen tak se dá relevantně zhodnotit úroveň poskytovaných služeb. Připadá mi to jako Potěmkinova vesnice, kde se před akreditací vše dává do pořádku, uklízí, vypisuje, ale po odjezdu komise a získání „glejtu“ si všichni oddychnou, že to mají za sebou a na 3 roky klid. Toto je běh na dlouhou trať, který má začít správnou motivací a edukací pracovníků. Motivovat lidi k tomu, aby vše, co je napsáno dodržovali a proč. No a dále, aby je dodatečně seznamovali s novými body, podle kterých se určuje kvalita péče. Umístila jsem zde standardy, které jsem zmínila ve své bakalářské práci. Jsou to zkrácené verze bez indikátorů, čistě jen pro nástin pochopení dané problematiky. Pouze u jednoho standardu jsem indikátory přiřadila, neboť se mi zrovna tento bod zdál velmi významným a obsáhlým.



## Standart 5

### Naplnění standardu

Hlášení nežádoucích událostí selhání diagnostického nebo léčebného procesu (*chybně podaný lék, nežádoucí účinek léků, chybně provedený výkon, nepředvídané úmrtí pacienta apod.*),

1. selhání zdravotnického prostředku nebo technologie,
2. nepředvídatelná reakce nebo chování klientů (*pokus o sebevraždu, sebepoškození pacienta, pády, problémy s identifikací pacienta nebo jeho souhlasem s léčbou, agresivní chování*),
3. nepředvídatelná reakce či změna chování zaměstnanců nebo jiných osob,
4. selhání servisních technologií (*el. energie, požár, stavební havárie apod.*),
5. ztráty či poškození majetku,
6. překážky v zajištění provozu,
7. pracovní úrazy,
8. jiné.

Hlášení může podat kterýkoliv zaměstnanec KHN, včetně podání anonymního. O této možnosti informuje pracovníka školitel v procesu zaškolení.

Ohlašovatel je povinen uvést místo, čas události a popsat co možná nejpřesněji průběh události.

Mimořádná/nežádoucí událost, týkající se pádu pacienta, musí být doplněna o další dokumentaci.

Je vhodné informovat o nežádoucí události vedoucího pracovníka oddělení (pracoviště). Jde-li o hlášení anonymní, informuje primáře manažer kvality. Primář po projednání nežádoucí události na pracovišti navrhuje vhodné nápravné opatření.

Hodnocení nežádoucí události provádí manažer kvality ihned po obdržení informace. Jde-li o velmi závažnou nežádoucí událost, informuje manažer bezodkladně vedení KHN.

Veškeré nežádoucí události jsou projednány radou kvality 1x za kvartál.

Zprávu o mimořádných/nežádoucích událostech předkládá manažer kvality vedení minimálně 2x ročně. Tato zpráva je zveřejněna pro zaměstnance na stránkách intranetu.

## Standart 6

### Naplnění standardu

Nemocnice pravidelně, zpravidla 1x ročně, provádí průzkum spokojenosti pacientů s poskytováním zdravotnických služeb, tato data vyhodnocuje a využívá je ke zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb a odstranění zjištěných nedostatků.

#### Hospitalizovaní pacienti:

1. Pro klienty všech oddělení jsou vypracovány dotazníky, které jsou zaměřeny na spokojenost v oblasti organizace práce, chování a jednání personálu, komunikaci s klientem, kvalitu stravy, vybavení pokojů a další zázemí pro klienty. Pro pacienty oddělení chirurgie páteře je dotazník rozšířen o otázky zaměřené na předoperační přípravu, informace o chirurgickém výkonu a anestezii, pooperační průběh a sledování bolesti.
2. Dotazníky připravuje, aktualizuje a výsledky zpracovává manažer pro kvalitu péče s radou kvality.
3. Vytištěné dotazníky klientům předává při nástupu k hospitalizaci sociální sestra (pracovník příjmací kanceláře), která jim poskytne rovněž potřebná vysvětlení. Klientům na oddělení chirurgie páteře předává dotazníky při příjmu sestra na anesteziologické ambulanci.
4. Sběr vyplněných dotazníků je zajištěn pomocí sběrné schránky, umístěné ve vstupu do KHN a.s. U nemocných nesoběstačných může asistovat při sběru dotazníků sociální pracovnice, případně sestry oddělení.
5. Výsledky ankety jsou vyhodnocovány do 3 měsíců po ukončení průzkumu. Zvláštní pozornost je věnována dodatečným písemným připomínkám klientů.
6. Se závěry ankety jsou seznámeni pracovníci prostřednictvím intranetu, vedoucí pracovníci obdrží písemné vyhodnocení ankety a konkrétní připomínky. Kontrola řešení připomínek je provedena do 3 měsíců. Za odstranění nedostatků odpovídají vedoucí pracovníci příslušných pracovišť.

