UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Renata Dušková

Vytvoření a pilotní ověření jednotné zdravotnické dokumentace. Případová studie v Oblastní nemocnici Náchod, a.s.

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 10.5.2009 Bc. Renata Dušková

……

(podpis)

PODĚKOVÁNÍ:

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Petru Vrzáčkovi za odborné vedení diplomové práce, za poskytování odborných rad a svého času, který mi věnoval při konzultacích mé práce. Dále bych touto cestou chtěla poděkovat řediteli Oblastní nemocnice Náchod, a.s. MUDr.Miroslavu Šváblovi, který podpořil a umožnil proces změny v nemocnici. Zvláštní díky patří Mgr. Janě Girglové, která mi pomohla vytvořit ošetřovatelskou dokumentaci a zavést ji do klinické praxe.

V neposlední řadě děkuji své rodině za velkou podporu, kterou mi věnovala v průběhu celého mého studia.

V Praze, dne 17.4.2009 Bc. Renata Dušková

Obsah

1.Abstrakt.....6

Abstract.....8

Úvod.....10

2.Zdravotnická dokumentace - teoretický základ.....11

1.Právní předpisy upravující zdravotnickou dokumentaci.....11

2.Ošetřovatelství.....16

2.1.1.Ošetřovatelský proces jako systémová metoda řešení problému a jeho dokumentace.....17
2.1.2.Zhodnocení zdravotního stavu nebo-li posouzení stavu individuálních potřeb.....19
2.1.3.Ošetřovatelská diagnostika.....21
2.1.4.Plánování ošetřovatelské péče.....22

3.Obsah částí zdravotnické dokumentace.....24

3.1.1.Dokumentace ošetřovatelské péče.....24
3.1.2.Složky ošetřovatelské dokumentace.....26
3.1.3.Význam ošetřovatelské dokumentace.....29
3.1.4.Zásady vedení dokumentace.....31
3.1.5.Kontrola dokumentace.....33

4.Akreditace a certifikace zdravotnických zařízení jako metoda hodnocení a zlepšování kvality.....34

4.1.1.Akreditační standardy.....34
4.1.2.Systém jakosti podle norem ISO.....36

5.Diagnóza stavu v organizaci.....38

6.Popis organizace, kontaktní osoby.....38

6.1.1.Vyjednání a uzavření kontraktu.....39

7.Metodologie výzkumu.....40

7.1.1.Analýza ošetřovatelské dokumentace na odděleních ONN a.s.....42
7.1.2.Zavedení dokumentace v jednotlivých lokalitách.....44

8.Shrnutí výstupů analýzy ošetřovatelské dokumentace.....60

9.Prezentování výsledků a návrhy doporučení.....63

10.Proces změny - vytvoření jednotné ošetřovatelské dokumentace.....65

11.Management zavádění změny.....65

11.1.1.Pracovní tým.....68
11.1.2.Činnost týmu.....71
11.1.2.1.Vlastní tvorba ošetřovatelské dokumentace.....73

12.Pilotní ověření ošetřovatelské dokumentace v klinické praxi.....80

13.Způsob zavedení ošetřovatelské dokumentace.....81

14.Vytvoření metodického pokynu.....81

15.Metodické konzultace vedení ošetřovatelské dokumentace.....82

16.Ukončení pilotní fáze.....87

Závěr.....92

Literatura.....94

Seznam tabulek.....98

Seznam příloh.....99

Přílohy*.....*100

1. Abstrakt

Autor: Bc. Renata Dušková

Instituce: Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, FHS UK v Praze

Název práce: Vytvoření a pilotní ověření jednotné zdravotnické dokumentace. Případová studie v Oblastní nemocnici Náchod, a.s.

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Počet stran: 113

Počet příloh: 10

Rok obhajoby: 2009

Klíčová slova: Kvalita zdravotní péče, kvalita ošetřovatelské péče, zdravotní dokumentace – ošetřovatelská dokumentace, standardizace ošetřovatelské dokumentace

V diplomové práci se opírám o výsledky diagnostiky organizace, kterou jsem prováděla v Oblastní nemocnici Náchod, a.s.. V nemocnici pracuji v oblasti vrcholového managementu na pozici hlavní sestry.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou část, ve které se zaměřuji na právní předpisy, které upravují vedení zdravotnické dokumentace. Popis ošetřovatelského procesu, složky ošetřovatelské dokumentace a pravidla pro vedení ošetřovatelské dokumentace.

Těžiště práce tvoří výzkumná část. Vychází z diagnostiky organizace, kterou jsem prováděla na základě vyjednaného kontraktu o praxi v řízení v souvislosti se studiem na Fakultě humanitních studií UK Praha. Kontrakt byl uzavřen na diagnostiku zdravotnické dokumentace se zaměřením na dokumentaci ošetřovatelskou.

Analýzu dokumentace jsem prováděla na všech odděleních jednotlivých lokalit - v nemocnici Náchod, Broumov a Opočno. Zjistila jsem, že ošetřovatelská dokumentace je v nemocnici nejednotná. Každé oddělení pracovalo s jiným typem formulářů, včetně jejich obsahu. Dokumentace nebyla standardizována. Shledala jsem i závažné nedostatky, které nebyly v souladu s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci. Na základě těchto informací jsem doporučila vytvořit novou ošetřovatelskou dokumentaci, která bude jednotná na

všech odděleních jednotlivých lokalit. Bude splňovat zákonné požadavky, zajišťovat kvalitu ošetřovatelské péče a bude poskytovat důkaz o provedení standardní ošetřovatelské péče.

Proces změny ředitel nemocnice podpořil a schválil.

V diplomové práci popisuji metodologii výzkumu, následně proces změny: vytvoření pracovní skupiny pro tvorbu dokumentace, organizování školících akcí a vytvoření jednotlivých formulářů ošetřovatelské dokumentace. Proces byl završen pilotním ověřením dokumentace v klinické praxi. V tomto období probíhaly osobní konzultace se zaměřením na ověření si, zda sestry pochopily princip práce s novou dokumentací, zda ji umí efektivně využít při práci s pacienty. Dále pro nás bylo podstatné, zejména z důvodu zavedení jednotné dokumentace, zda dokumentace vyhovuje podmínkám daného oddělení. Všechny připomínky a náměty byly evidovány. Před ukončením pilotního projektu měly všechny sestry možnost vyjádřit své náměty, postřehy a připomínky na workshopu.

Pracovní skupina všechny oprávněné připomínky akceptovala. Pro definitivní podobu ošetřovatelské dokumentace bylo provedeno pouze několik obsahových a grafických změn. Po korektuře v tisku byla dokumentace v dubnu 2009 zavedena na oddělení všech lokalit v definitivní podobě. Současně byl vydán standardní ošetřovatelský postup *Vedení ošetřovatelské dokumentace*.

Na závěr jsem shrnula práci celé pracovní skupiny, která se současně shodla, že si sestry práci s dokumentací osvojily. Pochopily základní princip vedení ošetřovatelské dokumentace a dokáží ji u každého pacienta efektivně vést.

Abstract

Author: Renata Dušková, BA

Institution: Department of Management and Supervision in Social and Health Care Organisations

The name of the MA Thesis: Creating and a Pilot Authentication of a Unified Medical Documentation. A Case Study in the Regional Hospital Náchod

Supervisor: Petr Vrzáček, MA

Number of pages: 113

Number of Appendices: 10

Year: 2009

Key words: quality of the medical care, quality of the nursing care, medical documentation – nursing documentation, standardisation of the nursing documentation

This thesis is based on the results of the diagnostics of an organisation that I carried out in the Regional Hospital Náchod. I work in the top management as a charge nurse.

The thesis is divided into a theoretical part and a practical one. The legal regulations are dealt with in the theoretical part. They modify the administration of the medical documentation; the description of the nursing process, the files of the nursing documentation and regulations for managing the nursing documentation.

The focus of this thesis lies in the research part. It is based on the diagnostics of an organisation that I carried out in the hospital. It was part of a contract made with the Faculty of Humanities at the Charles University in Prague. The contract was about the diagnostics of the medical documentation with an emphasis on the nursing documentation.

The analysis of the documentation was carried out in all the departments of every regional hospital, which is a part of the Náchod Regional Hospital, i. e. the regional hospitals in Náchod, Broumov, and Opočno. I found out that the nursing documentation is not unified in the hospitals. Each department was using different types of documentation

including their content. The documentation was not standardised. During my research, I also found several mistakes in the documentation that did not correspond to the regulations. Therefore I recommended to create a completely new nursing documentation which would be unified and thus used in all departments of every of the above mentioned hospitals. Thus it would be in accordance with all the regulations and it would ensure a good quality of the medical care. It would also serve as a proof of a standard nursing care. The director supported and approved of the proposed changes.

In this thesis, I describe the methodology of the research and the changes it brought about: creating the work group to plan the new documentation, organise the training and creating the forms for the new nursing documentation. The process was completed by the pilot authentication in the clinical practise. In the meantime, meetings with the nurses were taking place to make sure they understood the concept of the new documentation and if they were able to use it efficiently while working with the patients. What was also important for us was whether the new documentation could be applied and used at every department or not. All the suggestions were recorded and kept for future reference. Before the pilot project was ended, every nurse could express their suggestions and objections at a workshop.

The work group accepted all the relevant suggestions. The final form of the nursing documentation was established by making only a few changes in content and several graphic changes. After proofreading the documentation was introduced in all departments in its final form. That was in April 2009. At the same time the standard nursing guide called Managing the Nursing Documentation was published.

I conclude the thesis by summarising the results of the work group, whose every member agreed that the nurses managed and learned how to work with the new documentation. They understood the main concept of managing the nursing documentation and are able to use it efficiently with every patient.

Úvod

Ošetřovatelství konce 20.století značně změnilo svou tvář. Na ošetřovatelskou péči jsou kladeny stále větší požadavky. Z těchto důvodů nemůže ošetřovatelskou péči poskytovat pouze jedna kategorie pracovníků. Musí být zajišťována ošetřovatelským týmem, který je významnou součástí zdravotnického týmu. Nelékařští pracovníci mají ze zákona své kompetence k poskytování péče o nemocného i zdravého jedince. Mají velký prostor pro samostatnou péči o zdravou i nemocnou populaci. Byla nastavena standardní pravidla ve vzdělávání všeobecných sester a jiných nelékařských povolání. K poskytování této péče je nutné, aby sestry získaly další znalosti, dovednosti a měly vysokou osobní odpovědnost (5).

Nové trendy ve vzdělávání nelékařských pracovníků vedou sestry k poskytování kvalitnější ošetřovatelské péče. Sestra poskytuje ošetřovatelskou péči o nemocného metodou ošetřovatelského procesu, ke kterému neodmyslitelně patří kvalitní vedení ošetřovatelské dokumentace. V této souvislosti hovoříme o moderním ošetřovatelství. Systémy poskytování péče jsou komplexnější, což vede k potřebě mít celistvou, výstižnou a přesnou dokumentaci. V moderním ošetřovatelství je to nezbytná podmínka. „Dobrá dokumentace znamená víc, než jen soupis problémů či potíží pacienta, poskytuje důkaz o provedení standardní péče“ (15).

Dokumentaci je potřeba věnovat náležitou pozornost. Významu nabývá při řešení stížností či soudních sporů. Očekává se, že bude vedena v souladu s platnými předpisy, bude odborná, ale také upravená po stránce estetické a jazykové (28).

K těmto trendům se hlásí jednotlivé nemocnice, jejímž cílem je poskytovat kvalitní péči a mít současně spokojeného pacienta.

2. Zdravotnická dokumentace - teoretický základ

„Zdravotnická dokumentace slouží nejen jako pracovní nástroj při léčbě, ale také jako doklad či dokonce důkaz v případě forenzního šetření postupu lékaře při léčení“ (19). Špatně vedená dokumentace může utvrdit podezření na chybný postup nebo může znemožnit prokázání správného postupu. Dokumentace, která je vedená dobře, naopak chrání zdravotnického pracovníka i před velmi závažnými obviněními (19).

„Stejně tak jako jakákoliv činnost ve zdravotnictví či jiných resortech, je i zdravotnická dokumentace upravena řadou obecně závazných předpisů různé právní síly“ (28). Předpisy stanovují povinnost jak dokumentaci vést, určují její formu, obsah a další náležitosti.

1. Právní předpisy upravující zdravotnickou dokumentaci

„Charakter zdravotnické dokumentace a s tím související ochrana osobních dat pacientů patří ve zdravotnictví k nezbytným předpokladům důvěry ve vztahu mezi pacienty a zdravotnickými pracovníky. Platné právní předpisy vztahující se ke zdravotnické dokumentaci se zabývají třemi aspekty – formou, obsahem a zacházením“ (32).

Jasná pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace určila až Vyhláška č. 385/2006 Sb., v platném znění o zdravotnické dokumentaci. Vyhláška uvádí bližší podmínky a způsoby pořizování, vedení, uchovávání a skartaci jednotlivých druhů zdravotnické dokumentace.

Do té doby, z právního hlediska nebylo vedení zdravotnické dokumentace dobře dořešeno. Vznikaly otázky o tom, komu dokumentace patří, kdo a jak má právo s ní disponovat. Bylo však nepochybné, že jen řádné vedení dokumentace umožňuje kvalitní péči o pacienta. Z tohoto důvodu patří vedení dokumentace ke správnému výkonu povolání. Právní předpisy přímo ukládaly povinnost řádně vést zdravotnickou dokumentaci jen nestátnímu zdravotnickému zařízení (32). Obecnou povinnost vést a uchovávat dokumentaci ukládaly stavovské předpisy České lékařské komory. Konkrétně § 2, podle kterého je „Lékař povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci

písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití“ (18).

„Rychlé a časté změny ve zdravotnických předpisech do značné míry znesnadňovaly zdravotníkům orientaci v právu. Přesto však platí zásada, že neznalost zákona neomlouvá. Zdravotníkům lze proto jen doporučit, aby věnovali postupujícím legislativním změnám náležitou pozornost“ (32).

S pokrokem počítačových technologií a nových metod se objevují snahy vést zdravotnickou dokumentaci v elektronické podobě. Ve fázi výzkumu je snaha vytvořit takovou infrastruktru, která je v souladu s platnou legislativou České republiky, respektive Evropské Unie. Na základě zákonů České republiky je důležitý zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Byl již několikrát novelizován (20).

Z dalších platných předpisů je nutné zohlednit zákon č. 227/2000 Sb., o elektronickém podpisu a zákon č. 260/2001 Sb., který má zákonný podklad pro vedení dokumentace v elektronické podobě, bez nutnosti pořizovat tištěné kopie.

Z tiskové zprávy Úřadu pro ochranu osobních údajů z dubna 2009 vyplynulo, že se Úřad intenzivně účastnil jednání k návrhu zákona o základních registrech. Ten byl projednán v Parlamentu a 1. dubna předložen k podpisu prezidentovi republiky. „Pro Úřad je navržena odpovědná role při vytváření a převodu elektronických identifikátorů pro státní registry - v § 11 zákona o základních registrech“ (22). Do této doby chybí řada prováděcích předpisů. Problémem jsou i nedostatky v zákonném rámci.

Úmluva Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny

O vedení zdravotnické dokumentace hovoří Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Úmluva byla ratifikována Parlamentem České republiky v roce 2001. Článek 10 „Ochrana soukromí a právo na informace“ pojednává o ochraně soukromí pacienta a právu na informace (21). Do této oblasti patří povinnost lékařské mlčenlivosti, pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace a její předávání mezi zdravotnickými zařízeními nebo jednotlivými lékaři. Dále je to právo pacienta zahrnující nahlížet do dokumentace a pravidla pro zpracovávání údajů o pacientech pro statistické či výzkumné účely (4).

Zákon O péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb., v platném znění

Dalším právním předpisem je zákon O péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb., v platném znění. V roce 2001 byl novelizován (zákon č. 260/2001 Sb.). § 67b) ukládá zdravotnickému zařízení vést zdravotnickou dokumentaci bez rozdílu a výjimky (31). Před novelizací tohoto zákona byla uložena povinnost vést zdravotnickou dokumentaci pouze nestátním zařízením na základě zákona č. 160/1992 Sb., (o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Paralelně se zákonem vést dokumentaci, měly obecnou povinnost stavovské předpisy (2).

Novela zákona O péči o zdraví lidu, současně dosti přesně vymezila pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace, její uchovávání, nakládání s ní a její likvidaci. Novela významně sjednocuje legislativu tak, aby požadavky pro všechny druhy a formy zdravotnických zařízení byly stejné. Dále hovoří o tom, že dokumentace může být vedena na záznamových nosičích ve formě textové, grafické či audiovizuální. Vždy musí obsahovat identifikaci pacienta a zdravotnického zařízení. Musí obsahovat anamnestické údaje, informace o daném onemocnění, o jeho průběhu a také o výsledku léčby. K dalším informacím, které musí dokumentace obsahovat jsou významné skutečnosti, které souvisí se zdravotním stavem pacienta (28). Tento zákon ještě neřeší rozdíl mezi zdravotnickou dokumentací lékaře a sestry.

V České republice tedy není možné pacienty vyšetřovat a léčit bez řádného vedení zdravotnické dokumentace, protože by to nebylo v souladu se zákonem (2).

Vyhláška č. 385/2006 Sb., v platném znění o zdravotnické dokumentaci

Novela zákona významně sjednocuje legislativu tak, aby požadavky pro všechny druhy a formy zdravotnických zařízení byly stejné. 1.11.2006 nabyla účinnosti vyhláška č.385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci. Tato vyhláška byla novelizována a 1.4.2007 přichází v platnost vyhláška MZ ČR[1] č. 64/2007 Sb.. V příloze č.1, v bodě 11 této vyhlášky je stanovena podmínka na minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace. Poprvé je řešena dokumentace ošetřovatelské péče (29).