#### Ambulantní pacienti:

1. Dotazníky pro ambulantní klienty připravuje manažer pro kvalitu péče a aktualizuje ve spolupráci s radou kvality.
2. Za distribuci dotazníků pacientům na všech ambulancích odpovídají příslušné staniční sestry.
3. Při předávání dotazníků sestra stručně informuje klienty o důvodech sběru informací a o anonymitě jejich dalšího zpracování.

4. Vyplněné dotazníky pacienti odevzdají do připravené a řádně označené schránky, která je umístěna na viditelném místě. Schránky jsou na všech patrech a u vchodu do zdravotnického zařízení.
5. Zpracování dotazníků provádí určené pracovníci nejpozději do 3 měsíců od ukončení průzkumu spokojenosti.
6. Výsledky jsou zveřejňovány na intranetu nemocnice, vedoucí pracovníci obdrží rovněž písemné hodnocení a konkrétní připomínky. Na základě získaných výsledků připraví vedení nemocnice návrh dalších opatření.
7. Nemocnice se zapojí do sledování spokojenosti kvality a bezpečí pacientů též na úrovni celokrajské či celorepublikové.

V rámci sledování spokojenosti pacientů jsou pravidelně kontrolovány zápisy v knihách připomínek (stížností), které se nacházejí na všech odděleních. Za sledování a případné řešení připomínek zodpovídají primáři oddělení a manažer pro kvalitu péče.

Proces řešení stížností má nemocnice upraven vnitřním předpisem, který řeší externí stížnosti na činnost nemocnice a jejich zaměstnanců a taktéž stížnosti zaměstnanců Karvinské hornické nemocnice a.s. Směrnicí ředitele je stanoven postup při písemném i ústním podání stížnosti, termíny a odpovědná osoba za vedení agendy. V souladu s vnitřním předpisem, dle kterého jsou stížnosti vyřizovány, pak navazuje dialog se stěžovatelem, považuje-li to stížnostní komise za vhodné, a informování ho o závěrech z prošetření jeho stížnosti. Je-li stížnost shledána oprávněnou nebo částečně oprávněnou, vedení nemocnice bezodkladně činí nezbytná opatření k nápravě.

O výsledcích z šetření spokojenosti jsou pravidelně pracovníci informováni prostřednictvím intranetu a o výsledku z prošetření stížností jsou informováni konkrétní pracovníci nebo příslušná oddělení, kterých se stížnost týkala. Tyto výstupy jsou využívány k trvalému zlepšování kvality a bezpečné péče o pacienty.

## Standart 7

### Naplnění standardu

V Karvinské hornické nemocnici a.s. jsou k dispozici „Programy kvality a standardy léčebných postupů“, které jsou vydávány odborným nakladatelstvím zdravotnické literatury. Svazky jsou pravidelně aktualizovány a jsou dostupné všem zdravotnickým pracovníkům KHN. Programy kvality tvoří osu lékařských i nelékařských standardizovaných postupů.

Primáři jednotlivých oddělení zpracovávají na svých pracovištích protokolární postupy pro nejčastější diagnostické a léčebné procesy, jejichž cílem je poskytnout všem pacientům stejný diagnostický a léčebný algoritmus, a to všemi lékaři oddělení (léčebné standardy). Tyto materiály mají edukační význam při zaškolování nových lékařů přijatých na pracoviště. Protokolární postupy (standardy) stanovují primáři nebo jimi pověřeni pracovníci oddělení. Náměstek pro léčebnou péči a asistent ředitele zhodnotí obsahovou stránku protokolu (správnost, soulad s doporučením odborných společností...) a na základě jejich doporučení standardy schválí rada kvality. Schválené protokoly (léčebné standardy) se stávají přílohou tohoto akreditačního standardu a jsou zveřejněny na intranetu KHN.

Standardy ošetrovatelských, fyzioterapeutických a ergo-terapeutických postupů, standardizované postupy pro obory radiologie, biochemie a postupy pro nutriční terapeuty tvoří rovněž přílohu tohoto akreditačního standardu.