1. Zdravotnická dokumentace dle zákona musí obsahovat dané náležitosti:
    a) název zdravotnického zařízení, název oddělení

[1] MZ ČR: Ministerstvo zdravotnictví České republiky

b) jméno a adresu pacienta
c) číslo pojištěnce
d) jméno a podpis zdravotnického pracovníka, který provedl zápis do dokumentace
e) jméno osoby, jíž lze sdělit informace o zdravotním stavu pacienta, telefonní číslo, pouze pokud je pacient sdělí
f) datum provedení zápisu do dokumentace; v případě poskytnutí neodkladné péče i časový údaj
g) razítko zdravotnického zařízení na dokumentaci, která je předávána pacientovi
h) v případě poskytování ústavní péče datum a hodinu:
    1. přijetí pacienta do ústavní péče,
    2. ukončení ústavní péče,
    3. přeložení pacienta do jiného zdravotnického zařízení, popřípadě jeho přeložení na jiné oddělení zdravotnického zařízení,
    4. předání pacienta do ambulantní péče,
    5. úmrtí pacienta,
i) v případě odmítnutí zdravotní péče zdravotnickým zařízením, zdravotnickým pracovníkem nebo pacientem uvést datum a časový údaj odmítnutí; jde-li o odmítnutí zdravotnickým zařízením nebo jejím pracovníkem, též vždy důvod odmítnutí; jde-li o odmítnutí péče pacientem, též jeho písemné prohlášení o tomto odmítnutí, odmítá-li pacient prohlášení podepsat, je součástí záznamu písemné prohlášení svědka o tom, že pacient odmítá poskytnutí zdravotní péče
j) informace o významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta
k) informace zjištěné o současném zdravotním stavu

2. Zdravotnická dokumentace dále obsahuje:

a) diagnostickou rozvahu a návrh dalšího postupu
b) předpokládanou konečnou diagnózu, návrh dalšího léčebného postupu a informace o průběhu léčení
c) záznam o rozsahu poskytnuté nebo vyžádané zdravotní péče
d) záznam o předepsání, podání a vybavení pacienta léčivými přípravky
e) záznam o vystavení příkazu ke zdravotnickému transportu

f) záznamy o ošetřovatelské péči, popis a průběh ošetřování, doporučení k dalšímu ošetřovatelskému postupu
g) záznam o provedení očkování, včetně uvedení názvu očkovací látky a čísla šarže
h) písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím vyšetřovacího, léčebného nebo jiného zdravotního výkonu
i) záznam o souhlasu pacienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu
j) záznam o použití omezujících prostředků vůči pacientovi a o ohlášení této skutečnosti soudu
k) kopie informací předávaných o pacientovi v listinné formě
l) záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace
m) záznam o uznání a ukončení dočasné pracovní neschopnosti
n) záznamy lékaře orgánu sociálního zabezpečení související s kontrolou posuzování dočasné pracovní neschopnosti
o) záznamy o jiných významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, které byly zjištěny v souvislosti s poskytováním zdravotní péče

Součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jsou dále výsledky vyšetření, informace o zdravotním stavu pacienta, průběhu a ukončení jeho léčení. Další legislativní podmínkou vedení zdravotnické dokumentace je, že každý list dokumentace musí být identifikovatelný. Zápis provádí zdravotnický pracovník bezodkladně. Vyřazování dokumentace zajišťuje zdravotnické zařízení v souladu se skartačním řádem. Dokumentace se uchovává po dobu 5 let a dále dle skartačního řádu (29).

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

K dalším předpisům, které řeší dokumentaci patří Ochrana dokumentace před zneužitím. Zákon č. 101/2000 Sb., „§ 13 stanovuje, že správce a zpracovatel osobních údajů jsou povinni přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, jejich záměně, zničení, ztrátě, jakož i zneužití osobních údajů. Tato povinnost platí i po ukončení zpracování osobních údajů“ (6).

Zákon o archivaci a skartaci dokumentace

Jiný právní předpis ošetřuje archivaci dokumentace. Trestní zákon, § 178 „stanovuje postih při neoprávněném nakládání s osobními údaji, které jsou ve zdravotnické dokumentaci“ (28).

Koncepce ošetřovatelství

V roce 2004 Ministerstvo zdravotnictví vydává ve Věstníku Koncepci ošetřovatelství. Jedná se o metodické opatření, ve kterém je mimo jiné konstatováno, že sestra odpovídá za zajištění ošetřovatelského procesu u pacienta po celou dobu jeho hospitalizace. Současně má za povinnost u každého pacienta vést zdravotnickou dokumentaci. Zodpovídá za její vedení. Dále uvádí, že součástí zdravotnické dokumentace je ošetřovatelská dokumentace, kde jsou zaznamenány údaje o stavu a vývoji individuálních potřeb a ošetřovatelských problémů pacienta, rodiny, či jeho blízkých nebo komunity (7).

2. Ošetřovatelství

Ošetřovatelství se řadí mezi samostatné vědní obory. Je to mladá vědní disciplína. Její obory se vyvíjejí, bude se jednat o dlouhodobý proces. Ošetřovatelství je multidisciplinární obor s vlastní teorií i praktickou aplikací. Věda v ošetřovatelství vystupuje jako jednota dvou stránek (17). Teoretické poznatky vychází z předmětu zkoumání a metodou praxe je ošetřovatelský proces. S novými poznatky se objevila i nová terminologie. Tak, jako v každém vědním oboru se odráží prvky filozofie a světového názoru, tak se stejně dotkly i oboru ošetřovatelství. Jedná se zejména o filozofii holismu[2]. Filozofie a světový názor v ošetřovatelství se odráží v duchovnu a etických zásadách. Vytváří hodnoty, víru, přesvědčení ošetřovatelství (12).

Základním oborem ošetřovatelství je teorie ošetřovatelství, její dějiny a také metodologie. K aplikovaným oborům se řadí interní ošetřovatelství, chirurgické, onkologické, pediatrické nebo rehabilitační ošetřovatelství a řada dalších. Historicky se vědomosti využívané sestrami odvozovaly od přírodních a humanitních věd. Teorie se

[2] Holismus – filozofický směr, zejména biologický (filozofie celistvosti)

rozpracovávaly, vyhodnocovaly a začaly používat v praxi. Modely ošetřovatelské péče se snaží odrážet podstatu ošetřovatelství. Rozvoj této teorie je jeden z nejdůležitějších úkolů, před kterým stojí obor ošetřovatelství (17).

Koncepce ošetřovatelství definuje ošetřovatelství „Jako samostatnou vědeckou disciplínu zaměřenou na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebepéči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči“ (7).

2.1.1. Ošetřovatelský proces jako systémová metoda řešení problému a jeho dokumentace

„Ošetřovatelský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci ošetřovatelských cílů ošetřovatelství“ (17). Závazný dokument Koncepce ošetřovatelství říká, že ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Cílem je dosáhnout změny zdravotního stavu pacienta a zajistit kvalitní ošetřovatelskou péči. Péče je zaměřena na individuální potřeby nemocného (12).

„Hlavní pracovní metodou ošetřovatelského personálu je ošetřovatelský proces. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů/klientů“ (7). Sestra je v poskytování péče aktivní, neboť sama iniciativně rozpozná jaké problémy u pacientů musí řešit. Samostatně rozhodne o způsobu péče tak, aby bylo dosaženo stanovených cílů a mohla měřit jakého pokroku v péči o pacienta dosáhla. Proces znamená průběh ošetřovatelských činností. Jedná se o způsob práce i o způsob přístupu k profesionální ošetřovatelské péči. Jedná se o nepřetržitý, nikdy nekončící vztah mezi sestrou a pacientem (17).

Snahou všech zdravotnických profesionálů je poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči. Jedním z prvků zajištění kvalitní péče o pacienta je standardizace ošetřovatelské péče. Na Ministerstvu zdravotnictví byla zřízena pracovní skupina pro národní standardizaci.

Jejím úkolem bylo zpracovat, schvalovat a zveřejnit standardní ošetřovatelské postupy. V neposlední míře bylo snahou vytvořit návrh šablony standardního postupu. Z těchto standardních postupů může vycházet jakékoliv zdravotnické zařízení. Na jejich základě tedy může vytvořit strukturální standardy na lokální úrovni (13). Rámcové standardy se stávají základní metodickou normou pro poskytování ošetřovatelské péče. Jednotlivá kritéria a požadavky zařízení je ovšem potřeba nastavit na podmínky daného zdravotnického zařízení (17). Pro zavedení ošetřovatelského procesu do ošetřovatelské praxe vydalo MZ standardní postup. Stává se rámcovým informačním a edukačním standardem pro zdravotnická zařízení (23).

Význam ošetřovatelského procesu spočívá v poskytování individualizované ošetřovatelské péče. Sestry tímto způsobem pacienta lépe poznají. Vnímají ho jako člověka s individuálními problémy. Proces pomáhá sestře snáze pochopit chování pacienta a současně najít vhodný způsob přístupu k nim. Ošetřovatelský proces umožňuje větší pracovní spokojenost a seberealizaci sestry. Dále vede k větší samostatnosti a řízení vlastní práce. Každý člen týmu nese vlastní odpovědnost za poskytnutou péči. Současně plánovaná a individualizovaná péče přináší více prospěchu chronicky a nevyléčitelně nemocným pacientům. Důležité je uvědomit si, že kvalita poskytované ošetřovatelské péče při aplikaci ošetřovatelského procesu závisí hlavně na práci sester, které ji vykonávají. Nezbytnou samozřejmostí je vzájemná spolupráce s nemocným člověkem. Budeme-li ošetřovatelský proces rozvíjet v tomto duchu, snížíme riziko komplikací a zároveň ovlivníme vlastní zodpovědnost pacienta za jeho zdraví (17).

„Ošetřovatelský proces je uskutečňován organizačními systémy práce“ (7):

- <u>systém skupinové péče</u> - skupinová sestra během směny pečuje o určenou skupinu nemocných, odpovídá za zajištění ošetřovatelského procesu a vedení příslušné zdravotnické dokumentace. Každého nemocného osobně předá příslušné skupinové sestře z další směny;
- <u>systém primárních sester</u> - po přijetí je nemocnému přidělena primární sestra, která odpovídá za zajištění ošetřovatelského procesu po celou dobu jeho hospitalizace a za vedení příslušné zdravotnické dokumentace. Plán péče zajišťuje za pomoci dalších ošetřovatelských pracovníků. Není-li ve službě, nemocného předá sestrám další směny, po návratu do služby své nemocné přebírá zpět. Primární sestra se podílí v průběhu směny také na ošetřování nemocných, jimž primární sestrou není.

Organizační systémy vyžadují pravidelnou a kvalitní výměnu informací o nemocných. Provádí se formou krátkých porad. Do ošetřovatelského procesu jsou aktivně zapojeni i studenti, kteří se připravují na zdravotnické povolání.

„U každého pacienta je vedena zdravotnická dokumentace, jejíž součástí je ošetřovatelská dokumentace, která zaznamenává údaje o stavu a vývoji individuálních potřeb a ošetřovatelských problémů pacienta“ (7).

„Ošetřovatelský proces představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetřovatelství používají“ (11):

1. ke zhodnocení stavu individuálních potřeb
2. ke stanovení ošetřovatelských problémů
3. k plánování ošetřovatelské péče
4. k realizaci ošetřovatelské péče
5. k vyhodnocení efektivity ošetřovatelské péče

Plánované činnosti jsou současně jednotlivými fázemi ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelský proces má pět fází: (12)

1. Zhodnocení zdravotního stavu pacienta
2. Ošetřovatelská diagnostika
3. Plánování ošetřovatelské péče
4. Realizace péče podle plánu
5. Vyhodnocení výsledků péče

Jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu jsou dokumentovány do příslušných formulářů ošetřovatelské dokumentace.

2.1.2. Zhodnocení zdravotního stavu nebo-li posouzení stavu individuálních potřeb

„Adekvátní systematické ošetřovatelské zhodnocení stavu zdraví pacienta je považováno, za jednu z nejkvalifikovanějších dovedností sestry“ (12). Zápis sestra

provádí do formuláře Ošetřovatelská anamnéza neboli Posouzení stavu individuálních potřeb.

Koncepce ošetřovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky hovoří o tom, že ošetřovatelští profesionálové jsou povinni pracovat metodou ošetřovatelského procesu. Právě posouzení stavu individuálních potřeb je prvním krokem. V návaznosti probíhá ošetřovatelská diagnostika (7).

Zhodnocení zdravotního stavu obsahuje anamnestické údaje. Informace a anamnestická data sestra získá ze zdravotnické dokumentace. Pro získání informací o individuálních potřebách v předchozím období, tedy před přijímáním do ošetřovatelské péče může využít výsledky anamnestického rozhovoru.

Dále ošetřovatelskou anamnézu sestry vyplňují na základě informací od rodiny či partnera. Využívají metodu pozorování, „včetně verbálního a nonverbálního chování pacienta, měření fyziologických funkcí“ (26). Sledování fyziologických funkcí řadíme k fyzikálnímu vyšetření, které doplňuje subjektivní údaje pacienta. Výsledky slouží pro shromažďování objektivních údajů a rozšiřuje systematické hodnocení stavu zdraví pacienta. Součástí tohoto vyšetření jsou nástroje k měření a objektivnímu hodnocení aktuálního stavu a schopností pacienta. Jedná se o různé testy, škály či měřítka. Z dalších metod pro získání informací je rozhovor a naslouchání. Je vhodné kombinovat direktivní a nedirektivní přístup rozhovoru. Důraz je kladen i na místo, kde rozhovor probíhá a na druhy pokládaných otázek. Na základě těchto metod získáváme objektivní a subjektivní příznaky aktuálního stavu individuálních potřeb pacienta (12).

Sestra při získávání informací využívá kompetencí sester. Tyto kompetence jsou pro sestru závazné a v praxi je musí vykonávat. Kompetence definuje zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění a následná prováděcí vyhláška č. 424/2004 Sb..

Odebraná anamnéza má i své úskalí. Musí být zjišťovány a zapsány takové informace, které by nebyly v rozporu s platnou legislativou. Zejména s Listinou základních práv a svobod či zákonem na ochranu osobních údajů. Odborná, ale i laická veřejnost by měla zvážit, jestli nebude získávání citlivých anamnestických údajů (např. náboženství) hodnoceno jako neoprávněné shromažďování osobních údajů (28). „V praxi to znamená, že sestra je při získávání anamnestických údajů oprávněna se ptát a zapsat ve formuláři pouze údaje, které potřebuje pro výkon své činnosti, tedy ty, které potřebuje k poskytování zdravotní péče“ (27).

2.1.3. Ošetřovatelská diagnostika

Ošetřovatelské diagnózy jsou standardním pojmenováním pacientova problému. Byly systematicky seřazeny do Taxonomie I. Řazení diagnóz odpovídá seřazení diagnóz do „devíti vzorců lidských reakcí“ (11). Do taxonomie byly zařazeny ošetřovatelské diagnózy přijaté v roce 1994 NANDA[3]. Taxonomie I byla poprvé publikována v roce 1987 jako Taxonomie I (The Orange Book). Pro zjednodušení komunikace se začala objevovat snaha vytvořit standardní terminologii a začala práce na nové taxonomické struktuře. Poprvé byla představena v roce 1998 v St.Louis (12).

Na základě výsledků práce odborníků na diagnostiku dysfunkčních a potencionálně dysfunkčních potřeb člověka, asociace NANDA doporučuje novou verzi diagnostické klasifikace (11). Tak zvaná „ Taxonomie II, usiluje o větší komplexnost rámcové klasifikace, obsahuje nové systematické řazení a gramatické vyjádření ošetřovatelských diagnóz“ (12). „Taxonomie II přinesla strukturu třinácti diagnostických domén“ (11).

„NANDA diagnostická klasifikace se rozvíjí minimálně čtyřicet let a je kontinuálně doplňována a zdokonalována“ (11). Z tohoto důvodu nemohou být standardně pojmenovány všechny ošetřovatelské problémy pacienta. Obdobným procesem dochází ke změnám i Mezinárodní klasifikace onemocnění. Oproti ošetřovatelské diagnostice má lékařská diagnostika výhodu tradice. Mezi odbornou veřejností je známější a nepostradatelnou součástí medicínské praxe. Ošetřovatelská veřejnost je podněcována ke spolupráci na tvorbě nových diagnóz. Na tvorbě se podílejí nejenom odborníci z USA, ale z dalších evropských zemí.

Jeden z cílů sestry v rámci diagnostiky je vyhledávat, odstraňovat, zmírňovat a předcházet problémům pacienta v oblasti jeho potřeb. Přístup k lidským potřebám vychází z hierarchické teorie potřeb psychologa Maslowa[4]. Vytvořil teorii motivace. Zdůrazňuje v ní propojení filozofie a psychologie. Každý jedinec má podle Maslowa individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán (25). „Ošetřovatelská diagnostika analyzuje biologické, psychické, společenské a spirituální lidské potřeby“. Abychom rozlišili, zda potřeby pacienta jsou v normě nebo z normy vybočují, využíváme „poznatky výzkumných a vývojových aktivit mezinárodního odborného seskupení nazvaného NANDA – International“ (11). Diagnózy jsou kromě svého názvu označeny i číselným kódem mezinárodní klasifikace ošetřovatelských diagnóz. Tyto kódy jsou důležitou

[3] NANDA – International (North American Assotiation for Nursing Diagnosis International – Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetřovatelskou diagnostiku)
[4] Abraham H. Maslow (1908 – 1970): americký psycholog, první prezident Společnosti pro humanistickou psychologii

prevencí záměny jednotlivých ošetřovatelských diagnóz. Kódy je doporučováno používat v písemné i elektronické ošetřovatelské dokumentaci (11).

Diagnózy jsou řazeny podle 12 oblastí modelu Funkčního typu zdraví M. Gordonové[5] (12). M. Gordonová zdraví definuje „jako sled chování či vystupování člověka směrem ke zdraví napříč časem“ (11).

Ošetřovatelství prochází neustálým vývojem. V NANDA diagnostice došlo ke změnám i některých pojmů. Termín *symptomy* byl nahrazen termínem *určující znaky* a termín *etiologie* byl přejmenován na *související faktory*. Pro stanovení dysfunkční potřeby jsou nové pojmy výstižnější. Předchozí se více vztahují k lékařské terminologii. „Pojem rizikové faktory byl zachován“. Cílem úprav je vytvoření přesného diagnostického systému pro mezinárodní klasifikaci onemocnění.

Než sestra začne provádět ošetřovatelskou diagnostiku, je vhodné zjistit údaje o pacientovi z lékařské dokumentace. Znalost zdravotního stavu pacienta je pro ošetřovatelskou diagnostiku velmi významná (11).

2.1.4. Plánování ošetřovatelské péče

Plán individuální ošetřovatelské péče se stanovuje po diagnostickém závěru (11). Plánování péče představuje řadu aktivit sestry. Součástí plánování je stanovení priorit. Jedná se o určení problémů pacienta a stanovení ošetřovatelské diagnózy. „Do plánu zařazujeme aktuální i potencionální problémy pacienta“. Těmto problémům věnujeme zvýšenou pozornost pro zajištění celkové kvality péče a k vyloučení rizika, které by mohlo zhoršit zdravotní stav pacienta (26).

Sestry mají kompetence pro rozhodnutí, jakou péči pacientovi poskytnou. S tím souvisí tvorba individuálního plánu ošetřovatelské péče. Ten dokumentuje, jakým způsobem bude řešena ošetřovatelská dokumentace (11). Plán péče je částí dokumentace se kterou sestra pracuje po celou dobu hospitalizace. Plán péče aktualizuje vždy při změně zdravotního stavu pacienta (26). Dále dle standardního postupu daného zdravotnického zařízení.