Nové standardizované postupy jsou vytvářeny na základě potřeb oddělení. Řeší postupy u nových odborných výkonů a reagují na nutnost ošetřovat zvláštní skupiny pacientů.

Nové standardy vypracovávají pracovníci se specializací v dané problematice. Obsahovou stránku standardu hodnotí hlavní sestra nebo specialista v oboru.

Po schválení materiálů radou kvality jsou standardy zveřejněny na intranetu.

O nově vzniklých standardech jsou vedoucí pracovníci informováni na poradách.

Dle ročního plánu jsou prováděny interní audity všech standardů. Audity jsou zaměřeny na:

- znalost standardů ze strany pracovníků,
- neshody zjištěné při dodržování standardů,
- shodu standardu s novými odbornými a právními předpisy.

Připomínky ke změnám nebo doplnění standardu, které podávají pracovníci oddělení, zapracuje do standardu sestavovatel původního textu. Doplněné nebo změněné standardizované léčebné a ošetrovatelské postupy podléhají opětovnému schválení radou kvality.

Příloha: seznam všech standardizovaných postupů v KHN.

## Standart 8

### Naplnění standardu

U každého pacienta, který je přijat k hospitalizaci v KHN, je ihned při přijetí provedeno kompletní lékařské a ošetřovatelské vyšetření, na jejichž základě jsou stanoveny potřeby léčebné a ošetřovatelské péče, včetně péče rehabilitační a psychosociální.

O vyšetření je proveden záznam. Tento záznam musí být kompletní nejpozději do 24 hodin po přijetí pacienta.

Vyšetření pacienta při přijetí provádí pouze osoby odborně způsobilé.

Rozsah vstupního vyšetření, obsah a formu záznamu pro jednotlivé obory upřesňuje akreditační standard č. 9 a 10.

V dokumentaci lékař uvede:

- anamnestické údaje,
- fyzikální vyšetření,
- stanoví pracovní diagnózu,
- stanoví potřebná vyšetření,
- vytvoří plán diagnostické a terapeutické péče,
- naordinuje léčbu.

Lékař seznámí pacienta s plánem léčebných postupů a možnými riziky.

Ošetřovatelský personál:

- stanoví ošetřovatelskou anamnézu pacienta,
- stanoví ošetřovatelské diagnózy tak, aby byly maximálně zajištěny potřeby pacienta,
- zhodnotí stupeň soběstačnosti,
- vyhodnotí stav výživy,
- stanoví riziko vzniku dekubitů a riziko pádu,
- zjistí psychické, sociální, kulturní i rodinné faktory, které by mohly ovlivnit léčbu pacienta.

Pracovníci léčebného i ošetřovatelského týmu se snaží hovořit s pacientem srozumitelným jazykem.

Při všech činnostech musí zdravotníci chránit práva pacientů.

## Standart 10

### Naplnění standardu

Vstupní vyšetření každého hospitalizovaného pacienta v KHN musí být provedeno ošetřujícím/přijímacím lékařem nejpozději do 24 hod. po přijetí. Všechny získané údaje musí být zapsány ve zdravotnické dokumentaci pacienta, zápis musí být opatřen datem, časem, jmenovkou a podpisem ošetřujícího/přijímacího lékaře.

**Příjmové vstupní vyšetření pacienta na jednotlivá oddělení provádí lékař a jeho povinný minimální rozsah zahrnuje následující údaje.**

#### 1. Anamnéza:

- rodinná anamnéza,
- osobní anamnéza – přehled prodělaných onemocnění a operačních zákroků,
- farmakologická anamnéza, včetně údaje o lécích již užitých v den přijetí,
- alergická anamnéza.

#### 2. Nynější onemocnění:

- příčinné údaje vedoucí k současnému přijetí.

#### 3. Objektivní nález

- minimální rozsah fyzikálního vyšetření je definován pro jednotlivá oddělení v příloze standardu.

#### 4. Závěr při přijetí:

- souhrn diagnóz, kdy první v pořadí je diagnóza pracovní vedoucí k hospitalizaci, dále jsou uvedeny zjevné či podezřelé diagnózy vyplývající z anamnézy, fyzikálního vyšetření či dostupné dokumentace a jsou seřazeny dle závažnosti.

#### 5. Diagnostický a léčebný plán:

- je vypracován lékařem přijímacím daného pacienta a je zaznamenán do zdravotní dokumentace,
- obsahuje návrh diagnostických vyšetření, jejichž cílem je určit správnou diagnózu,
- obsahuje návrh léčebných a režimových opatření pro pacienta při hospitalizaci.

Vstupní vyšetření je zaneseno do NIS.

## Standart 12

### Naplnění standardu

Základním vnitřním předpisem upravující náležitosti zdravotnické dokumentace je směrnice ředitele „Zdravotnická dokumentace v KHN a.s.“. Tato směrnice upravuje formální náležitosti zdravotnické dokumentace. Řeší, kdo smí nahlížet a zapisovat do dokumentace, rovněž odkazuje na práva pacientů v souvislosti s informacemi o nich vedených ve zdravotnické dokumentaci. Směrnice o zdravotnické dokumentaci je dle aktuálních legislativních změn upravována. Obsahovou stránku zdravotnické dokumentace řeší akreditační standardy, které směrnici doplňují.

Akreditační standardy stanovují obsahovou náplň zdravotnické dokumentace v následujících oblastech:

1. Anamnéza (lékařská) - st. č. 10 a 11
2. Příjmové vyšetření (lékař) - st. č. 10 a 11
3. Vstupní ošetřovatelské vyšetření – st. č. 9
4. Plán diagnostické, léčebné a ošetřovatelské péče – st. č. 17
5. Rozsah a četnost zápisu vizity – st. č. 13 a 14
6. Epikríza – st. č. 18
7. Medikační list – st. č. 24 a 25
8. Propouštěcí zpráva – st. č. 38 a 39

Směrnice ředitele o zdravotnické dokumentaci tvoří přílohu tohoto standardu.

## Standart 14

### Naplnění standardu

Záznamy o průběhu a vývoji zdravotního stavu každého pacienta jsou zapisovány ošetřujícím či jeho zastupujícím lékařem nejméně jednou denně po ranní vizitě (obvykle mezi 8:00-11:00 hod.) nebo po každé závažné změně klinického stavu, včetně dnů pracovního volna. Je proveden stručný, ale výstižný zápis informující o subjektivním a objektivním stavu pacienta. Den velké vizity je v dokumentaci zřetelně označen, případné ordinace jsou zaznamenány do dokumentace, označeny datem, jmenovkou a paraforou ošetřujícího lékaře.

Na odděleních intenzivní péče je záznam prováděn nejméně 3x denně nebo po každé závažné změně klinického stavu či léčebného postupu. Záznamy mimo obvyklou dobu jsou opatřeny údajem o čase, datem, jmenovkou a paraforou ošetřujícího lékaře.

Změna léčebných a farmakoterapeutických postupů musí být zaznamenána jasně a srozumitelně do dokumentace, odůvodněna, označena datem, časem jmenovkou a paraforou ošetřujícího lékaře.

Přivolání lékaře sestrou mimo pravidelnou vizitu je jasně a srozumitelně zapsáno do zdravotnické dokumentace. Zápis obsahuje příčinu přivolání, subjektivní potíže pacienta, objektivní nález a doporučení, event. změnu léčebného postupu i terapie. Je proveden zápis časového údaje. Pokud se přivolaný lékař nedostaví k pacientovi, je o tomto učiněn zápis do ošetřovatelské dokumentace a sepsáno hlášení mimořádné události.

Veškeré zápisy do zdravotnické dokumentace budou prováděny v českém jazyce a čitelně. Dojde-li k opravě stávajícího zápisu, musí tento zůstat čitelný.

Všechny zápisy do zdravotnické dokumentace jsou označeny jmenovkou a paraforou ošetřujícího lékaře.

Zápisy:

- a) v papírové dokumentaci,
- b) v denním záznamu NIS, vytištěno a založeno v dokumentaci.

Všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent provádí záznam o pacientovi v každé směně, přičemž tento musí obsahovat vzniklé změny ve stavu pacienta z hlediska ošetřovatelských problémů a intervencí ošetřovatelské diagnóze, navazující plán ošetřovatelské péče, hodnocení stavu pacienta z pohledu sestry a doporučený ošetřovatelský postup. Každá změna musí obsahovat časový údaj, jmenovku a paraforu skupinové sestry/zdravotnického asistenta.



Fyzioterapeut a ergoterapeut provádí záznam o rehabilitačních aktivitách pacienta do záznamu o průběhu rehabilitační péče. Záznam obsahuje vstupní a výstupní vyšetření fyzioterapeutem, ergoterapeutem.

Zápis do dokumentace je prováděn ihned po provedení plánovaných výkonů. Hodnocení změn je zapsáno minimálně 1x týdně (v pátek).