Každá ošetřovatelská diagnóza má stanoveny konkrétní ošetřovatelské intervence a výsledky. Sestry znají, jaké intervence stanoví pro řešení ošetřovatelských problémů. Stanovují takové intervence, které vedou ke zmírnění nebo odstranění rizikových,

[5] Marjory Gordonová: profesorka ošetřovatelství z Boston College Massachusetts, Model Funkčního typu zdraví. Vznikl v 80.letech v USA na základě výzkumu. V 90. letech akceptovaný v Evropě. (15)

určujících či souvisejících faktorů (11). Stanovení očekávaných výsledků vztažených ke každé ošetřovatelské diagnóze a cílům vede k výsledné změně zdravotního stavu pacienta. Jedná se o měřitelné kroky (12). Pojem ošetřovatelská intervence má širší význam. „Jde o název okruhu péče, pod který spadá soubor ošetřovatelských činností užívaných k řešení konkrétní ošetřovatelské diagnózy“ (26).

V dalším kroku se realizuje individuální plán péče. „Sestry se řídí standardy daného zařízení, metodickými a závaznými pokyny, průvodci, návody a jinými předpisy“ (12). Realizace je zaměřena na dosažení očekávaných výsledků. Písemný záznam se provádí do formuláře *Realizace ošetřovatelské péče*. Záznam obsahuje informace o provedení výkonů/ činností. Záznam se provede svislou čarou k danému datu a času. Nesmí chybět podpisy vykonavatelů ošetřovatelské intervence.

„V rámci ošetřovatelského procesu provádíme také vyhodnocení“ (11). Jedná se o poslední část plánu, ve kterém vyhodnocujeme výsledky péče. „Výsledek ošetřovatelské péče je definován jako měřitelný stav, měřitelné chování nebo vnímání jednotlivce, rodiny nebo komunity, který je dlouhodobě a kontinuálně sledován a který citlivě reaguje na intervence“ (11).

Sestra zjišťuje, zda bylo dosaženo očekávaných výsledků. Do jaké míry musí plán upravit, změnit. „Průběžné hodnocení je cílevědomá činnost, jejímž prostřednictvím sestry odpovídají za svou činnost a nepokračují v neúčinných intervencích“ (12). Záznam se provádí do *Denního hlášení sester.* Obsahuje záznam o objektivním stavu individuálních potřeb a ošetřovatelských problémech pacienta při předávání služby. Zaznamenáváme popis jeho subjektivních reakcí na léčbu a na poskytovanou ošetřovatelskou péči v průběhu konané služby. Obsahuje i mimořádné události související se stavem pacienta v průběhu konané služby, záznam o nově vzniklých či zaniklých ošetřovatelských diagnózách v průběhu konané služby. Musí také obsahovat upozornění na důležitá fakta směrem k pacientovi (29).

Několik let se hovoří o tom, že *Plány ošetřovatelské péče* by měly být použity jako přímý účet pro náklady na individuální ošetřovatelskou péči (12). Do konce roku 2009 by měl být vydán aktualizovaný sazebník výkonů. Na sestru je z tohoto pohledu pohlíženo jako na nositelku výkonů. Obsahem novely bude padesát nejdůležitějších výkonů.

3. Obsah částí zdravotnické dokumentace

Vyhláškou o zdravotnické dokumentaci je stanoven minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace. Jedná se o Informace ze zdravotnické dokumentace vedené lékařem primární zdravotní péče, Vyžádání další zdravotní péče, Informace o provedeném vyšetření (lékařská zpráva), Informace o propuštění z ústavní péče (propouštěcí zpráva), Písemný souhlas s poskytnutím zdravotního výkonu, Prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu, Záznam o souhlasu s poskytováním informací, Lékařský posudek, Dokumentace zdravotnické záchranné služby, Dokumentace lékařské služby první pomoci (kniha denních záznamů) a Dokumentace ošetřovatelské péče (31).

3.1.1. Dokumentace ošetřovatelské péče

„Ošetřovatelská dokumentace je systematické zaznamenávání plánované i neplánované ošetřovatelské péče poskytované klientovi/pacientovi všeobecnou sestrou (dále jen sestrou) a porodní asistentkou a ostatními členy ošetřovatelského týmu, kteří pod vedením kvalifikované sestry/porodní asistentky pracují. Vedení záznamu může efektivním způsobem ovlivňovat ošetřovatelskou praxi a porodní asistenci“ (24). Zdravotnická zařízení dokumentují zdravotní péči, kterou poskytly pacientovi. Realizace ošetřovatelského procesu je zapisována v ošetřovatelské části zdravotnické dokumentace, která vychází a je v souladu s platnou legislativou.

„Záznam o ošetřovatelské péči musí obsahovat“ (31):

a) ošetřovatelskou anamnézu pacienta (ošetřovatelské posouzení), zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetřovatelské péče a ošetřovatelského plánu,
b) ošetřovatelský plán, v němž se zejména uvedou
    1. popis ošetřovatelského problému a stanovení ošetřovatelské diagnózy pacienta,
    2. postupy poskytování ošetřovatelské péče a podle povahy postupů datum a časový údaj o poskytnutí ošetřovatelské péče nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření nebo jiných postupů ošetřovatelské péče, včetně poučení pacienta,
    3. hodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče,

4. změny v ošetřovatelském plánu,

c) ošetřovatelskou propouštěcí zprávu nebo doporučení k dalšímu ošetřovatelskému postupu v případě předání pacienta do další ošetřovatelské péče, v níž se zejména uvede
    1. shrnutí ošetřovatelské anamnézy,
    2. aktuální údaje o poskytnuté ošetřovatelské péči včetně časových údajů o poslední poskytnuté péči, posledním podání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a použití zdravotnických prostředků,
    3. aktuální údaje o zdravotním stavu pacienta,
    4. záznam o rozsahu podané informace v rámci ošetřovatelské péče při propuštění z ústavní péče.

Ošetřovatelská propouštěcí zpráva se nevypracovává, je-li o propuštění pacienta z ústavní péče vypracována lékařská propouštěcí zpráva (31). Povinnost vypracovat propouštěcí - překladovou zprávu je při překladu pacienta na jiné oddělení daného zdravotnického zařízení nebo do jiného zařízení.

Ošetřovatelská dokumentace musí být v souladu s platnou legislativou. Zároveň tvorba formulářů pro ošetřovatelskou péči musí vycházet z potřeb současného poskytování zdravotní péče. Prosté překládání a přepisování formulářů z ciziny nesvědčí o dobré znalosti problematiky a neprospívá věci. Ošetřovatelská péče se opírá o nové poznatky. Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocné pacienta (11).

Současně existuje řada koncepčních modelů, které sestra může používat při své práci. V České republice je nejrozšířenější a nejpoužívanější model M. Gordonové – model *Funkčního typu zdraví.* Z tohoto modelu vychází i tvorba ošetřovatelské dokumentace. A.Archalousová ve své publikaci uvádí, že ošetřovatelská anamnéza se skládá ze dvou částí:

První část obsahuje obecné údaje o pacientovi jako je věk, bydliště, telefonní spojení, jeho reakce na hospitalizaci, životní styl, aktivitu a další (1).

Druhou část tvoří dvanáct oblastí dle modelu Gordonové (17):

- Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
- Výživa a metabolismus
- Vylučování

- Aktivita, cvičení
- Spánek, odpočinek
- Vnímání, poznávání
- Sebepojetí, sebeúcta
- Plnění rolí, mezilidské vztahy
- Sexualita, reprodukční schopnost
- Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance
- Víra, přesvědčení, životní hodnoty
- Jiné

Termín ošetřovatelská anamnéza, Jana Marečková, přední odborník na ošetřovatelskou terminologii a ošetřovatelský proces nahrazuje termínem ošetřovatelské posouzení. I ona vychází při sběru informací o pacientovi z modelu M. Gordonové.

3.1.2. Složky ošetřovatelské dokumentace

Základní ošetřovatelská dokumentace obsahuje tyto složky: (6)

- Posouzení stavu individuálních potřeb (strukturované dle vhodného koncepčního modelu)
- Individuální plán ošetřovatelské péče
- Dokumentování realizace ošetřovatelské péče
- Denní záznamy/hlášení sester
- Překladovou a propouštěcí zprávu

1. „Formulář Posouzení stavu individuálních potřeb obsahuje“ (6):

A) Anamnestické údaje

- informace a anamnestická data ze zdravotnické dokumentace
- výsledky anamnestického rozhovoru k získání informací o individuálních potřebách v předchozím období (před přijímáním do ošetřovatelské péče)
- informace od rodiny či partnera

B) Objektivní a subjektivní příznaky aktuálního stavu individuálních potřeb pacienta

- výsledky strukturovaného rozhovoru – posouzení subjektivních příznaků ošetřovatelských problémů
- výsledky pozorování - posouzení aktuálního stavu objektivních příznaků ošetřovatelských problémů
- výsledky fyzikálního screening (základní fyzikální vyšetřovací metody)
- výsledky vyšetření užitím testů a škál
- informace od rodiny či partnera

2. „Formulář Individuální plán ošetřovatelské péče obsahuje“ (6):

A) ošetřovatelské diagnózy označené pořadovým číslem priority, např. ošetřovatelská diagnóza č. 1 (včetně ošetřovatelských diagnóz z oblasti edukace pacienta)

B) cíle/výsledky pacienta u všech ošetřovatelských diagnóz s pořadovým číslem (např. cíl 1 s měřitelnými kritérii)

Formulace cílů/výsledků pacienta obsahují:

- subjekt (kdo cíle dosáhne - pacient, matka, dítě)
- činnost - chování pacienta (chodí, vypije, předvede)
- měřitelná kritéria
- stanovení podmínek činnosti (pomocí chodítka, v domácím prostředí, kolik, o kolik, v jaké míře)
- časový rámec – do kdy, kolikrát denně
- cíle/výsledky pacienta jsou:
    - individuální
    - reálné
    - měřitelné (s měřitelnými kritérii)
    - respektují přání pacienta
    - využívají rezerv pacienta

Formulář individuálního plánu ošetřovatelské péče dále obsahuje:

- ošetřovatelské intervence ke každému z cílů/výsledků pacienta, označené malými písmeny abecedy (např. 1a, 1b)

- ošetřovatelské ordinace (= konkretizace) pro každou stanovenou intervenci, formulované s využitím či odkazy na standardy ošetřovatelských postupů daného zdravotnického zařízení, se stanoveným datem, službou, hodinou, frekvencí provádění a eventuálně vykonavatelem z řad ošetřovatelského týmu. Ošetřovatelské ordinace jsou formulovány infinitivem (např.: sledovat FF[6]) nebo činným slovesem v množném čísle (např.: sledujte FF)
- plánované datum vyhodnocení/revizi plánu pro jednotlivé ošetřovatelské diagnózy
- dokumentování výsledků průběžného hodnocení, ke každé ošetřovatelské diagnóze, či závěrečného vyhodnocení plánu péče:
    - zhodnocení aktuálního stavu pacienta směrem k dané ošetřovatelské diagnóze
    - konstatovaní, zda plánované cíle byly splněny, splněny částečně nebo nebyly splněny – v tomto případě odůvodnění proč
    - konstatování, zda ošetřovatelská diagnóza pokračuje
    - eventuální provedení změn v cílech a intervencích

Zrušení ošetřovatelské diagnózy nebo cíle či intervence je provedeno označením „ex“ a je vždy doloženo podpisem sestry a datem provedení záznamu.

Individuální plán ošetřovatelské péče může být rozšířen o edukační plán.

2. „Formulář Dokumentování realizace ošetřovatelské péče obsahuje“ (6):

- jméno pacienta
- záznam o provedení výkonů/činností svislou čarou k danému datu a času
- podpisy vykonavatelů ošetřovatelské ordinace

Výkony uvedené v lékařském dekurzu nebo ordinačním listu se do tohoto formuláře neuvádějí.

[6] FF: fyziologické funkce

4. „Formulář Denní hlášení/záznamy sester obsahuje“ (6):

- datum, označení služby, její časové vymezení, jméno předávající a přebírající sestry, jejich podpisy
- záznam o objektivním stavu individuálních potřeb a ošetřovatelských problémů pacienta při předávání služby
- popis jeho subjektivních reakcí na léčbu a na poskytovanou ošetřovatelskou péči v průběhu konané služby
- mimořádné události související se stavem pacienta v průběhu konané služby
- záznam o nově vzniklých či zaniklých ošetřovatelských diagnózách v průběhu konané služby
- upozornění na důležitá fakta směrem k pacientovi

5. „Formulář Překladová a propouštěcí zpráva slouží“ (6):

- k zajištění kontinuální ošetřovatelské péče

Formulář je vyhotoven ve dvojím provedení, originál je zaslán s pacientem, kopie je archivována s ostatní zdravotnickou dokumentací dle platných zákonných norem. Je vyplněn skupinovou/primární sestrou při splnění výstupních kritérií.

Obsahuje:

- přetrvávající ošetřovatelské diagnózy, cíle a intervence
- informace o výsledku edukace pacienta v dané oblasti
- informace o stavu soběstačnosti včetně důležitých informací týkající se individuálních potřeb pacienta
- informace o kontaktu se sociální sestrou a rodinou
- informace o cennostech a osobních věcech
- jméno a podpis sestry, datum vyhotovení

3.1.3. Význam ošetřovatelské dokumentace

V době reformy zdravotnického systému pacienti mění své postoje k poskytované zdravotní péči. Své postoje mění i k poskytovatelům zdravotní péče, tedy sestrám, lékařům

a ostatním zdravotnickým pracovníkům. Všechno toto má vliv na požadavek zvýšených nároků na odbornost poskytovatelů, ale také na dokumentaci, která péči dokladuje (28).

„Kvalitní vedení ošetřovatelské dokumentace je odrazem úrovně profesionální praxe. Správné, vhodné a efektivní vedení dokumentace je vizitkou kvalifikovaného odborníka, naopak nedbale vedená a neúplná dokumentace často skrývá i širší problémy praxe určitého jednotlivce nebo zdravotnického zařízení“ (6).

„Od zdravotnické dokumentace se právem očekává, že bude vedena nejen v souladu s platnými předpisy, které její vedení upravují, ale že bude na patřičné výši i po stránce věcné“ (28). Estetická a jazyková úprava dokumentace by neměla být podceňovaná, neboť na základě vzhledu si vytvoříme první dojem. Vzhled dokumentace vypovídá o celém zdravotnickém zařízení, o jeho zaměstnancích a v globálním pohledu i o celém zdravotnictví.

Obsahuje-li dokumentace pravopisné chyby, špatnou terminologii nebo zápisy jsou chybné či nečitelné, v negativním smyslu se podepisují na celém systému zdravotní péče. Z těchto důvodů je nutné věnovat dokumentaci velkou péči (28).

V České republice dokumentace nemá jednotnou podobu. Liší se pravidla pro vedení a užívání dokumentace (14). Ministerstvo zdravotnictví vydalo jako metodický pokyn Standard „Vedení ošetřovatelské dokumentace“.

Autorem je Doc., PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D. Standard je informační a edukační (24). Není závazný. Je určitým návodem pro vedení dokumentace v jednotlivých zdravotnických zařízeních. „Zdravotnická zařízení dokumentují realizaci ošetřovatelského procesu v ošetřovatelské části zdravotnické dokumentace, která vychází a je v souladu s platnou legislativou“ (24). „Nejlepší ošetřovatelská dokumentace je taková, která vzniká na základě konzultací a diskusí, které probíhají na místní úrovni mezi všemi členy víceoborového zdravotnického týmu i s pacientem“ (6). Jedná se o dokumentaci, která je hodnocena a upravována podle potřeb pacientů a která umožňuje, aby o pacienta pečovala sestra bez ohledu na stádium procesu péče. „Při sestavování ošetřovatelské dokumentace je vhodné použít systematických ošetřovatelských modelů. Získáme tím ucelený přehled o pacientovi a máme jistotu, že jsme neopomněli sledovat určitou oblast potřeb“ (6).

„Ošetřovatelská dokumentace je neocenitelný způsob podpory komunikace v rámci zdravotnického týmu a mezi zdravotnickými pracovníky a jejich pacienty. Dobře vedená ošetřovatelská dokumentace je tedy zároveň produktem dobré týmové práce i důležitým nástrojem zvyšování kvality zdravotnické péče“ (6).

„Ošetřovatelská dokumentace slouží“: (28)

a) k zajištění kontinuity poskytované ošetřovatelské péče, tj. předávání informací v týmu, který péči poskytuje
b) jako doklad, že ošetřovatelská péče byla poskytována dle ordinace
c) jako doklad, že poskytovaná péče byla správná vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta
d) jako doklad, že zdravotní péče byla poskytována v souladu se stanovenými postupy lege artis, tedy i dle standardů
e) jako podkladový materiál pro vědu a výzkum, zejména v ošetřovatelské péči; musí mít datum a čas, pořízení záznamu.

„Ošetřovatelská dokumentace dále slouží jako“: (27)

a) zdroj informací o potřebách jedince, cílech ošetřovatelské péče, o péči samotné a jejích výsledcích
b) zajišťuje kontinuitu ošetřovatelské péče, dává chronologický přehled o poskytované péči
c) umožňuje hodnotit účinnost či neúčinnost různých ošetřovatelských zákroků
d) je zdrojem hodnověrných informací pro účely právního vyšetřování
e) je důležitá pro kontrolu kvality ošetřovatelské péče
f) nástroj vzdělávání

„Účelem ošetřovatelské dokumentace není prodlužovat čas, který sestra věnuje administrativní práci“ (17)!

„Z ošetřovatelského hlediska, dokumentace poskytuje důkaz, že pacientovi je poskytována individualizovaná péče metodou ošetřovatelského procesu“ (12). Jedná se o nepřetržitý záznam, má právní hodnotu, chrání pacienta, sestru i zdravotnické zařízení.

3.1.4. Zásady vedení dokumentace

Zdravotnická dokumentace musí být vedena průkazně, pravdivě, čitelně. Tím plní svoji funkci a odpovídá platným předpisům.