Výstupní vyšetření u pacientů po malých chirurgických zákrocích a krátkodobých hospitalizacích, kteří jsou limitováni o víkendu, je výstupní zápis proveden následující pondělí na základě hodnocení ošetřujícího lékaře. Tento záznam je součástí chorobopisu, v případě ambulantní péče je záznam založen v ambulantní dokumentaci.

Sociální sestra na požádání oddělení provádí u pacientů sociální šetření a výsledek zaznamenává do sociální karty (založena u sociální sestry). Kopie výsledku je součástí chorobopisu. Rozhovor s pacientem a poučení pacienta je zaznamenáno v edukačním záznamu (v chorobopise).

V případě, že u pacienta je výsledek hodnocení nutričního screeningu 2 a více bodů, navrhuje nutriční terapeut řešení stravovacího režimu pacienta a zápis je proveden do "záznamu nutričního terapeuta o konzultaci". Četnost zápisu se řídí potřebou a změnami stavu pacienta. Poučení pacienta o stravovacím režimu je zapsáno do edukačního záznamu a podepsáno pacientem.

Lékař provádějící konziliární vyšetření provede vyšetření pacienta na základě žádanky ošetřujícího nebo službu konajícího lékaře. Záznam o vyšetření, jeho závěrech a doporučeních je proveden na samostatném dokumentu v NIS, je vytištěn a založen ve zdravotnické dokumentaci pacienta a jeho kopii si konziliář ponechá.

## Standart 44

### Naplnění standardu

Pouze dostatečně informovaný pacient se stává klientem, který je schopen spolurozhodovat o své léčbě.

Edukace pacienta nebo rodinného příslušníka zlepšuje vzájemnou spolupráci mezi ním a příslušným zdravotníkem v procesu léčení a ošetřování. Nedílnou součástí edukace je i morální a etický aspekt při komunikaci s pacienty.

#### **Edukační tým tvoří**

zdravotničtí pracovníci, kteří se v průběhu hospitalizace podílejí na poskytování péče, především péče specifické (např.: fyzioterapie, léčebná výživa, aplikace inzulínu, apod.).

#### **Pravomoci:**

edukaci v rozsahu léčebné péče provádějí lékaři,  
edukaci v oblasti ošetrovatelské péče může vykonávat registrovaná všeobecná sestra, sestra specialista,  
edukaci speciální mohou provádět nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, konzultantka pro hojení ran, zdravotně-sociální pracovníce, případně jiné obory dle potřeby.

**Koordinaci edukačních činností** provádí skupinová nebo staniční sestra.

#### **Zvláštnosti u specifických skupin pacientů:**

při edukaci dětí spolupracuje rodič nebo jiný zákonný zástupce, edukace je zapsána do edukačního záznamu s podpisem edukátora a zákonného zástupce,

při edukaci seniorů nutno získat ke spolupráci rodinné příslušníky, edukace je zapsána a podepsána pacientem, případně rodinným příslušníkem,

při edukaci osob s kognitivním deficitem nutno využít všechny možnosti, včetně pomůcek – kartičky, obrázky, piktogramy,

při edukaci cizinců možno využít služeb tlumočnicka (viz seznam tlumočnicků na intranetu KHN).

### **1. Edukace lékařem v rozsahu léčebné péče**

**U ambulantních pacientů** je proveden zápis o edukaci v ambulantní kartě. Důležité informace pacient stvrdí podpisem.

**U hospitalizovaných pacientů** je lékařská edukace zaznamenána do chorobopisu (denního záznamu) nebo edukačního protokolu.

### **2. Edukace ostatními zdravotnickými pracovníky**

- **Hospitalizovaný pacient** má v chorobopisu vložen edukační záznam (viz příloha), do kterého zapisují edukaci všichni, kdož tento výkon provedli. Edukace je stvrzena jmenovkou a podpisem edukátora a podpisem pacienta.
- **Za plán edukace a první záznam u pacienta zodpovídá skupinová sestra.**

## EDUKAČNÍ TÝM

Zdravotnický pracovník Skupinová sestra	Téma edukace prevence dekubitů prevence ICHS pohybový režim inkontinence diabetes příprava před výkonem hodnocení bolesti prevence tromboembolické nemoci /TEN
Nutriční terapeut	výživa
Fyzioterapeut Ergoterapeut	dechová rehabilitace polohování užívání lokomočních pomůcek nácvik správných pohybových stereotypů sebeobslužná péče
Konzultantka pro hojení ran	péče o chronickou ránu
Zdravotně-sociální prac. Ošetřující lékař	sociální potřeby pacienta medikace interakce léků a potravin kontroly, další vyšetření informované souhlasy