Ošetřovatelská dokumentace, stejně jako dokumentace lékařů musí obsahovat dané náležitosti: (28)

1. U každého pacienta je vedena samostatná ošetřovatelská dokumentace.
2. Každá složka ošetřovatelské dokumentace musí být identifikovatelná, tzn. musí obsahovat osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a označení zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo.
3. Měla by být konkrétní, logicky navazující a přesná. Samozřejmostí je pravdivost záznamů, čitelnost a srozumitelnost záznamů (28).
4. Zápis by měl být učiněn co možná nejdříve poté, co k události došlo, dokumentace by měla poskytovat aktuální informace o péči a stavu pacienta. Záznam má být pouze interpretací toho, co sestra viděla, slyšela, cítila nebo změřila nebo obsahuje pacientovy výroky a jeho reakci na péči / zákrok (12).
5. Všechny záznamy, změny a doplňky musí být opatřeny datem, časem a podpisem/identifikací sestry, která záznam provedla, záznamy musí být zapsány přehledně, chronologicky, věcně, čitelně a takovým způsobem, aby text nemohl být vymazán; při provádění změn musí původní zápis zůstat dobře čitelný.
6. Měla by identifikovat problémy, které se vyskytly, a kroky, které byly podniknuty k jejich vyřešení.
7. Musí poskytovat jednoznačný důkaz o sdělených informacích, přijatých rozhodnutích a poskytnuté péči (29).

Naopak dokumentace by neměla obsahovat informace, které do dokumentace nepřísluší. Pro zápisy v dokumentaci nepoužíváme:

1. Nespisovné výrazy, bezvýznamné fráze, irelevantní spekulace a urážlivé subjektivní výroky (29).
2. Nesprávnou či neodbornou terminologii. Vede k pochybnostem o odborné kvalitě poskytovatelů péče.
3. Slangové výrazy, které veřejnost vnímá jako znevažující, v dokumentaci nemají místo
4. Vulgarizmy jsou odmítány i u problémových pacientů.
5. Jiný jazyk, než český. Použití češtiny v dokumentaci je důležité pro zajištění bezproblémové funkce dokumentace.

6. Subjektivní pocity sestry v dokumentaci nemají své oprávnění. „Sestra má věcně, odborným termínem pojmenovat a konstatovat zjištěnou skutečnost“ (28).
7. Neschválené zkratky jsou v dokumentaci pro poskytovatele péče matoucí.

3.1.5. Kontrola dokumentace

Kontrolní činnost dokumentace je velmi důležitou činností každého vedoucího pracovníka. Největší riziko pro zdravotnické zařízení je nekvalitně vedená zdravotnická dokumentace. Vedoucí pracovník by si měl tato rizika uvědomovat. Pro plnění dané role musí znát zákony, směrnice, které se týkají vedení dokumentace (19).

Vrchní nebo staniční sestra má povinnost „kontrolovat formální i obsahovou stánku vedení ošetřovatelské dokumentace“ (27). V rámci auditu – kontrolní činnosti se musí přesvědčit, zda zdravotníci, kteří mohou provádět zápisy o poskytnuté péči do dokumentace, dodržují stanovená pravidla (19). Na základě výsledků kontroly musí přijmout potřebná opatření (27). Využívá i osobní pohovor se sestrou. Jestliže chronické nedostatky přetrvávají, může se vrchní sestra obrátit na hlavní sestru a náměstka pro léčebně preventivní péči (19). Poukáže se na neuspokojivé pracovní výsledky dané sestry a upozorní se na možnost řešit situaci v souladu se zákoníkem práce (28). Povinnost kontrolní činnosti vedoucích zaměstnanců vyplývá ze zákoníku práce a dále z jejich pracovních náplní. Ke kontrole ošetřovatelské dokumentace je oprávněn i lékař. Kontroluje obsahovou stránku konkrétních zápisů. „Nemůže však kontrolovat vedení ošetřovatelské dokumentace jako celku“ (27). Této kontroly v celém zdravotnickém zařízení má za povinnost hlavní sestra. O kontrole musí být veden písemný zápis. V dokumentaci se sleduje jak stránka formální, tedy čitelnost, úprava, identifikace záznamů, provádění oprav, tak i věcnost záznamů. Velmi důležité je sledovat shodu mezi zápisy lékaře a sestry (28). Právě velké riziko představují nečitelné záznamy. Je to jedna z nejčastějších a nejzávažnějších příčin prohry soudních sporů. Zákon o zdravotnické dokumentaci říká, že „Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně.“ Tato věta je vysvětlována, že laik s průměrným vzděláním je zápisy schopen přečíst (19).

Za konkrétní záznam v dokumentaci je odpovědná sestra, která záznam provedla. Objevují-li se v dokumentaci systémové chyby, odpovědnost nese vedoucí pracovník. Na základě platné legislativy může do dokumentace nahlížet sám pacient. Sestra může být volána k odpovědnosti trestně právní či občansko-právní z různých důvodů. Může to být chybný nebo nevhodně formulovaný zápis (28). Také tehdy, když je dokumentace vedena

nedbale, není v souladu s platnými zákony. Sestra by si měla uvědomit, že „správně vedená zdravotnická dokumentace pacienta by měla přesně a kompletně odrážet péči, kterou pacient obdržel a může být přirovnána ke svědkovi, jehož paměť se nikdy neztrácí“ (19).

4. Akreditace a certifikace zdravotnických zařízení jako metoda hodnocení a zlepšování kvality

4.1.1. Akreditační standardy

Vyspělé země světa standardizují zdravotnická zařízení formou akreditačních řízení. „Akreditace jako nástroj k zajištění porovnatelné kvality a snížené variability se v různých formách rychle rozšířila i do ostatních zemí vyspělých demokracií“. Jedná se o dobrovolný proces. „Akreditační program je iniciován nejčastěji asociací nemocnic, zřídka ministerstvem zdravotnictví“ (6).

V rámci zajištění kvality poskytované péče mají své podmínky na vedení dokumentace i organizace, které se zabývají akreditací či certifikací zdravotnických zařízení. V současné době, od dob prvního zavádění ošetřovatelského procesu společně se zaváděním ošetřovatelské dokumentace do praxe došlo k řadě změn a významnému posunu. Důvody, které vedly ke změnám, vyplývaly z nových právních předpisů, které si již žádala doba. Měnil se i pohled na poskytování kvalitní zdravotní péče. „Proces akreditace, standardizace a implementace programu kontinuálního zvyšování kvality do lůžkových zdravotnických zařízení zatím není v našich podmínkách naprosto běžnou záležitostí“ (26). V roce 1998 vznikla Spojená akreditační komise ČR (dále SAK). „Jejím posláním je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit“ (16). Jedna z podmínek akreditace zdravotnického zařízení je i kvalitní vedení zdravotnické dokumentace (26). Ministerstvo zdravotnictví ve Věstníku vydává metodické opatření Akreditace zdravotnických zařízení. Metodika plnění národních akreditačních standardů není určena pouze pro ta zařízení, která se připravují k akreditaci, ale může sloužit jako základ pro řízení kvality kteréhokoliv zařízení. K vedení ošetřovatelské dokumentace se vztahuje několik standardů:

Akreditační standard č.4:

„Příslušně kvalifikovaný personál stanoví medicínské, ošetřovatelské, psychologické a sociální potřeby každého pacienta do 24 hodin po přijetí a to v míře odpovídající charakteru oddělení“ (16).

V rámci ošetřovatelské dokumentace sestra na základě analýzy získaných informací sestaví individuální plán ošetřovatelské péče (26).

Akreditační standard č.6:

„Nemocnice určí vnitřním předpisem standardní obsah a rozsah anamnézy a klinického vyšetření včetně formální úpravy zdravotnické dokumentace pro všechny obory“ (16).

Ošetřovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace. Z tohoto standardu vyplývá, že u každého pacienta musí být zavedena nejenom lékařská anamnéza, ale i ošetřovatelská anamnéza (26).

Akreditační standard č.8:

„Při každé změně směny sester bude předání pacienta na oddělení provedeno kvalifikovanou sestrou – kvalifikované sestře, současně se záznamem v ošetřovatelské dokumentaci. Při předání pacienta na jiné oddělení bude proveden záznam v ošetřovatelské dokumentaci a bude provedeno předání pacienta kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem – kvalifikovanému pracovníkovi“ (16).

Podmínku tohoto standardu naplňuje formulář Ošetřovatelská překladová / propouštěcí zpráva. „Výměna informací o pacientovi zajišťuje kontinuitu péče o jeho zdraví“ (26).

Akreditační standard č.22:

„Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovi dokumentace“. (16).

Sestra seznamuje pacienta s organizačním řádem oddělení, ale i s jeho právy (26).

Akreditační standard č.44:

„Lékařská a ošetřovatelská dokumentace obsahuje dostatečné informace o identifikaci pacienta, diagnóze a postupech léčby“ (16).

Jedná se o zapisování důležitých reakcí pacienta na léčbu a na poskytovanou ošetřovatelskou péči dle plánu (26).

4.1.2. Systém jakosti podle norem ISO

Certifikace pro oblast zdravotnictví je činnost velmi specifická. Získání certifikátu podle norem ISO, je pak signálem, že zařízení je standardně fungující organizací. „Účelem realizace systému jakosti ve zdravotnickém zařízení je dosažení shody v zabezpečování jakosti v činnosti tohoto zařízení s požadavky pacientů a jiných zainteresovaných stran s příslušnými normami řady ISO“ - ISO 9001:2000 (14).

Důležité pro rozvoj managementu kvality ve zdravotnictví bylo vypracovat modifikaci ISO 9001:2000. Norma byla doplněna o vymezení některých pojmů: zdravotní péče, plán péče zdravotní záznam a další.

Dokumenty k řízení zdravotní péče musí být řízeny. Musí být přezkoumány a schváleny. Musí být stanovena pravidla pro platnost a aktualizaci. Záznamy musí být srozumitelné, přesné (10). K potřebným atributům zdravotnické dokumentace patří: „Čitelnost, jednoznačnost, do určité míry standardizace, pravidelnost obnovování dat, jednoduchost výběru dat, důvěrnost a bezpečnost dat, oddělené ukládání dat, chronologické uspořádání, orientace na zdravotní systém nebo diagnózu, strukturovanost pro různé účely, uspořádání pro statistické kódování“ (14).

Podmínky platí pro záznamy lékaře, ale i záznamy sestry. Zapisují se všechny mimořádné události. Podmínkou je plánování péče a řízení péče o pacienta (10).

Dokumentace dále musí splňovat další zásady. Především to jsou základní identifikační údaje, které musí zaručovat sledovatelnost a reprodukovatelnost dokumentu, zaručovat aktuálnost dokumentace po celou dobu platnosti a zaručovat nepoužívání neplatných dokumentů (26).

5. Diagnóza stavu v organizaci

V diplomové práci se opírám o výsledky diagnostiky organizace, kterou jsem vykonávala v Oblastní nemocnici Náchod, a.s.. V této nemocnici pracuji v oblasti vrcholového managementu na pozici hlavní sestry.

Diagnostika probíhala na základě vyjednaného kontraktu o praxi v řízení v souvislosti se studiem na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze (FHS). Kontrakt byl uzavřen na diagnostiku zdravotnické dokumentace se zaměřením na dokumentaci ošetřovatelskou.

6. Popis organizace, kontaktní osoby

Nemocnice se stala akciovou společností 3.10.2003. Je součástí Zdravotnického holdingu královehradeckého kraje, a.s. (dále ZH KHK, a.s.). Za fakultní nemocnicí v Hradci Králové jsme druhou největší nemocnicí v kraji. Od 1.1.2006 byla nemocnice Náchod sloučena s nemocnicí Broumov a Opočno. Oficiálním názvem je Oblastní nemocnice Náchod a.s.. O původních nemocnicích se hovoří jako o lokalitách.

Lokalita Náchod je poměrně členitá. Lůžková oddělení se nacházejí ve čtyřech samostatných areálech:

Areál dolní nemocnice má oddělení rehabilitace (otevřeno 1.5.2008), oddělení infekční, ortopedické, urologické, neurologické, ORL[7] a oddělení chirurgické. Chirurgie má dvě standardní oddělení a pro zajištění intenzivní péče má JIP[8]. Posledním oddělením areálu je oddělení ARO[9].

Areál horní nemocnice má oddělení gynekologicko – porodnické, dětské a interní oddělení. Oddělení gynekologicko-porodnické má standardní oddělení gynekologické, porodnické a oddělení šestinedělí. Má tedy tři stanice. Dětské oddělení se skládá z oddělení větších dětí, kojenců a batolat, a novorozeneckého oddělení. Má také tři stanice. Interní oddělení má dvě standardní oddělení a JIP.

Areál Nové Město nad Metují má dnes už jenom psychiatrické oddělení.

[7] ORL: Otorhinolaryngologické oddělení
[8] JIP: Jednotka intenzivní péče
[9] ARO: Anesteziologicko resuscitační oddělení

Areál Jaroměř má pouze jedno oddělení - LDN[10]. Oddělení má tři stanice. Stanice jsou ve dvou objektech. V budově A se nachází dvě stanice a v budově B jedna stanice.

Lokalita Broumov má tři základní oddělení: interní, chirurgické a LNP[11]. Oddělení LNP má tři stanice. Intenzivní péče o pacienty je zajišťována na multidisciplinární JIP.

Lokalita Opočno má také tři základní oddělení: interní, chirurgické a LNP. Interní oddělení se skládá ze standardního oddělení a JIP. Posledním oddělením je oddělení JIP/ARO.

Nemocnice Náchod disponuje 397 lůžky a 113 lůžky na odloučených pracovištích v Novém Městě nad Metují a Jaroměři. Nemocnice Broumov disponuje 113 lůžky a nemocnice Opočno 102 lůžky. Celkový počet lůžek je 717. Oblastní nemocnice Náchod a. s. zajišťuje akutní lůžkovou i následnou péči zejména pro pacienty z Náchodska. V základních oborech zajišťuje péči pro spádovou oblast s více než 60 tisíci obyvateli, ve specializovaných oborech pro 115 až 150 tisíc obyvatel. Oblastní nemocnice zaměstnává 770 nelékařských zdravotnických pracovníků. Z tohoto počtu je to 504 všeobecných sester a porodních asistentek.

6.1.1. Vyjednání a uzavření kontraktu

V říjnu 2007 jsem s ředitelem nemocnice vyjednala kontrakt o praxi v řízení, kterou jsem musela absolvovat v rámci studia na Fakultě humanitních studií. Ve spolupráci s vedením organizace jsem měla identifikovat oblast, ve které bychom mohli navodit změnu. Na základě provedené diagnostiky vybranou změnu projednat, iniciovat a podporovat. Ředitel souhlasil, praxi mi v organizaci povolil a současně podepsal smlouvu mezi FHS a ON Náchod, a.s..

Smlouva v rámci diagnostiky organizace je podepsána na analýzu zdravotnické dokumentace se zaměřením na ošetřovatelskou dokumentaci.

V následujícím období jsem pracovala na vytvoření kontraktu a plánu diagnostiky organizace.

[10] LDN: Léčebna dlouhodobě nemocných
[11] LNP: Lůžka následné péče

1.11.2007 proběhla druhá schůzka s ředitelem nemocnice. Představila jsem svůj kontrakt a plán diagnostiky. Definitivně jsme se domluvili na podmínkách a já jsem mohla začít realizovat diagnostiku organizace.

7. Metodologie výzkumu

Výzkum jsem rozdělila do tří fází:

1.fáze: Analýza zavedené ošetřovatelské dokumentace (analýza původního stavu)

2.fáze: Proces změny

3.fáze: Pilotní ověření jednotné ošetřovatelské dokumentace v klinické praxi

V první fázi výzkumu jsem analyzovala původní stav zdravotnické dokumentace se zaměřením na dokumentaci ošetřovatelskou. Po vyhodnocení výsledků jsem dospěla k závěru, že je nutné vytvořit novou, jednotnou ošetřovatelskou dokumentaci. Následoval proces změny. Ve třetí fázi výzkum probíhal v pilotním ověření nové ošetřovatelské dokumentace v klinické praxi. Výzkum jsem realizovala na všech lůžkových odděleních Oblastní nemocnici Náchod, a.s.. Výjimku tvořil výzkum na lůžkovém rehabilitačním oddělení. Toto oddělení bylo otevřeno 1.5.2008. Z tohoto důvodu zde nemohla probíhat první fáze výzkumného šetření. Rehabilitační oddělení bylo zařazeno do třetí fáze.

V rámci výzkumu ošetřovatelské dokumentace jsem využila několik výzkumných metod. Popsané výzkumné metody jsem použila, jak pro výzkumné šetření v lokalitě Náchod, tak Broumov a Opočno (tab.1).

<u>Metody výzkumu:</u>

A) Zkoumání dokumentů – obsahová analýza dokumentů
B) Kvalitativní dotazování

- Kvalitativní rozhovor
- Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami

- Neformální rozhovor
- Focus Groups

(Rozhovory nebyly nahrávány, neprováděla jsem doslovnou transkripci. Metodou sběru dat bylo písemné zaznamenání získaného informačního materiálu v terénu formou Field Notes.)

C) Pozorování

- Zúčastněné pozorování

Tab.1: Použité metody výzkumu

Lokalita	Zkoumání dokumentů	Kvalitativní dotazování	Pozorování
Náchod	✓	✓	✓
Broumov	✓	✓	✓
Opočno	✓	✓	✓

1. fáze výzkumu se zúčastnilo celkem 49 informantů. Jednalo se o vrchní a staniční sestry, zástupce hlavní sestry a primáře oddělení (tab. 2).

Tab. 2: Přehled informantů 1. fáze výzkumného šetření

Lokalita	Vrchní sestry	Staniční sestry	Zástupce hl.sestry	Primáři	Celkem
Náchod	12	17	0	5	34
Broumov	4	1	1	1	7
Opočno	4	1	0	3	8
Celkem	20	19	1	9	**49**

2. fáze výzkumu se zúčastnilo 24 informantů, kteří tvořili tým pro vytvoření jednotné ošetřovatelské dokumentace. Tým byl složen z představitelů vrcholového, středního a nižšího managementu, všeobecných sester a porodních asistentek ze všech lokalit. (tab.3).

Představitelé vrcholového managementu: hlavní sestra a její zástupci, manager pro kvalitu, ředitel nemocnice a náměstci pro LPP[12]

[12] LPP: Léčebně preventivní péče

Představitelé středního managementu: vrchní sestry

Představitelé nižšího managementu: staniční sestry

Tým byl doplněn o všeobecné sestry (VS) a porodní asistentky (PA), které pracují u lůžka pacienta.

Tab. 3: Informanti 2. fáze – Proces změny

Vrcholový management	Střední management	Nižší management	VS a PA	Celkem
8	2	5	9	**24**

3. fáze se zúčastnilo 146 informantů. Byli to jednak zástupci managementu, tedy staniční a vrchní sestry, zástupci hlavní sestry a poslední část informantů tvořily všeobecné sestry (VS) a porodní asistentky (PA) (tab.4).

Tab. 4: Informanti 3. fáze – Pilotní ověření dokumentace v praxi

Lokalita	Vrchní sestry	Staniční sestry	Zástupce hl. sestry	VS a PA	Celkem
Náchod	13	17	0	65	95
Broumov	4	1	1	31	37
Opočno	3	0	0	11	14
Celkem	20	18	1	107	**146**

7.1.1. Analýza ošetřovatelské dokumentace na odděleních ONN a.s.

Obsahovou analýzu dokumentace jsem prováděla na odděleních všech lokalit nemocnice. Jednotlivé formuláře jsem analyzovala ve spolupráci s informanty. Na poradě vrchních sester jsem předala termíny návštěv jejich oddělení. O této skutečnosti jsem současně informovala všechny náměstky LPP a primáře jednotlivých lůžkových oddělení. Z pozice hlavní sestry nemocnice mám nad vrchními sestrami metodické vedení.

Harmonogram analýzy ošetřovatelské dokumentace:

Lokalita Náchod

5.11. 2007 : oddělení ARO, neurologické a urologické

6.11. 2007: oddělení chirurgické a ortopedické

7.11. 2007: oddělení ORL, infekční a dětské

8.11. 2007: oddělení interní, gynekologicko-porodnické

9.11. 2007: oddělení LDN a psychiatrické

Lokalita Broumov

19.11.2007: oddělení chirurgické, interní, LNP a multidisciplinární JIP

Lokalitě Opočno

23.11.2007: oddělení chirurgické, interní, LNP a oddělení ARO/JIP

Cílem analýzy bylo zjistit:

1) Způsob zavedení dokumentace na oddělení.
2) Kdo se podílel na tvorbě dokumentace.
3) Zda mají k dispozici standardní ošetřovatelský postup *Vedení ošetřovatelské dokumentace*.
4) Jestli byla dokumentace aktualizována.
5) Zda ošetřovatelská dokumentace obsahuje všechny složky dle legislativy[13] .
6) Ověřit, zda je vedena v souladu s platnou legislativou. Čitelnost a přehlednost dokumentace a další.
7) Kdo dokumentaci kontroluje a v jakých časových intervalech.
8) Zda s ošetřovatelskou dokumentací pracují i lékaři.

Při získávání informací jsem ve všech lokalitách využívala stejné výzkumné metody. Výzkumné metody mi pomohly dosáhnout stanovených osmi cílů (tab. 5).

Výzkumné šetření jsem rozdělila po jednotlivých lokalitách – Náchod, Broumov, Opočno.

[13] Zákon č. 385/2006 Sb., v platném znění. Zákon o zdravotnické dokumentaci.

Tab. 5: Výzkumné metody k dosažení cílů

	Náchod			Broumov			Opočno		
Cíl:	**Zkoumání dokumentů**	**Kvalitativ. Dotazování**	**Pozorování**	**Zkoumání dokumentů**	**Kvalitativ. Dotazování**	**Pozorování**	**Zkoumání dokumentů**	**Kvalitativ. Dotazování**	**Pozorování**
1)		✓			✓			✓	
2)		✓			✓			✓	
3)		✓	✓		✓	✓		✓	✓
4)		✓			✓			✓	
5)	✓			✓			✓		
6)	✓			✓			✓		
7)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8)		✓	✓		✓	✓		✓	✓

7.1.2. Zavedení dokumentace v jednotlivých lokalitách

+V rámci výzkumu na odděleních všech lokalit, mne zajímalo, kdo dokumentaci vytvořil a jakým způsobem byla na oddělení zavedena. Zda se jednalo o jednotnou dokumentaci či nikoliv. Jestli měly sestry závazný postup, jak dokumentaci vést. Zajímala jsem se také o to, jestli dokumentace byla aktualizovaná nebo zda pracují stále s původní verzí. Stěžejním výzkumným záměrem bylo zjistit, zda ošetřovatelská dokumentace obsahuje všechny složky dle platné legislativy a je-li vedena v jejím souladu. Důležité bylo také zjistit, zda jsou nastaveny kroky pro zpětnou vazbu – kritéria pro hodnocení vedení dokumentace. Jelikož je ošetřovatelská dokumentace součástí zdravotnické dokumentace, zajímala jsem se o to, zda s ošetřovatelskou dokumentací pracují lékaři.

Na základě využití výzkumných metod a současně ve spolupráci s informanty jsem dosáhla stanovených cílů. Výsledky výzkumného šetření jsou zaznamenány po jednotlivých lokalitách:

Lokalita Náchod

1) Způsob zavedení dokumentace na oddělení.

Vytvoření a zavedení ošetřovatelské dokumentace bylo realizováno nesystémově. Z šetření jsem zjistila, že vrchní sestry dostaly příkaz k jejímu zavedení od hlavní sestry nemocnice. Pomoc při realizaci a zavádění ze strany hlavní sestry byla velmi malá. Požadavek nebyl stanoven na vytvoření jednotné ošetřovatelské dokumentace. Mohla být zvolena libovolná grafická úprava, velikost formulářů, včetně jejich obsahu. Nebyl stanoven termín, do kterého musí být dokumentace vytvořena a zavedena. Na jednotlivá oddělení byla ošetřovatelská dokumentace zavedena v různých časových obdobích.

Při analýze dokumentů jsem zjistila, že chirurgické oddělení nemá zavedenou ošetřovatelskou dokumentaci. Sestry na tomto oddělení nepracují metodou ošetřovatelského procesu. Jednalo se pouze o jediné oddělení, na kterém ošetřovatelská péče o pacienta není dokumentována v ošetřovatelské dokumentaci.

Dále jsem zjistila, že pro tvorbu a následné zavedení dokumentace do klinické praxe nepředcházelo žádné školení na téma ošetřovatelské dokumentace a využití v praxi. Pracovníci nebyli proškolováni v nových a doporučovaných trendech. Dokumentace vznikla bez přípravy a s malou podporou ze strany managementu. Zodpovědnost za vytvoření, proškolení a zavedení dokumentace do praxe měl management oddělení.

Celý proces se zavedením ošetřovatelské dokumentace se jeví jako velmi chaotický.

2) Kdo se podílel na tvorbě ošetřovatelské dokumentace.

Na tvorbě dokumentace se podílely vrchní a staniční sestry ve spolupráci se sestrami z oddělení. Některé z nich využily dokumentaci, kterou získaly z jiných zdravotnických zařízení. Tu upravily na podmínky svých oddělení. Ostatní kolegyně obdobně použily dokumentaci, která již byla na odděleních nemocnice zavedena a upravovaly ji na podmínky svého oddělení. Současně pracovaly s dostupnou literaturou, využívaly teoretické znalosti, které získaly při prohlubování nebo zvyšování si kvalifikace. Tyto znalosti jim byly základem pro vytvoření ošetřovatelské dokumentace, kterou musely na svá oddělení zavést. Na základě těchto skutečností byla ošetřovatelská dokumentace postupně vytvořena a zavedena do praxe. Jednalo se o období roku 1999 – 2005. Jak jsem již zmínila, chirurgické oddělení ošetřovatelskou dokumentaci nemělo vytvořenou.

3) Přítomnost standardního ošetřovatelského postupu - Vedení ošetřovatelské dokumentace.

SOP[14] byl vytvořen a vydán v roce 1999 s názvem *Vedení ošetřovatelské dokumentace*. Z šetření vyplynulo, že informanti ne vždy věděli, jestli mají pro vedení dokumentace SOP. Přestože někteří informanti nevěděli o SOP, šetření ukázalo, že na všech odděleních standardní postup byl. Je určený pro všeobecné sestry. Pro porodní asistentky SOP vydán nebyl, přestože s dokumentací pracují i ony. SOP nebyl aktualizovaný. V platnosti zůstala jeho první verze.

SOP definuje dokumentaci a popisuje postup jejího vedení. Stanovuje dobu založení dokumentace od příjmu pacienta, ale pouze u formuláře ošetřovatelská anamnéza. U ostatních formulářů není určeno. SOP dává možnost stanovit krátkodobé nebo dlouhodobé plány ošetřovatelské péče. Na odděleních, ale plány péče nejsou takto děleny ani definovány. SOP obsahuje dvě informace, jak mají být vedeny záznamy. Konkrétně hovoří o tom, že „záznamy musí být čitelné a podepsané. Opravy se musí provádět přeškrtnutím, nesmí se přepisovat, přelepovat nebo přemalovávat.“ Šetření odhalilo, že toto v praxi nebylo dodržováno.

SOP vyžaduje po sestrách zjišťovat a zapisovat některé informace o pacientovi, které nejsou v její kompetenci a dále má za povinnost zjišťovat informace, které současně od pacienta získává lékař.

SOP je obecný, nedává sestře přesný návod, jak a do jakého termínu ošetřovatelskou dokumentaci zpracovat, jakým způsobem vést, hodnotit a upravovat plány péče. Šetření odhalilo, že na pěti odděleních se stále nepracuje metodou ošetřovatelského procesu. Managementem nebyly nastaveny sesterské vizity pro zkvalitnění péče o pacienta a zefektivnění vedení dokumentace. Současně se jedná o kritéria auditu, na které se SOP odkazuje. Vzhledem k nejednotné dokumentaci jsou kontrolní kritéria auditu nesplnitelná. Jsou nesplnitelná i z důvodu, že sestra nemá možnost některé zjištěné informace zapsat, protože nemá k dispozici příslušné formuláře nebo dostatečně velký prostor pro zápis. Z šetření vyplynulo, že nikdo z oslovených informantů s tímto SOP nepracuje a ani ho nedodržuje.

4) Aktualizace dokumentace

Ošetřovatelská dokumentace od zavedení prvních formulářů byla aktualizována na každém druhém oddělení. Z dvanácti oddělení nebyla dokumentace zavedena na jednom

[14] SOP: Standardní ošetřovatelský postup

z nich (chirurgické oddělení). Ze zbývajících jedenácti oddělení proběhla aktualizace na pěti odděleních. Změny byly provedeny na oddělení interním, dětském, psychiatrickém, gynekologicko-porodnickém a oddělení ARO (tab. 6).

Na základě výzkumného šetření bylo na ostatních odděleních zjištěno, že sestry pracují s původními formuláři, které byly na oddělení zavedeny. K aktualizaci nevedla ani skutečnost, že dokumentace byla na některá oddělení zavedena už v roce 1999.

Tab. 6 : Aktualizace ošetřovatelské dokumentace (lokalita Náchod)

aktualizovaná dokumentace	**neaktualizovaná dokumentace**
Interní oddělení	Urologické oddělení
Dětské oddělení	Neurologické oddělení
Psychiatrické oddělení	Infekční oddělení
Gynekologicko – porodnické oddělení	Ortopedické oddělení
Oddělení ARO	Oddělení ORL
	Oddělení LDN

5) Složky ošetřovatelské dokumentace dle platné legislativy.

Ošetřovatelská dokumentace neobsahovala všechny formuláře o kterých hovoří vyhláška o zdravotnické dokumentaci. Ošetřovatelská dokumentace musí obsahovat formulář *Posouzení stavu individuálních potřeb, Individuální plán ošetřovatelské péče, Realizaci ošetřovatelské péče, Denní hlášení/záznamy sester, Překladovou a propouštěcí zprávu.*

V pěti případech chyběl formulář Denní hlášení. Ostatní formuláře byly součástí dokumentace (tab.7).

Tab. 7: Složky ošetřovatelské dokumentace (lokalita Náchod)

složky ošetřovatelské dokumentace	**celkem**
Ošetřovatelská anamnéza	**11**
Plán ošetřovatelské péče	**11**
Realizace ošetřovatelské péče	**11**

Denní hlášení	**6**
Překladová a propouštěcí zpráva	**11**

Formuláře ošetřovatelské dokumentace neměly jednotnou velikost. Některé byly vytištěny na formát A3 a jiné na A4. U formátu A3, bez ohledu na využití volného prostoru, který zůstal prázdný. Dokumentace byla objemná, nevyužitá.

Jednotlivé složky ošetřovatelské dokumentace nebyly vždy samostatnými formuláři. Součástí jednoho formuláře byly dva záznamy: Vždy po jednom z případů, součástí jednoho formuláře byla *Realizace ošetřovatelské péče* společně s *Hlášením sestry*, *Hlášení sester* společně s *lékařským dekurzem*, *Realizace ošetřovatelské péče* s *Ošetřovatelskou anamnézou, Ošetřovatelská anamnéza* společně s *Hlášením sester* a *Plán ošetřovatelské péče s Hlášením sester.* Na ostatních odděleních byly samostatně koncipovány formuláře: *Ošetřovatelská anamnéza, Plán ošetřovatelské péče, Realizace péče.* Dále součástí dokumentace, jako samostatný formulář byla na všech odděleních *Překladová zpráva* (tab. 8).

Tab. 8: Uspořádání formulářů ošetřovatelské dokumentace (lokalita Náchod)

Samostatné formuláře	**Počet na oddělení**	**Společné formuláře**	**Počet na oddělení**
Ošetřovatelská anamnéza	9	Realizace ošetřovatelské péče a Hlášení sester	1
Plán ošetřovatelské péče	10	Hlášení sester a Lékařský dekurz	1
Realizace ošetřovatelské péče	9	Realizace oš. péče a Ošetřovatelská anamnéza	1
Hlášení sester	2	Hlášení sester a Ošetřovatelská anamnéza	1
Propouštěcí zpráva	11	Plán ošetřovatelské péče a Hlášení sester	1

Formulář Ošetřovatelská anamnéza – Ošetřovatelské posouzení

Z obsahové analýzy vyplynulo, že formulář *Ošetřovatelská anamnéza* (Posouzení stavu individuálních potřeb), jako součást ošetřovatelské dokumentace byl zaveden na všech odděleních. Na jediném oddělení anamnéza vycházela z modelu Gordonové. Tento formulář byl po grafické i obsahové stránce odlišný od formulářů na zbývajících odděleních. Přestože neumožňoval sestře hodnotit další náležitosti v oblasti ošetřovatelství, měl již vypovídající hodnotu o stavu pacienta. Formuláře na ostatních odděleních byly

navzájem velice podobné, jak po grafické, tak i po obsahové stránce. Obsahovaly základní anamnestická data, jako je např. jméno a příjmení pacienta, rodné číslo, datum hospitalizace. Obsahovaly také informace, které musí být součástí informovaného souhlasu s hospitalizací. Dále se anamnestická data týkala základních ošetřovatelských aktivit, jako je např. výživa, vyprazdňování, dýchání, hygiena, spánek, aktivita, víra, sociální podmínky a komunikace. Tyto aktivity byly rozepsány velice stručně. Vypovídající hodnota jednotlivých informací o pacientovi byla velmi malá.

Název formuláře byl na všech odděleních stejný, tedy *Ošetřovatelská anamnéza.*

Formulář Individuální plán ošetřovatelské péče

Tento formulář byl také součástí ošetřovatelské dokumentace na všech odděleních. Po grafické i obsahové stránce, byl na rozdíl od formuláře ošetřovatelská anamnéza velmi rozdílný napříč jednotlivými odděleními. Na šesti odděleních musel být plán péče sestrou písemně sestaven. To znamená, že sestra musela stanovit ošetřovatelské diagnózy, cíle a intervence ošetřovatelské péče a vše perem zapsat do daného formuláře. Na jednom oddělení měl plán stanovené pouze ošetřovatelské diagnózy, ostatní náležitosti musela sestra vypsat opět perem. Na zbývajících čtyřech odděleních, individuální plány měly již definované diagnózy, cíle a intervence.

Velké rozdíly byly v používání ošetřovatelské terminologie. Na devíti odděleních chyběl název formuláře *Individuální plán ošetřovatelské péče*. V jednom případě, název *Ošetřovatelské diagnózy* byl nahrazen termínem *Ošetřovatelské problémy* a současně chyběl název a prostor pro stanovení *Cíle péče*. Na sedmi odděleních, název *Ošetřovatelské intervence* byly nahrazeny termínem *Plán péče*. Jedná se o chybnou terminologii a současně nedodržení povinně stanovených částí *Plánů péče*.

Hodnocení ošetřovatelské péče bylo součástí individuálního plánu. Sestra mohla hodnotit každou ošetřovatelskou diagnózu. Prostor pro hodnocení byl velmi malý. Z tohoto důvodu sestra neměla možnost, adekvátně se vyjádřit ke každé diagnóze.

Formulář Realizace ošetřovatelské péče

Formulář Realizace ošetřovatelské péče byl součástí ošetřovatelské dokumentace na všech odděleních. Grafická i obsahová stránka těchto formulářů byla velmi podobná.

Formulář měl definované ošetřovatelské intervence dle potřeb pacientů daného oddělení. Realizace činností se zapisovala do jednotlivých kolonek, které měly svislou čarou rozdělený prostor na zapsání datumu realizované činnosti. Pouze na dvou odděleních tomu tak nebylo. Zápisy proto byly značně nepřehledné, realizované činnosti vždy neodpovídaly zápisu datumu.

Formulář Denní hlášení/záznamy sester

Formulář Denní hlášení měli na šesti odděleních. Na ostatních odděleních vedli hlášení sester mimo zdravotnickou dokumentaci. Záznam hlášení sester bylo vedeno v samostatném sešitu. Tento způsob vedení záznamů odporuje vyhlášce o zdravotnické dokumentaci a zákonu o léčivech (30).

6) Vedení dokumentace v souladu s platnou legislativou

Šetření ukázalo, že vedení ošetřovatelské dokumentace nebylo v souladu s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci. Každý formulář musí mít řádnou identifikaci. Ne vždy dokumentace obsahovala jméno, příjmení, titul, rodné číslo pacienta. Chyběly podpisy pracovníků, kteří provedli zápis do zdravotnické dokumentace.

Zápisy byly vedeny ve více jak pěti samostatných složkách. Na jednom oddělení byla dokumentace vedena v deseti různých složkách. Vyhláška stanovuje jaké části zdravotnická dokumentace obsahuje. Tyto části dokumentace nemohou být vedeny samostatně (např. záznamy o pacientovi vedené v různých sešitech, teplotní tabulky u lůžka pacienta apod.).

Ošetřovatelská anamnéza pacienta neobsahovala takové informace, které by zhodnotily zdravotní stav a posoudily jeho potřeby v takovém rozsahu, aby mohly být stanoveny efektivní postupy ošetřovatelské péče a ošetřovatelského plánu.

V ošetřovatelském plánu nebyly v jednom z případů stanoveny ošetřovatelské diagnózy pacienta, ale pouze jeho problémy. Terminologie ošetřovatelských diagnóz vycházela ve 20% případů z Taxonomie I a II. V 80% případů, názvy diagnóz sestry vytvářely samy, dle intuice. Ošetřovatelské diagnózy nebyly vždy stanovovány správně. Analýza ukázala, že některé diagnózy jsou nepřesné nebo byly již neaktuální. Chybělo jejich číslování dle priorit. Šetření potvrdilo, že sestry jsou schopné identifikovat problémy

pacienta, ale na základě těchto informací mnohdy neumí stanovit správné ošetřovatelské diagnózy.