## **Indikátory standardu**

1. Hodnotí se potřeba edukace u pacienta a jeho blízkých.
2. Uvedené hodnocení se zaznamenává do dokumentace pacienta.
3. Proces edukace pacienta se zaznamenává jednotným způsobem.
4. Pacienti a jejich blízcí jsou edukováni o postupu při poskytování informovaného souhlasu, pokud je to na místě.
5. Pacienti a jejich blízcí jsou poučováni o svém podílu na rozhodování a poskytování zdravotní péče.
6. Pacienti a jejich blízcí jsou informováni o svém zdravotním stavu a o potvrzených diagnózách.
7. Pacienti a jejich blízcí jsou informováni o dietních omezeních pacienta, pokud je to na místě, a o svém možném podílu na rozšíření jídelníčku pacienta.

## Standart 45

### Naplnění standardu

V případě potřeby imobilizace pacienta řídí se personál objektivní realitou při současném dodržování:

- platných právních norem a přijatých mezinárodních závazků,
- Úmluvy o lidských právech a biomedicíně,
- Listiny základních práv a svobod,
- trestního zákoníku.

### Indikace k omezení pacientů

V případě, že pacient jeví známky intoxikace či duševní poruchy, nebo z jiných důvodů se stává nebezpečným sobě nebo svému okolí, je zdravotnický personál oprávněn na přímý pokyn ošetřujícího lékaře provést taková opatření, aby bylo zabráněno poškození zdraví pacienta, popř. ohrožení jeho okolí. Jedná se především o přiměřený způsob imobilizace nebo izolace na zvláštním pokoji. Imobilizace může být provedena farmakologicky nebo kurtací pacienta.

Před rozhodnutím o imobilizaci zhodnotí lékař psychické funkce pacienta a jeho fyzický stav a stav kůže, provede záznam v dokumentaci pacienta. Zároveň uvede způsob a důvod imobilizace

Imobilizovat, popř. izolovat pacienta lze pouze na dobu nezbytně nutnou, s ohledem na aktuální zdravotní stav. Po celou dobu imobilizace pacienta provádí ošetřovatelský personál kontrolu jeho stavu v intervalech, které naordinoval lékař, nejméně však co 2 hodiny (viz oš. standard č. 33 a záznam o imobilizaci pacienta).

Rovněž o ukončení mobilizace rozhodne lékař, který znovu zhodnotí stav pacienta po stránce psychické i fyzické a vše řádně zdokumentuje. V průběhu dlouhodobé kurtace pacienta je lékařská kontrola pacienta prováděna nejméně 1 x za 12 hodin.

Ošetřovatelský personál před a po zrušení kurtace pečlivě zhodnotí stav kůže a psychický stav pacienta. I minimální poškození kůže následkem imobilizace musí sestra písemně dokumentovat a hlásit lékaři.

O způsobu, důvodech a délce imobilizace, popř. izolace, je ošetřující lékař povinen provést záznam do lékařské dokumentace. Po ukončení kurtace lékař zhodnotí stav pacienta a kůže.

V případě potřeby imobilizace pacienta nutno maximálně respektovat jeho důstojnost.

Hlášení o kurtaci pacienta nad 24 hod. podává ošetřující lékař okresnímu soudu, v sobotu a neděli je zasláno hlášení faxem umístěném na vrátnici (č. faxu 596 312 491).

Hlášení soudu je zasláno i v případě hospitalizace pacienta bez vyjádření jeho souhlasu.

Tiskopis je k dispozici na všech odděleních a na intranetu nemocnice.

## Standart 46

### Naplnění standardu

#### Obecně závazné předpisy

Obecně závazné předpisy a oborová legislativa jsou pro pracovníky KHN dostupné na internetových stránkách. Pro vybrané vedoucí pracovníky je zpřístupněn program „CODEXIS“, kde jsou všechny obecně závazné předpisy a oborová legislativa aktualizovány v plném znění. V písemné podobě jsou uchovávány v ústavní odborné knihovně Věstníky MZ.

Za sledování nové legislativy odpovídá vedoucí Centra pracovní medicíny Ing. Mgr. Janko, který následně informuje náměstka pro LPP, ekonomického náměstka, hlavní sestru, manažera kvality a personální pracovníci. Informace týkající se jednotlivých oborů (pracovišť) předávají příslušným vedoucím pracovníkům, a to formou odkazu na příslušný zákon nebo písemnou formou, např. vnitřní směrnici zpracovanou na základě nové legislativní normy.