V plánu chyběly časové údaje o stanovení a zrušení diagnózy. Nebyly identifikovány reálné cíle poskytované péče. Ošetřovatelské intervence byly velice obecné.

Do dokumentace nebyly zapisovány všechny postupy a výkony poskytované ošetřovatelské péče. V těchto zápisech také chyběl časový údaj a identifikace personálu o poskytnutí ošetřovatelské péče nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření. Chybělo i poučení pacienta.

Nebylo průkazné, kdo plán stanovil. Nebyla prováděna revize plánů ošetřovatelské péče. Chyběly informace k jakým doporučením či změnám v ošetřovatelské péči došlo. Plány nebyly ukončovány při přeložení pacienta na jiné oddělení, při propuštění do domácího či jiného zařízení nebo úmrtí pacienta.

V záznamech hodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče se odrážely realizované ošetřovatelské a lékařské zásahy. Tyto intervence zjistíme z formuláře *Realizace péče* a lékařského dekurzu. Ze zápisů sester nebylo zřejmé, jakým způsobem se vyvíjel stav pacienta po ošetřovatelské stránce. Tyto chybné zápisy byly také v *Hlášení sester*, které na některých odděleních nebylo součástí ošetřovatelské dokumentace. Z šetření vyplynulo, že sestry poskytovanou péči písemně nehodnotily, ale tyto informace o pacientech si běžně slovně předávají.

Kdyby plány ošetřovatelské péče sloužily jako přímý účet pro náklady na individuální ošetřovatelskou péči, při platbě pojišťovnou by neobstály.

Z dalších složek, *Ošetřovatelská propouštěcí/překladová zpráva* nebo doporučení k dalšímu ošetřovatelskému postupu chyběly aktuální údaje o poskytnuté ošetřovatelské péči včetně časových údajů o poslední poskytnuté péči, posledním podání léčivých přípravků a použití zdravotnických prostředků. Časové údaje byly uvedeny ve dvou případech (oddělení ARO a interní JIP). Chyběly aktuální údaje o zdravotním stavu pacienta v případě jeho předání do další ošetřovatelské péče. Nebyl proveden záznam o rozsahu podané informace v rámci ošetřovatelské péče při propuštění z ústavní péče.

V dokumentaci jsou chybné zápisy přelepovány či odstraňovány korekční barvou, což je nepřípustné. Chybí podpis, kdo chybu opravil. Zápisy v dokumentaci byly ne vždy dobře čitelné.

7) Kontrola dokumentace

V nemocnici nejsou stanoveny kontrolní mechanismy pro vedení ošetřovatelské dokumentace. Chybí metodický pokyn, jakým způsobem má být dokumentace kontrolována, jak mají být vedeny zápisy o kontrole a jak často musí být kontrola prováděna. SOP kontrolu dokumentace neřeší.

Na základě použitých metod přesto vyplynulo, že dokumentaci kontrolují staniční nebo vrchní sestry. Kontrola byla prováděna na třech odděleních. Někteří informanti kontrolují dokumentaci namátkově, to znamená, že si vyberou dokumentaci pouze některých pacientů. Jiné kontrolují dokumentaci u všech pacientů na svých odděleních. Kontroly probíhají jedenkrát za týden, některé uvedly, že nemají stanoven časový termín. Dokumentaci kontrolují „Jak jim vyjde čas“. Kontroly jsou prováděny pouze na základě jejich uvážení. O provedené kontrole však chyběl zápis. V dokumentaci byl pouze podpis kontrolujícího. Kontrola vedení dokumentace na zbývajících odděleních neprobíhá.

8) Využití ošetřovatelské dokumentace lékaři

Na dotaz, zda s ošetřovatelskou dokumentací pracují i lékaři, 3 informanti odpověděli, že ano, 3 odpověděli, že lékaři nepracují s dokumentací a 28 informantů neví zda s ošetřovatelskou dokumentací pracují lékaři. Výzkumné šetření dále potvrdilo, že lékaři ošetřovatelskou dokumentaci využívají alespoň ojediněle. Tuto skutečnost potvrdilo 20 informantů, 3 odpověděli, že lékaři s dokumentací nepracují ani ojediněle a jedenáct informantů neví. Z šetření také vyplynulo, že s dokumentací lékaři pracují pouze tehdy, chtějí-li si o pacientovi zjistit informace z oblasti ošetřovatelství a využívají k tomu zápisů sester. Informanti z řad sester poukázali na okolnost, že lékaři ošetřovatelskou dokumentaci použijí tak, aby o tom ošetřovatelský personál nevěděl. Ve třech případech bylo analýzou dokumentů potvrzeno, že lékař použil zjištěné informace sestrou do lékařské dokumentace. Důkazem byl čas zápisu a dané zjištění.

Pouze tři informanti (lékaři) uvedli, že pravidelně do ošetřovatelské dokumentace nahlížejí. Současně se shodli, že nerozumí formuláři s názvem *Plán individuální ošetřovatelské péče*. Informace z něho nečerpají (tab. 9). Tito informanti vnímají ošetřovatelskou dokumentaci jako součást zdravotnické dokumentace. Informace z ní, jim doplňuje celkový pohled na vývoj zdravotního stavu pacienta. Informace ze zápisů sester využívají i pro své lékařské záznamy. Jedná se zejména o informace z ošetřovatelského

posouzení (anamnézy). Výstupem jsou pro ně také informace z formuláře *Hodnocení péče* a také z formuláře *Realizace péče*.

V rámci výzkumného šetření 25 informantů uvedlo, že lékař vyžaduje, aby některé zápisy, které jsou součástí ošetřovatelské dokumentace byly ještě zapsány v lékařském dekurzu. Hlavním důvodem je, že odmítají hledat informace v jiných formulářích. Tento požadavek odporuje legislativě, protože nutí sestru do dublování zápisů. Rostou požadavky na její administrativní práci. Odvádí ji to také od smysluplného vedení ošetřovatelských zápisů. Zkracuje ji to dobu, kterou musí věnovat dalším ošetřovatelským činnostem. Do jisté míry to může přispívat k její nespokojenosti.

Všichni informanti se shodli, že je běžnou praxí lékařů zjišťovat informace o pacientovi od sestry ústně.

Z těchto a dalších důvodů mají sestry ošetřovatelskou dokumentaci uloženou mimo zdravotnickou dokumentaci. Lékař k ní v rámci zdravotnické dokumentace nemá přístup. Toto bylo potvrzeno na osmi odděleních. Takto vedená dokumentace, neplní svůj účel. Zdravotníci s dokumentací nepracují jako s celkem.

Tab. 9: Přehled odpovědí informantů vyjadřujících se k využívání oš. dokumentace lékaři (lokalita Náchod)

otázky:	ANO	NE	NEVÍM	celkem
Pracuje lékař s ošetřovatelskou dokumentací	3	3	28	34
Pracuje lékař s ošetřovatelskou dokumentací ojediněle	20	3	11	34

Lokalita Broumov

1) Způsob zavedení dokumentace na oddělení

Ošetřovatelská dokumentace jako součást zdravotnické dokumentace měla v nemocnici svůj vývoj od poloviny 90. let 20.století. Určitá forma ošetřovatelské dokumentace byla již v době, kdy nemocnice nebyla součástí ONN, a.s. Zavedení dokumentace neprobíhalo na odděleních současně. Jako první, s dokumentací pracovalo

interní oddělení. V roce 2000 oddělení LNP, 2004 multidisciplinární JIP a v roce 2006 chirurgické oddělení. Po sloučení nemocnic v roce 2006, iniciovala vytvoření jednotné dokumentace zástupkyně hlavní sestry pro lokalitu Broumov. Ve spolupráci s vrchními sestrami a primáři se jí podařilo zavést alespoň některé části ošetřovatelské dokumentace.

2) Kdo se podílel na tvorbě ošetřovatelské dokumentace

Výzkumné šetření ukázalo, že ošetřovatelská dokumentace nebyla jednotná. Na všech odděleních byla zavedena pouze část ošetřovatelské dokumentace. Na tvorbě jednotlivých formulářů spolupracovali vrchní sestry a primáři oddělení pod vedením zástupkyně hlavní sestry. Vzorem pro tvorbu dokumentace byla převzatá ošetřovatelská dokumentace z jiného zdravotnického zařízení.

3) *Přítomnost standardního ošetřovatelského postupu Vedení ošetřovatelské dokumentace*

Standardní ošetřovatelský postup pro vedení ošetřovatelské dokumentace v nemocnici nebyl vytvořen. Z šetření vyplynulo, že vedoucí pracovníci: „Necítili potřebu standard vytvářet“. Důvodem bylo i to, že dokumentace nebyla jednotná. Vedoucí pracovníci předpokládali, že po vstupu nemocnice do ONN, a.s. bude vytvořena jednotná dokumentace v celé ONN a.s.. V logické návaznosti na vytvořenou dokumentaci také tvorba SOP.

4) Aktualizace dokumentace

Od počátku zavedení ošetřovatelské dokumentace byla aktualizována dokumentace pouze na interním oddělení. První verze zde byla zavedena už v roce 1993. Na ostatních odděleních pracovali s původními formuláři. Teprve v roce 2006 se zavedením dokumentace na chirurgické oddělení, proběhla aktualizace formulářů i na ostatních odděleních.

5) Složky ošetřovatelské dokumentace dle platné legislativy

Ošetřovatelská dokumentace obsahovala na všech odděleních formulář *Ošetřovatelská anamnéza, Realizace ošetřovatelské péče a Překladová zpráva. Plán ošetřovatelské péče* byl součástí dokumentace pouze na jednom oddělení. Formulář *Denní hlášení* v dokumentaci měli na třech odděleních (tab. 10).

Šetření potvrdilo, že ošetřovatelská dokumentace neobsahuje všechny složky dle vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.

Tab. 10: Složky ošetřovatelské dokumentace (lokalita Broumov)

složky ošetřovatelské dokumentace	**celkem**
Ošetřovatelská anamnéza	**4**
Plán ošetřovatelské péče	**1**
Realizace ošetřovatelské péče	**4**
Denní hlášení	**3**
Překladová a propouštěcí zpráva	**4**

6) Vedení dokumentace v souladu s platnou legislativou

Z důvodu nekompletní ošetřovatelské dokumentace není její vedení v souladu s platnou legislativou. Sestry provádějí základní sběr informací o pacientovi. Formulář *Ošetřovatelská anamnéza,* ale nesplňuje obsahový rámec pro získání informací o pacientovi. Na základě těchto informací, sestry už nestanovují plán péče. *Plán ošetřovatelské péče* byl součástí dokumentace pouze na jednom oddělení. Sestry neprovádí ošetřovatelskou diagnostiku, nestanovují cíle péče, neplánují ošetřovatelské intervence. Šetření dále ukázalo, že na jednom oddělení provádí sběr informací v rámci ošetřovatelské anamnézy každý den. Tento způsob není v souladu s legislativou. Současně není ani efektivní pro práci sestry s pacientem.

Ošetřovatelské činnosti, které sestry u pacientů realizovaly, nebyly vždy zapsány. Záznamy neměly vypovídající hodnotu. Ve formuláři *Hodnocení péče* se odrážely splněné ordinace lékaře a realizované ošetřovatelské činnosti. Přestože tento formulář mají k dispozici tři oddělení, pracují s ním pouze oddělení dvě. Ostatní současně vedou dublované zápisy v sešitu hlášení sester.

Další nedostatky se odrážely v nedodržení zásad pro vedení dokumentace jako je nedostatečná identifikace pacienta, chybějící podpisy, opravování chybných zápisů a další.

7) Kontrola dokumentace

Kontrolní mechanismy na kontrolu vedení ošetřovatelské dokumentace nebyly nastaveny. Kontrola vedoucími pracovníky nebyla prováděna.

8) Využití ošetřovatelské dokumentace lékaři

2 informanti potvrdili, že lékaři s ošetřovatelskou dokumentací pracují, 2 uvedli, že lékaři s dokumentací nepracují a 3 informanti neví. Šetření dále ukázalo, že lékaři s dokumentací pracují alespoň ojediněle. Bylo potvrzeno 4 informanty, 1 informant skutečnost vyvrátil a 2 neví.

Na základě použitých výzkumných metod bylo potvrzeno, že lékaři s ošetřovatelskou dokumentací v určitém rozsahu pracují a využívají záznamů sester (tab.11).

Tab. 11: Přehled odpovědí informantů vyjadřujících se k využívání oš. dokumentace lékaři (lokalita Broumov)

otázky:	ANO	NE	NEVÍM	celkem
Pracuje lékař s ošetřovatelskou dokumentací	2	2	3	7
Pracuje lékař s ošetřovatelskou dokumentací ojediněle	4	1	2	7

Lokalita Opočno

1) Způsob zavedení dokumentace na oddělení

Ošetřovatelská dokumentace byla v nemocnici vytvořena před sloučením s nemocnicí v Náchodě. Tvorba dokumentace se řídila příručkou jakosti podle normy

ČSN EN ISO 9001:2001. Byly popsány veškeré procesy, které v dokumentaci probíhaly. Byly analyzovány jejich vzájemné vazby a systém řízení jakosti byl v nemocnici vytvořen

a zaveden v souladu s požadavky této normy.

V příručce jakosti byl popsán léčebně - ošetřovatelský proces. Obsahoval mimo jiné tyto dokumenty:

a) uživatelský manuál NIS Medea[15]
b) dezinfekční plány
c) zacházení s návykovými látkami jejich evidence
d) distribuci a vyhodnocování dotazníků spokojenosti pacientů
e) souhlas pacienta s hospitalizací i jeho nesouhlas (revers pozitivní a negativní)
f) metodické pokyny – hlášení pádů, ošetřování ran, informované souhlasy s výkony, průběh rehabilitační péče na oddělení LNP, plán prevence komplikací z imobilizace, etické zásady zdravotnického pracovníka
g) ošetřovatelskou anamnézu, ošetřovatelskou diagnózu, plán ošetřovatelské péče, realizaci ošetřovatelského plánu, hlášení sester a dokumentaci pro operační sál

2) Kdo se podílel na tvorbě ošetřovatelské dokumentace

Na základě pokynů Příručky jakosti byly vytvořeny pracovní týmy, které měly za úkol vytvářet příslušnou dokumentaci. Tým tvořily staniční a vrchní sestry jednotlivých oddělení a manažer kvality. Pracovní verze dokumentů byly předkládány ke konzultaci primářům jednotlivých oddělení.

Formulář ošetřovatelská anamnéza byl jednotný pro všechna oddělení. Dále ve spolupráci s manažerem jakosti si každé oddělení vytvářelo své dokumenty dle potřeb oddělení. Podmínkou bylo, aby dokumenty byly zcela v souladu s normou a současně, aby byly funkční a přehledné. Do klinické praxe byly zaváděny postupně.

3) *Přítomnost standardního ošetřovatelského postupu Vedení ošetřovatelské dokumentace*

S vytvořením ošetřovatelské dokumentace byl vytvořen a vydán SOP *Ošetřovatelská dokumentace*. Tento SOP definuje ošetřovatelskou dokumentaci a definuje obsah jednotlivých formulářů. Současně popisuje v jakém časovém intervalu musí být jednotlivé složky zavedeny. Stanovuje, kdo je zodpovědný za vedení dokumentace. SOP je obecný, sestra získá základní informace. Tento SOP není detailním návodem, jak vést ošetřovatelskou dokumentaci.

[15] NIS Medea: Nemocniční informační systém Medea

4) Aktualizace dokumentace

V rámci zkvalitňování služeb a zlepšování systému v řízení jakosti byly jednou za rok všechny dokumenty přezkoumávány , doplňovány a aktualizovány.

5) Složky ošetřovatelské dokumentace dle platné legislativy

Ošetřovatelská dokumentace neobsahovala všechny formuláře o kterých hovoří vyhláška o zdravotnické dokumentaci. Pouze v jednom z případů chyběl formulář *Plán ošetřovatelské péče* a *Denní hlášení* (tab. 12).

Tab. 12 : Složky ošetřovatelské dokumentace (lokalita Opočno)

složky ošetřovatelské dokumentace	**celkem**
Ošetřovatelská anamnéza	**4**
Plán ošetřovatelské péče	**3**
Realizace ošetřovatelské péče	**4**
Denní hlášení	**3**
Překladová a propouštěcí zpráva	**4**

Formulář Ošetřovatelská anamnéza – Ošetřovatelské posouzení

Formulář *Ošetřovatelská anamnéza* byl součástí ošetřovatelské dokumentace na všech odděleních. Měl jednotnou grafickou i obsahovou stránku na všech odděleních. Obsahoval základní anamnestická data a základní ošetřovatelské aktivity. Vypovídající hodnota jednotlivých informací o pacientovi nebyla dostačující. Na rozdíl od formulářů v lokalitě Náchod a Broumov byla jeho vypovídající hodnota o pacientovi daleko vyšší.

Název formuláře byl na všech odděleních stejný, tedy *Ošetřovatelská anamnéza.*

Formulář Individuální plán ošetřovatelské péče

Formulář nebyl součástí ošetřovatelské dokumentace na všech odděleních. Nebyl zaveden pouze na jednom oddělení. Sestry na tomto oddělení nesestavovaly individuální plán péče.

Na dvou odděleních musel být plán péče sestrou písemně sestaven. Jedno oddělení pracovalo s individuálním plánem, který měl již definované diagnózy, cíle a intervence.

Hodnocení ošetřovatelské péče nebylo součástí individuálního plánu. Plány nebyly hodnoceny.

Formulář Realizace ošetřovatelské péče

Formulář Realizace ošetřovatelské péče byl součástí ošetřovatelské dokumentace na všech odděleních. Grafická i obsahová stránka těchto formulářů byla stejná. Formulář měl definované ošetřovatelské činnosti. Realizace činností se zapisovala do jednotlivých kolonek, které měly svislou čarou rozdělený prostor na zapsání datumu.

Formulář Denní hlášení/záznamy sester

Formulář *Denní hlášení* chyběl v dokumentaci na jednom oddělení. Záznamy sestry prováděly elektronicky do počítače v lékařském dekurzu. Na ostatních odděleních se jednalo o samostatný formulář s jednotnou grafickou úpravou.

6) Vedení dokumentace v souladu s platnou legislativou

Vedení ošetřovatelské dokumentace zde také nebylo v souladu s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci. V dokumentaci se objevovaly stejné chyby jako v dokumentaci v lokalitě Náchod a Broumov. Dokumenty nebyly řádně identifikovatelné, ošetřovatelská anamnéza a plán péče pacienta nesplňoval po obsahové stránce legislativní požadavky.

Ošetřovatelský plán chyběl v jednom z případů. Sestry nestanovovaly ošetřovatelské diagnózy, cíle ani intervence ošetřovatelské péče.