Veškeré vnitřní předpisy a řídicí akty jsou předány proti podpisu v tištěné podobě vedoucím pracovníkům, ti jsou povinni s nimi seznámit své pracovníky. O tomto je učiněn písemný záznam s datem seznámení a podpisy jednotlivých pracovníků. Dále jsou tyto předpisy k dispozici na intranetu nemocnice, kde jsou pravidelně doplňovány a aktualizovány.

Za předání vnitřních předpisů vedoucím pracovníkům a pracovníkům IT zodpovídá sekretářka ředitele. Za jejich umístění na intranet zodpovídají pracovníci IT.

Za dodržování platných právních norem odpovídají vedoucí pracovníci na všech úrovních.

#### Zajištění bezpečného prostředí

V rámci zajištění bezpečného prostředí pro pacienty personál a návštěvy jsou povinni všichni zaměstnanci být označeni identifikační kartou, kterou musí mít připevněnou na viditelném místě svého oděvu. Zdravotničtí pracovníci jsou povinni při prvním kontaktu s pacientem se mu představit. Zajištění pohybu cizích osob v KHN a.s. (netýká se návštěv pacientů) je stanoveno směrnicí ředitele.

1. Zajištění označení stážistů a jejich pohyb po odděleních KHN a.s. :

- každý stážista, vykonávající zdravotnickou praxi v rámci studia na jednotlivých odděleních KHN a.s., musí mít před nástupem na stáž uzavřenou smlouvu mezi školou a KHN, uzavřenou odpovědnostní pojistku a být očkovan proti virové hepatitidě,

- na oddělení je uveden hlavní sestrou (ZP – nelékaři), nebo náměstkem LP (medici),
- na intranetu jsou uvedena jejich jména, oddělení, kde stáž/praxi vykonávají a termín stáže/praxe,
- mají viditelně umístěnou přidělenou identifikační kartu,
- před zahájením stáže/praxe jsou proškoleni v přepisech BOZP a PO a hygieny rukou,
- odborný dohled nad jejich stáží/praxí vykonává pověřený pracovník, který má k tomu dané kompetence.

2. SZŠ Karviná má uzavřenou obecnou smlouvu o vykonávání praxe zdravotnických asistentů na každý školní rok. Je zde uvedeno:

- studenti SZŠ Karviná jsou označeni jmenovkami, které jim zajistí SZŠ,
- před zahájením odborné praxe jsou studenti proškoleni v předpisech BOZP a PO a hygieny rukou.

Povinností zaměstnanců, kteří nebyli při představení studenta/stážisty přítomni, je ověřit si u vedoucího pracovníka oddělení nebo na intranetu skutečnost, že dotyčný zde praxi vykonává.

3. Zajištění označení exkurzí, odborných návštěv, pracovníků firem zajišťujících servis přístrojového vybavení na odděleních KHN a.s.:

- exkurze studentů zdravotnických škol na odděleních KHN a.s. budou vedoucími pracovníky nahlášeny hlavní sestře, která zajistí jejich označení, doprovod a pohyb na oddělení,
- odborné návštěvy na odděleních (např. lékaři jiných zařízení na op. sále) budou nahlášeny na sekretariát ředitele. Vedoucí pracovník (primář, staniční sestra) zajistí prostřednictvím tiskové mluvčí jmenovky pro tyto osoby,
- budou-li se tyto návštěvy účastnit léčebného zákroku či odborného výkonu, ověří primář oddělení nebo staniční sestra, zda je v dokumentaci pacienta vyjádřen souhlas s přítomností těchto osob u výkonu. Pokud souhlas nebude vyjádřen, primář oddělení nebo staniční sestra oznámí možnost přítomnosti další osoby u výkonu/vyšetření pacientovi a požádá jej o vyjádření souhlasu. Odmítne-li pacient dát tento souhlas, nesmí být dotyčná osoba vyšetření/výkonu přítomna,
- návštěva servisního pracovníka bude vedoucím pracovníkem nebo referentkou pro zdravotnické prostředky nahlášena na sekretariát ředitele,
- staniční sestra nebo referentka pro zdravotnické prostředky zajistí prostřednictvím tiskové mluvčí jmenovky pro servisní pracovníky, kteří si je u nich vyzvednou před příchodem na jednotlivá pracoviště. Po ukončení servisu jim zpět tyto jmenovky odevzdají,
- po ukončení návštěvy/exkurze budou jmenovky odevzdány staniční sestře, ta je následně předá tiskové mluvčí,
- evidence odborných návštěv a servisních pracovníků bude vedena na sekretariátě ředitele, evidence exkurzí zdravotnických škol bude vedena u hlavní sestry.