Názvy diagnóz si sestry rovněž vytvářely samy. Diagnózy nebyly číslovány dle priorit. Chyběly časové údaje. Záznamy sester ve formuláři *Denní hlášení* neodrážely vývoj stavu pacienta, ale záznamy byly odrazem realizované péče.

Stejné chyby se opakovaly i při vedení formuláře *Ošetřovatelská propouštěcí/překladová zpráva.*

Špatnou praxí byly i chybné zápisy, které se přelepily nebo odstranily korekční barvou, včetně chybějících podpisů, kdo chybu opravil. Zápisy v dokumentaci rovněž nebyly vždy dobře čitelné.

7) Kontrola dokumentace

V době samostatného zdravotnického zařízení, manažerem pro kvalitu ve spolupráci s vedením oddělení byl vypracován plán interních auditů na vedení ošetřovatelské dokumentace. Audit byl prováděn dvakrát do roka. Audit na jednotlivých odděleních prováděli vyškolení interní auditoři. Vlastní audit byl ohlášen minimálně 3 dny před stanoveným termínem. O provedeném auditu byl učiněn písemný zápis.

V současnosti, po spojení všech nemocnic, audity byly zrušeny. Kontrolu dokumentace provádí vrchní sestry průběžně. O kontrole vedení dokumentace nejsou vedeny zápisy.

8) Využití ošetřovatelské dokumentace lékaři

Všech osm informantů potvrdilo, že lékaři s ošetřovatelskou dokumentací pracují. Tři informanti sdělili, že bylo velmi náročné přesvědčit lékaře o smyslu ošetřovatelské dokumentace. Po průběžném seznamování lékařů s jednotlivými formuláři, se lékaři s dokumentací naučili pracovat a efektivně využívat i pro svou práci. Práce lékaře s ošetřovatelskou dokumentací je dnes běžnou praxí na všech odděleních.

8. Shrnutí výstupů analýzy ošetřovatelské dokumentace

V termínu od 3.12.2007 jsem ještě jednou procházela jednotlivé formuláře ošetřovatelské dokumentace, které byly na oddělení zavedeny. Analýza se týkala nevyplněných (prázdných) dokumentů. Analyzovala jsem je ještě jednou po obsahové

stránce. Stěžejní byl soulad s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci. Zajímala mne i grafická úprava.

Výsledky znovu potvrdily, že jednotlivé formuláře měly rozdílnou grafickou úpravu bez ohledu na daná oddělení a lokality. Rozdíly mezi jednotlivými formuláři byly i po obsahové stránce. Sestra nemá možnost zapsat takové informace, které by zhodnotily zdravotní stav pacienta a posoudily jeho potřeby v takovém rozsahu, aby mohly být stanoveny efektivní postupy ošetřovatelské péče a ošetřovatelského plánu. Přestože na některých odděleních dokumentace obsahovala všechny povinné složky, sestry s nimi nepracovaly.

Ošetřovatelská dokumentace je v ONN, a.s. nejednotná. Není standardizovaná, neobsahuje všechny povinné složky dokumentace.

Z žádného závazného pokynu není zřejmé, jakým způsobem se vede ošetřovatelská dokumentace, jak se jednotlivé informace zapisují, kdo a jak dokumentaci kontroluje. Chybí metodický pokyn. SOP, který je vytvořen pro lokalitu Náchod i Opočno je nefunkční a v praxi není dodržován.

Na základě výstupů výzkumných metod jsem došla k závěru, že vedení ošetřovatelské dokumentace ve všech lokalitách vykazuje značné nedostatky, které nejsou v souladu s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci (nedostatečná identifikační data, chybějící podpisy poskytovatele péče, chyby v opravách záznamů, čitelnost). Dále chybí formuláře dokumentující ošetřovatelskou péči o pacienta dle vyhlášky o zdravotnické dokumentaci nebo jsou po obsahové stránce nedostačující. Z těchto uvedených důvodů není možné použít stávající ošetřovatelskou dokumentaci jako vzor pro vytvoření nové jednotné dokumentace (tab. 13 a tab. 14).

Použité výzkumné metody ukázaly, že sestry neumí řádně a efektivně vést ošetřovatelskou dokumentaci. Řada problémů vychází z absence jejich znalostí. Sestry neznají důvody, proč je nutné vést dokumentaci, co má dokumentace obsahovat. V čem pomáhá dokumentace sestře a v čem pacientovi. Jako velmi závažné vidím to, že tyto informace nemají ani někteří vedoucí pracovníci, kteří byli současně informanty. Tato skutečnost se mohla negativně odrazit na samotném vnímání ošetřovatelské dokumentace a práci s touto dokumentací ze strany sester, ale i lékařů.

Pozitivní informace, která vyplynula z výzkumného šetření v lokalitě Opočno, je velký posun v nahlížení na ošetřovatelskou dokumentaci ze strany lékařů. Šetření

potvrdilo, že s dokumentací sester pracují všichni lékaři a vnímají ji jako automatickou součást zdravotnické dokumentace. Toto nebylo samozřejmostí v ostatních lokalitách.

Z analýzy dokumentace je patrné, že je vedena pouze formálně. Není zjistitelné jaká péče byla pacientovi poskytnuta. Řada informací se v dokumentaci dubluje, ale další informace o stavu, průběhu a vývoji zdravotního stavu pacienta nenajdeme.

Tyto skutečnosti, by současně mohly být problémem při řešení stížností, ale také mohou negativně ovlivnit nemocnici, včetně poskytovatele zdravotní péče.

Tab. 13: Splnění podmínek na vedení oš. dokumentace z legislativního pohledu

Legislativní podmínka	Náchod	Broumov	Opočno
Identifikační údaje	Ne	Ne	Ne
Povinné složky oš. dokumentace:	Ne	Ne	Ne
Ošetřovatelská anamnéza	Ano	Ano	Ano
Plán ošetřovatelské péče	Ano	Ne	Ne
Realizace ošetřovatelské péče	Ano	Ano	Ano
Denní hlášení/záznamy sester	Ne	Ne	Ne
Propouštěcí / překladová zpráva	Ano	Ano	Ano

Tab.14: Splnění obsahového rámce dle legislativy

Legislativní podmínka	Náchod	Broumov	Opočno
Ošetřovatelská anamnéza	Ne	Ne	Ne
Plán ošetřovatelské péče	Ne	Ne	Ne
Realizace ošetřovatelské péče	Ne	Ne	Ne
Denní hlášení/záznamy sester	Ne	Ne	Ne
Propouštěcí / překladová zpráva	Ne	Ne	Ne

(Hodnoceno za lokalitu systémem splněno – nesplněno)

9. Prezentování výsledků a návrhy doporučení

O výsledcích mého šetření jsem ředitele nemocnice průběžně informovala při neformálních schůzkách. 12. 12. 2007 proběhla oficiální schůzka s ředitelem nemocnice, na které jsem ho seznámila s kompletními výsledky diagnostiky. Stěžejní informací pro něho bylo, že žádná současná ošetřovatelská dokumentace nesplňuje legislativní rámec. Z tohoto důvodu nemůže být žádná dokumentace aplikována jako jednotná dokumentace v ONN, a.s.. Žádnou z těchto dokumentací nedoporučuji zavést ani na přechodnou dobu pro oddělení, kde ošetřovatelská dokumentace není zavedena. Návrhem pro změnu je vytvoření jednotné ošetřovatelské dokumentace v ONN, a.s.. V souvislosti s vytvořením nové ošetřovatelské dokumentace doporučuji zaměřit se na vedení dokumentace v souladu s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci. Vytvoření SOP *Vedení ošetřovatelské dokumentace* s jasně definovanými kritérii pro audit.

Doporučila jsem, že je nutné zabývat se i otázkami kvality zdravotní péče, zejména na úrovni vrcholového managementu nemocnice. Management by měl pravidelně hodnotit dosažené výsledky. Jeho členové by se měli účastnit pravidelného jednání Rady kvality, která je poradním orgánem ředitele v otázkách zvyšování kvality zdravotní péče. Předpokladem zvyšování kvality poskytované péče je mimo jiné také stanovení pravidel pro jednotlivé činnosti, vymezení kompetencí a pravomocí pro všechny zaměstnance.

Doporučila jsem, aby byly zpracovány organizační normy, se kterými se všichni zaměstnanci seznámí a budou se jimi řídit.

Ředitele nemocnice jsem upozornila také na to, že součástí tohoto záměru by bylo i zavedení systému řízení kvality a získání certifikátu dle ISO norem na vybraných zdravotnických a nezdravotnických pracovištích v rámci ZH KHK, a.s. nebo proces akreditace zdravotnického zařízení.

Dalším významným krokem v řízení kvality by bylo právě zavedení jednotné zdravotnické dokumentace, tedy lékařské a ošetřovatelské dokumentace, což má zcela zásadní význam. Tento krok současně vyplynul i z dané analýzy. Vedlo by to k snadnější práci sester i lékařů. Současně zavedením vnitřních auditů vedení dokumentace, sledováním stanovených ukazatelů kvality umožní sledovat pozitivní dopad této činnosti na kvalitu poskytované péče.

Tímto by se nám mohlo podařit trvale budovat moderní nemocnici na úrovni

21. století. Vytvářet bezpečné zázemí pro poskytování zdravotnické péče, která je považovaná v celorepublikovém i mezinárodním měřítku za garanta špičkové kvality, zajišťujícího také podmínky pro výchovu nové generace zdravotnických odborníků a manažerů.

Společně s ředitelem jsme se shodli, že kvalita péče o pacienta je v nemocnici prioritou. Směřujeme k tomu, aby poskytovaná zdravotnická péče i nezdravotnické služby byly co nejvíce efektivní, z hlediska pacienta bezpečné, přiměřené a přístupné jak pacientům z regionu, tak ostatních krajů České republiky, případně pacientům ze zahraniční.

Hovořili jsme také o tom, že řízení nemocnice, nelze dosáhnout bez dodržování principů řízení a bez hodnocení výsledků. Řízení není možné bez jasně stanovených pravidel a cílů, prostřednictvím nichž je jako v každé jiné organizaci, tak i v nemocnici dosahováno vysoké kvality výstupů - konkrétně v případě úrovně poskytované péče.

10. Proces změny - vytvoření jednotné ošetřovatelské dokumentace

Na základě výsledků výzkumného šetření, se vrcholový management dohodl, že bude vytvořena nová podoba zdravotnické dokumentace. V první fázi bude vytvořena jednotná ošetřovatelská dokumentace. Na ni v dalším období naváže tvorba jednotné lékařské dokumentace. Hlavní podmínkou pro vytvoření dokumentace je jednotná grafická úprava formulářů a po obsahové stránce dodržení legislativního rámce.

S tvorbou ošetřovatelské dokumentace, neměl nikdo takové zkušenosti a znalosti, abychom tento projekt mohli zahájit sami. Z tohoto důvodu jsem představitelům vrcholového managementu navrhla navázání spolupráce s odborníkem, který se věnuje kvalitě poskytované ošetřovatelské péče a má zkušenosti s tvorbou a zaváděním dokumentace do praxe. Doporučení přijmout externího odborníka bylo jednohlasně schváleno.

V souvislosti s tvorbou dokumentace bylo důležité proškolit všechny zdravotnické pracovníky. Bylo projednáno, kdo, kým a v jakém rozsahu v oblasti vedení dokumentace bude proškolen. Doporučila jsem naplánovat školení nejenom pro nelékařské zdravotnické pracovníky, ale také pro lékaře. Cílem edukačního školení by mělo být zejména seznámení s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci, zákonnými normami a dalšími závaznými předpisy. Po seznámení se s právními předpisy, by volně mělo navázat sdělení, z jakého důvodu je nutné vést ošetřovatelskou dokumentaci jako součást zdravotnické dokumentace. K čemu ošetřovatelská dokumentace slouží, jakou péči o pacientovi dokumentuje.

Seznámení s problematikou a proškolení pracovníků v příslušné legislativě bylo jednou z priorit při řízení procesu změny. K této skutečnosti mne vedly výsledky výzkumného šetření, které prokázaly nejenom neznalosti právní problematiky, ale odkryly i odpor některých pracovníků vést ošetřovatelskou dokumentaci.

11. Management zavádění změny

Rozhodnutím ředitele nemocnice za vytvoření a zavedení jednotné ošetřovatelské dokumentace je zodpovědná hlavní sestra. Po domluvě s ředitelem byla na pozici

managerky pro kvalitu ošetřovatelské péče přijata externí spolupracovnice. Jejím hlavním úkolem byla odborná pomoc při tvorbě a zavedení dokumentace do praxe. S týmem pracovníků měla vytvořit návrhy jednotlivých formulářů s dodržením podmínek na jednotnou ošetřovatelskou dokumentaci.

Cílem bylo vést proces tak, aby bylo dosaženo vytvoření funkční a smysluplné ošetřovatelské dokumentace, která bude pozitivním přínosem nejenom pro pacienta, ale také pro zdravotnické pracovníky. Při implementaci změny jsem vycházela z názorů

J. Kottera, který popisuje osm kroků, které je nutné zvládnout, abychom dosáhli daného úspěchu. Výstižné pro náš případ změny je: „Lidé přicházejí, aby vytvořili a upevnili nové způsoby jednání a nové provozní postupy“ (8). Velmi blízká mi byla jeho další myšlenka, že „Podstata změny spočívá v otázce, jak změnit chování lidí“ a „Lidé to, co dělají, mění nikoli proto, že jim poskytneme výsledky analýzy, které změní jejich myšlení, ale spíše proto, že jim ukážeme pravdu, jež promění jejich cítění“ (8).

S manažerkou pro kvalitu jsem se domluvila na dané strategii, včetně vedení procesu dle J. Kottera:

Krok 1: Vlastní příprava, období naléhavosti změny, které má zdravotníky podnítit k aktivitě a mobilizovat jejich síly pro tvorbu jednotné ošetřovatelské dokumentace.
Krok 2: Sestavení pracovního týmu. Členy vybrat dle stanovených kritérií. Tým se v tomto kroku bude učit pracovat.
Krok 3: Tým bude vytvářet jasné a srozumitelné soubory strategií pro tvorbu dokumentace.
Krok 4: Období šíření vizí a strategií. Cílem bude vyvolat, získat a rozšířit podporu pro zavedení nové ošetřovatelské dokumentace, pro spolupráci angažovat co nejvíce zdravotnických pracovníků.
Krok 5: Podpora samostatného jednání a posilování pravomocí, odstraňování eventuálních překážek, zaměření se na vedoucí pracovníky, kteří mohou proces ovlivnit.
Krok 6: Získat podporu pracovníků pro dosažení výsledků v krátké době.
Krok 7: Nepovolovat v procesu změny. Nenechat se ovlivnit prvními neúspěchy. Pokračovat v nastavených pravidlech.
Krok 8: Snaha o upevnění dosažené změny – vytvářet takové kroky, aby se práce s dokumentací stala jejich automatickou součástí.

Pro tvorbu nové ošetřovatelské dokumentace jsem zvolila strategii: na tvorbě se budou podílet sestry a porodní asistentky, které pracují u lůžka pacienta a mají

bezprostřední zkušenosti s ošetřovatelskou péčí o pacienta a vedením původní ošetřovatelské dokumentace. Budou tvořit část pracovního týmu. Za druhé, s vytvořenou dokumentací budou mít možnost pracovat všichni zdravotničtí pracovníci, kteří ověří dokumentaci v klinické praxi a navrhnou případné změny. V následné fázi tým vytvoří závaznou podobu ošetřovatelské dokumentace. Nechtěla jsem jít cestou „násilně“ vytvořené a aplikované dokumentace do praxe. Myšlenkou bylo nechat prostor tomu, aby si dokumentaci sestry vytvořily samy a současně motivovaly spolupracovníky nejenom pro tvorbu formulářů, ale i pro její následné efektivní vedení. Podstatou myšlenky bylo, to co si samy vytvoří, snáze přijmou za své a myšlenky budou předávat dalším spolupracovníkům. Domněnka vycházela z představy, že by sestry hůře přijaly dokumentaci, která by jim byla předložena. Tento přístup mi byl daleko bližší a názory J.Kottera mne v mém přesvědčení utvrdily.

Smyslem nové dokumentace nebylo dodržet jenom dané náležitosti, které vycházejí ze zákonných norem, ale současně jsem chtěla, aby dokumentace byla nejenom pro sestru funkčním nástrojem při poskytování ošetřovatelské péče ale dokumentaci, kterou budou zdravotničtí pracovníci umět efektivně využívat a zacházet s ní. V tomto ohledu jsem se také motivovala J. Kotterem, který ve své publikaci uvádí, že „Proces změny založený na osobní názorné zkušenosti a emocionálním prožitku je daleko účinnější než změna, která se opírá o racionální analýzu a další myšlenkové procesy“ (8).

Po vzájemné shodě s manažerkou pro kvalitu, jsem o procesu vytvoření nové ošetřovatelské dokumentace informovala vedoucí pracovníky jednotlivých oddělení. Vrchní sestry informace obdržely na poradě hlavní sestry a primáře jednotlivých oddělení jsem informovala ve spolupráci s náměstkem pro LPP na poradním sboru ředitele. Náměstek jednotlivé primáře seznámil s důvody, které vedou k tvorbě nové ošetřovatelské dokumentace, hovořil o výhodě mít a vést správnou dokumentaci i v souvislosti ochrany před soudními spory. Připomněl, že vedení dokumentace vychází ze zákona o zdravotnické dokumentaci. Přítomné informoval, že tvorba jednotné ošetřovatelské dokumentace je v přípravném stádiu. Sestry mají možnost iniciovat změny, navázat na vzájemnou spolupráci a snaha všech bude vytvořit jednoduchou a funkční dokumentaci.

Stejnou informaci obdržely vrchní sestry. Těm jsem dále doporučila, aby si připomínky a dotazy ohledně vedení dokumentace evidovaly. Na dotazy bude reagováno při metodickém setkání na oddělení nebo odpovězeno telefonicky při vznesení dotazu. Dále jsem jim doporučila seznámit se splatnými předpisy pro větší pochopení nutnosti a smyslu vést dokumentace. Nezbytnou podmínkou je i efektivní motivace pracovníků pro

vedení dokumentace, včetně otázky přizpůsobení se změnám, které nám ukládají legislativní předpisy.

Vedoucí pracovníci měli následně informace předávat svým podřízeným pracovníkům.