## **Bezpečnostní audity**

V nemocnici jsou prováděny pravidelné bezpečnostní audity všech pracovišť, které jsou zaměřeny na:

- přístup k dokumentaci pacienta,
- podávání informací o pacientech,
- přístup k ležícím a imobilním pacientům,
- přístup k léčivům, návykovým látkám a jejich bezpečné uložení,
- přístup k NIS,
- volný pohyb cizích osob na odděleních a ambulancích,
- zabezpečení prostor proti vstupu nepovolaným osobám,
- evidence vydávání a půjčování klíčů,
- uzamykání ambulancí a kartoték,
- uzamykání šaten, denních místností,
- označení evakuačních cest,
- označení jednotlivých pracovišť,
- zaměření na dodržení zákazu kouření v prostorách nemocnice,
- umístění hasicích přístrojů,
- uložení nebezpečných látek, hořlavin a žíravín,
- označení prostor, kde jsou tyto látky uloženy,
- nakládání s odpadem a jeho třídění,
- kontrola funkce požárních hlásičů.

1x ročně je proveden nácvik evakuace.

O všech auditech a evakuaci je proveden písemný záznam a s jejich výsledky jsou písemně a ústně seznámeni vedoucí pracovníci na poradách primářů a staničních sester. Ti následně s výsledky seznámí své pracovníky na jednotlivých pracovištích. Závažné nedostatky jsou projednány na místě ihned.

O pracovních úrazech je vedena na každém pracovišti přesná evidence. Pracovní úrazy jsou projednány s technikem BOZP, který o tomto provede zápis a další opatření dle platné legislativy.

Je vedena evidence nežádoucích událostí, tyto jsou projednány radou kvality, čtvrtletně zpracovány a vyhodnoceny. S výsledky jsou vedoucí pracovníci seznámeni na poradách primářů a staničních sester, ti s nimi seznámí své pracovníky, následně je vyhodnocení umístěno na intranetu v sekci indikátory kvality.

## **Použitá literatura a použité prameny:**

1. Buriánek Jan.: Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky. Nakladatelství Linde a.s., Praha 2005.
2. Zdravotnická dokumentace v Karvinské hornické nemocnici a.s, KHN Karviná 2005.
3. Vondráček L. a kol.: Ošetřovatelská dokumentace v praxi. Nakladatelství Grada Publishing a.s., Praha 2003, ISBN 80-247-0704-7.
4. Vondráček L., Wirthová Vlasta.: Sestra a její dokumentace. Nakladatelství Grada Publishing a.s., Praha 2008, ISBN 978-80-247-2763-9.
5. Uherek Pavel.: Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků. Nakladatelství Grada Publishing a.s., Praha 2008, ISBN 978-80-247-2658-8.
6. Vyhláška č. 385/ 2006 Sb. O zdravotnické dokumentaci,( cit.2010, 8., 1), dostupné z [www. Clk.cz/oldweb/ zakpred/ vyhl.385-2006zdrav.dokumentace.html](http://www.Clk.cz/oldweb/zakpred/vyhl.385-2006zdrav.dokumentace.html).
7. Šustek Petr, Holčapek Tomáš.: Informovaný souhlas, teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví. Nakladatelství Aspi a.s., Praha 2007, ISBN 978-80-7357-2686.
8. Ochrana dat pacientů a bezpečnost Informačního systému, <http://www.infomed.cz> ,nezávislý server o zdravotnické informatice, ( cit. 2010, 13, 1), dostupné z , <http://www.infomed.cz>.
9. Národní akreditační standardy pro nemocnice. Vyдала SAK ČR v nakladatelství TIGIS spol. s r.o., Praha, 2008, ISBN 978-80-903750-6-2.
10. Zdravotnické noviny, roč. 2010, č. 5, s.3.
11. IZIP začíná nabízet Elektronickou zdravotní knížku prostřednictvím České pošty, [http./www.IZIP.cz](http://www.IZIP.cz), cit. 2010,6.,1.), dostupné z [http. /www.IZIP.cz](http://www.IZIP.cz).