11.1.1. Pracovní tým

Pro zařazení členů do týmu, jsem stanovila určité podmínky:

1. Tým složený ze zdravotnických pracovníků lokality Náchod, Broumov a Opočno
   - ✓ *lokalita Náchod* - všeobecné sestry pracující na standardních odděleních interních a operačních oborů, sestry z oddělení JIP / ARO, dětské sestry a porodní asistentky
   - ✓ *lokalita Broumov a Opočno* – všeobecné sestry ze standardního oddělení a sestry z oddělení JIP / ARO
   - ✓ 2. Sestry, které se chtějí aktivně účastnit změny, mít přímou možnost ovlivňovat proces

3. Sestry, které se chtějí učit nové věci a ovládat schopnost pro předání myšlenek, informací a dalších náležitostí svým kolegům

Na základě stanovených kritérií jsem ve spolupráci s vrchními sestrami sestavila pracovní tým pro tvorbu ošetřovatelské dokumentace. Tým měl 18 aktivních členů, kteří se bezprostředně zabývali tvorbou nové dokumentace. Ostatních 6 členů se tvorby přímo neúčastnilo (označeni jako pasivní členové), byli v roli konzultantů (ředitel nemocnice, náměstci pro LPP a zástupci hlavní sestry jednotlivých lokalit) (tab. 15 a tab. 16). Tým vznikl v březnu roku 2008 a byl koordinovaný hlavní sestrou a managerkou pro kvalitu ošetřovatelské péče.

Tab. 15: Složení pracovního týmu

lokalita	Vrcholový management	Střední management	Nižší management	VS a PA	Celkem
Náchod	4	0	5	7	**16**
Broumov	2	1	0	1	**4**
Opočno	2	0	0	2	**4**
Celkem	8	1	5	10	**24**

Tab. 16: Přehled aktivních a pasivních (konzultantů) členů pracovního týmu

lokalita	aktivní	pasivní	celkem
Náchod	14	2	16
Broumov	2	2	4
Opočno	2	2	4
Celkem	18	6	24

Ve spolupráci s managerkou pro kvalitu jsme zorganizovaly první pracovní poradu. Úvodní schůzku jsme zaměřily zejména na předání informací, které jsou spojené s procesem změny. Vysvětlily jsme důvody, které vedou k této změně a seznámily je s analýzou původního stavu ošetřovatelské dokumentace.

Následovala prezentace, která zúčastněné zavedla do oblasti legislativy a byla zaměřena na vyhlášku o zdravotnické dokumentaci, Koncepci ošetřovatelství, trestní zákon a další.

V závěrečné fázi porady jsme představily způsob a zásady pro tvorbu ošetřovatelské dokumentace, včetně plánu tvorby jednotlivých formulářů:

<u>Při tvorbě formulářů budou respektovány zásady:</u>

- formulář nebude obsahovat nebo nebude vést ke shromažďování údajů v rozporu s platnými předpisy
- formulář bude shromažďovat pouze údaje potřebné k výkonu ošetřovatelské péče
- formulář nebude obsahovat údaje, které by mohly vést k diskriminaci některých skupin pacientů
- formulář nepovede k duplicitě získaných údajů

- formulář bude pro vyplňování co nejjednodušší
- označení formuláře bude odpovídat jeho obsahu

Plán tvorby jednotlivých formulářů:

Na základě strategie bude jako první formulář vytvořena ošetřovatelská anamnéza a hodnocení plánu péče. Bude následovat vytvoření plánu ošetřovatelské péče a realizace ošetřovatelského plánu.

V další fázi, po ukončení pilotního projektu, dojde k vytvoření definitivní podoby dokumentace. Tímto budou vytvořeny základní formuláře ošetřovatelské dokumentace (tab. č 17).

V rámci projektu, po vytvoření definitivní podoby formulářů, naváže tvorba ošetřovatelské dokumentace pro dětského pacienta a pro pacienty s hospitalizací do 78 hodin.

Důležité je, aby se zdravotničtí pracovníci nejprve s touto dokumentací naučili pracovat, aby se s ní v rámci poskytované péče o pacienta sžili. Po té může následovat tvorba dalších formulářů. Budou-li požadavky na další formuláře ze strany zdravotnických pracovníků z oddělení, bude požadavek vyhodnocen a formuláře vytvořeny.

Tab. 17: Plán tvorby jednotlivých formulářů

Fáze tvorby	Jednotlivé formuláře ošetřovatelské dokumentace
První fáze:	Ošetřovatelská anamnéza, Hodnocení plán péče
Druhá fáze:	Plán ošetřovatelské péče
Třetí fáze:	Realizace ošetřovatelského plánu
Čtvrtá fáze:	Definitivní podoba formulářů po pilotním projektu (Ošetřovatelská anamnéza, Hodnocení plánu péče, Plán ošetřovatelské péče, Realizace ošetřovatelského plánu)
Pátá fáze:	Ošetřovatelská dokumentace pro dětského pacienta a pacienta s hospitalizací do 78 hodin
Šestá fáze:	Formuláře na požadavky zdravotnických pracovníků z oddělení

V rámci diskuse si každý člen mohl ujasnit svoji roli v týmu, vyjádřit se k předložené strategii i způsobu tvorby nové dokumentace. Na tomto základě mohl eventuálně přehodnotit své původní přesvědčení být součástí týmu. Nikdo neměl žádné připomínky a tým začal pracovat v původním obsazení.

11.1.2. Činnost týmu

Činnost týmu byla zaměřena zejména na:

a) tvorbu formulářů ošetřovatelské dokumentace pro pilotní projekt
b) tvorbu definitivní podoby formulářů po ukončení pilotního projektu
c) tvorbu dalších formulářů vycházejících z požadavků klinické praxe
d) konzultační činnost s kolegy na odděleních při tvorbě obsahové stránky jednotlivých formulářů
e) organizování seminárních školení ve spolupráci s vrchními a staničními sestrami na odděleních a to zejména:
   - ✓ seznámení s procesem změny
   - ✓ seznámení s platnou legislativou
   - ✓ seznámení s vytvořenými formuláři ošetřovatelské dokumentace
   - ✓ konzultační činnost při zavádění a vedení ošetřovatelské dokumentace v pilotním projektu

Činnost hlavní sestry a manažerky pro kvalitu:

a) organizace seminářů v oblasti legislativy zdravotnické dokumentace pro:
   - ✓ vedoucí pracovníky (vrchní a staniční sestry)
   - ✓ primáře a delegované lékaře v lokalitě Náchod
   - ✓ vedoucí pracovníky (vrchní sestry, primáře a delegované lékaře) v lokalitě Broumov a Opočno
   - ✓ pro NLZP, kteří budou pracovat s ošetřovatelskou dokumentací v lokalitě Náchod, Broumov a Opočno
b) koordinace pracovního týmu
c) průběžné předávání informací spojených s procesem změny managementu nemocnice
d) konzultační činnost v pilotním ověření dokumentace v klinické praxi na jednotlivých odděleních všech lokalit
e) organizace workshopu ve všech lokalitách na téma Ošetřovatelská dokumentace v praxi
f) vytvoření metodického pokynu *Vedení ošetřovatelské dokumentace*
g) vytvoření standardního ošetřovatelského postupu *Vedení ošetřovatelské dokumentace*

V rámci edukačních seminářů pro sestry a porodní asistentky jsem ve spolupráci s manažerkou pro kvalitu vysvětlila, co je důvodem pro vytvoření nové ošetřovatelské dokumentace. Managerka pro kvalitu prezentovala důležité pasáže z platné legislativy, která se zabývá vedením zdravotnické dokumentace. Snažily jsme se vysvětlit, že účelem vedení ošetřovatelské dokumentace není prodlužovat čas, který sestra věnuje administrativní práci. Toto byl jeden z nejvíce se opakujících argumentů, proč dokumentaci nevést. Opakovaly se otázky „Kde zůstává pacient“. „Kde vzít čas na péči o něho“.

Musím připustit, že administrativa ve zdravotnictví v posledních letech narostla. Došlo k řadě různých změn. Zdravotnická zařízení se potýkají s nedostatečným množstvím všeobecných sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků. To vše se odrazilo na organizaci práce, na poskytování kvalitní zdravotní i ošetřovatelské péče. Ale to neznamená, že tyto důvody, povedou v práci sester k nekvalitnímu poskytování péče bez vedení smysluplné dokumentace. Je nutné hledat takové cesty, které úroveň poskytované

péče nezhorší. Naopak povedou ke zlepšení poskytované péče a současně ke zvýšení kvality poskytované péče.

Sestry byly upozorněny i na právní dopady spojené s poskytováním péče. Je smutné, jestli sestry na tyto důsledky nemyslí či neuvědomují. Prevence pochybení je určitě na místě a snad se nejprve nemusíme na vlastní kůži přesvědčit, co znamená obhájit se při soudním sporu.

Upozorňovala jsem také na to, že prioritou je vytvořit smysluplnou ošetřovatelskou dokumentaci, vyhovující potřebám oddělení. Bude snaha vytvořit jednoduchou dokumentaci, která bude splňovat dané náležitosti a bude sloužit jako informační zdroj všem, kteří poskytují pacientovi nejen ošetřovatelskou, ale celkovou zdravotní péči.

11.1.2.1. Vlastní tvorba ošetřovatelské dokumentace

Na tvorbě jednotlivých formulářů začal pracovat tým zdravotnických pracovníků, kteří pracují s pacienty u lůžka, současně někteří z nich mají zkušenosti i s vedením pracovníků. Všichni měli praktické zkušenosti, ale v mnohých případech si museli doplnit teoretické znalosti.

Praktické zkušenosti byly významné zejména proto, aby v jednotlivých formulářích bylo zahrnuto vše, co sestra potřebuje o pacientovi znát a zároveň, aby měla možnost do jednotlivých formulářů zapsat vše, co u pacienta v rámci ošetřovatelské péče vykonala a popsala vývoj jeho potřeb. Teoretické znalosti byly důležité proto, abychom vytvořili ošetřovatelskou dokumentaci, která splní legislativní podmínky.

V rámci strategie bylo rozhodnuto, že ošetřovatelská dokumentace v ONN, a.s. bude jednotná. Vytvoří se taková dokumentace, kterou budeme aplikovat na všechna oddělení jednotlivých lokalit. Výjimku jsme provedli pouze pro ošetřovatelskou dokumentaci dětského oddělení. Ošetřovatelská péče o dětského pacienta je specifická a dokumentovaná péče musí být toho odrazem. Tvorba dokumentace pro dětského pacienta byla odložena. Podle plánu bude realizovaná po ukončení tohoto pilotního projektu.

Rozhodnutím managerky pro kvalitu, byla velikost formulářů. Shodly jsme se a zvolily pro všechny dokumenty formát A4, pouze *Plán individuální péče* jsme navrhly ve formátu A3.

Ošetřovatelskou dokumentaci jsme s týmem vytvářeli podle plánu po jednotlivých formulářích. Po poslední závazné korektuře ze strany týmu jsem tyto formuláře postoupila k nahlédnutí týmovým konzultantům ve všech lokalitách. Teprve po té, byly formuláře zaslány k ověření v klinické praxi na jednotlivá oddělení všech lokalit.

Formulář ošetřovatelská anamnéza – ošetřovatelské posouzení

První formulář, který měla skupina za úkol vytvořit byl formulář *Ošetřovatelská anamnéza* pacienta, který jsme výstižněji pro naši péči označily *Ošetřovatelské posouzení*. Toto posouzení bylo vyhotoveno ve třech modifikacích: pro standardní lůžkové oddělení, gynekologicko-porodnické oddělení a oddělení JIP/ARO. Důvodem pro vytvoření tří modifikací bylo, že zástupci oddělení gynekologicko-porodnického a oddělení JIP/ARO potřebují do posouzení stavu pacienta zahrnout navíc další náležitosti, které jsou nutné pouze pro práci s touto skupinou pacientů. Grafická úprava a základní obsah informací zůstal u všech tří modifikací identický.

Ve spolupráci s managerkou pro kvalitu, jsme se pro tvorbu ošetřovatelského posouzení rozhodly vycházet z nejvíce používaného koncepčního modelu, modelu

M. Gordonové – Funkční typ zdraví. Model sleduje 12 oblastí posouzení potřeb.

Tvorba těchto formulářů byla, jak po grafické, tak i po obsahové stránce poměrně náročná. Jednotliví členové týmu měli rozdílné názory, co by mělo být obsahem tohoto posouzení. Mimo čtyř členů týmu, všichni vycházeli z obsahu původní ošetřovatelské dokumentace, se kterou na oddělení pracovali. Bohužel jejich dokumentace obsahovala informace, které neměly být součástí daných formulářů a naopak řada významných oblastí pro posouzení zdraví pacienta chyběla.

Znovu jsme vysvětlily, jaké náležitosti tento formulář musí obsahovat, současně upozornily na množství informací, které se graficky musí zaznamenat na velikost A4. Z tohoto důvodu jsme nastínily, co by daná oblast dle modelu M. Gordonové měla pro potřeby dokumentace obsahovat:

1. *Vnímání zdraví*

- ✓ k této doméně se řadí otázky informování o důvodu hospitalizace, jestli je pacient spolupracující, spolupracující v aktivitě - pravidelné cvičení
- ✓ pro naši potřebu se jedná o dostačující informace
- ✓ otázka typu, „Jak se cítíte“ - je nic neříkající, nemá žádnou výpovědní hodnotu (domníváme se, že kdyby se cítil dobře, tak není v nemocnici)

2. *Výživa – metabolismus*

- ✓ vhodnější bude ptát se na speciální dietní zvyklosti, chuť k jídlu, než na dietu pacienta, kterou ordinuje lékař
- ✓ prostor pro aplikaci stravy sondou, včetně volného místa na dopsání typu a dne zavedení sondy

3. Vylučování

- ✓ vyprazdňování střeva a moče

4. *Aktivita, cvičení*

- ✓ aktivita bude podrobně rozebraná v Barthel testu
- ✓ stejně i odpočinek z 5. oblasti

5. Spánek, odpočinek

- ✓ otázky, zda spí celou noc či má narušený spánek

6. Vnímání, poznávání

- ✓ potíže se sluchem, zrakem, významný handicap, chování pacienta

7. Sebepojetí, sebeúcta

- ✓ informace o náladě
- ✓ oblast bude více rozebrána v posouzení pro gynekologicko – porodnické oddělení
- ✓ vnímání sebe sama je obsaženo i v oblasti aktivita (cvičení ano - ne)

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

- ✓ popisujeme sociální zázemí nemocného
- ✓ jestli je či není pracující nebo student

9. Sexualita, reprodukční činnost

- ✓ oblast sexuality bude okrajově zařazena pro gynekologicko – porodnické oddělení
- ✓ ostatní informace jsou čitelné z anamnézy lékaře
- ✓ jedná se o citlivou a intimní záležitost, na kterou není vhodné se plošně pacienta dotazovat

10. Stres

- ✓ otázka zvládání stresu – vytvoříme si představu, jak pacient těžké situace prožívá

- ✓ představa, jak by mohl reagovat v době hospitalizace (náročná životní situace)

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

- ✓ zaměříme se na duchovní služby, komunikační bariéry, potřeby pacienta vyplývající z jeho etnicity
- ✓ není vhodné se přímo ptát na jeho vyznání

12. Jiné

- ✓ oblast, do které mohu zapsat vše, co dané oblasti nepostihly

Po vysvětlení obsahové stránky formuláře, následovala diskuse, jakým způsobem budou jednotlivé oblasti graficky i obsahově rozpracovány. Členové týmu měli následně další otázky na náležitosti, které jim byli stále nejasné. Vznesli opět požadavky, které chtěli do formuláře zanést. Otázky byly zaměřeny zejména na následující připomínky, ke kterým je přiloženo stručné zdůvodnění proč dané náležitosti v dokumentaci nebudou:

a) Vytvořit prostor pro zápis - podávání informací o pacientovi příbuzným

- ✓ ošetřeno informovaným souhlasem (docházelo by k dublování informací)

b) Prostor pro zápis TT[16]

- ✓ zápis se provede do formuláře teplotní tabulka
- ✓ dále se informace o TT promítne při hodnocení rizika dekubitů dle Norton

c) Prostor pro zápis prodělaných chorob srdce a plic nebo jiných potíží jako jsou srdeční arytmie, podávané léky na podporu krevního oběhu apod.

- ✓ tyto informace získám z lékařské anamnézy

d) Prostor pro zápis vzniklých dekubitů, defektů, včetně mobilizace pacienta

- ✓ pro zápis se využije druhá strana formuláře – hodnocení se provede prostřednictvím hodnotících škál a tabulek (Barthelův test, Norton, BMI a další)

e) Otázky zaměřující se na kvalitu dýchání

[16] TT: tělesná teplota

- ✓ informace o kyslíkové masce či kyslíkových brýlích, UPV[17] nepatří do ošetřovatelského posouzení, jedná se o ošetřovatelské intervence
- ✓ pokud bychom přijímaly takového pacienta z domu, zápis provedu do kolonky *Jiné*
- ✓ při překladu pacienta bude informace zapsána v plánu péče
- ✓ informace o UPV, zahájení UPV či jiné oxygenoterapii, bude součástí realizace ošetřovatelské péče

f) Otázky zaměřující se na stav vědomí

- ✓ zápis informace o tlumení pacienta léky bude součástí plánu péče a hodnocení péče (vždy s dodatkem dle ordinace lékaře)
- ✓ zápis musí být samozřejmě jako ordinace lékaře v dekurzu

g) Zápis i.v.[18] vstupů

- ✓ tato informace nepatří do ošetřovatelského posouzení
- ✓ zápis bude proveden v plánu a realizaci ošetřovatelské péče

h) Prostor pro zapsání užívaných léků pacienta

- ✓ tuto informaci najdeme v anamnéze lékaře (dublování informací)
- ✓ pokud si pacient přinese léky s sebou, sestra je povinna léky odebrat, dát je do úschovy (léky se podávají pouze ze zdrojů zdravotnického zařízení, ne z pacientových zásob)
- ✓ léky jsou ordinovány lékařem, zapsány v dekurzu a další informace o užívaných lécích jsou součástí lékařské anamnézy

Po velké diskusi nastala v týmu relativní shoda. Domluvili jsme se na daných náležitostech i základních identifikačních údajích o pacientovi. Položky (pomocné charakteristiky) jednotlivých oblastí modelu byly vytvořeny na základě drobných kompromisů.

Součástí formuláře ošetřovatelské posouzení je také fyziologický screening, hodnocení rizika dekubitů, BMI[19], hodnocení kůže a Barthelův test základních všedních činností. Pro gynekologicko – porodnické oddělení je rozšířen fyziologický screening o

[17] UPV: Umělá plicní ventilace
[18] i.v.: intra venósní (nitrožilní)
[19] BMI: Body Mass Index – index tělesné hmotnosti

sledování těhotných žen a rodiček. U formuláře pro JIP/ARO byl rovněž rozšířen fyziologický screening a to pro pacienty na UPV a hodnocení stavu vědomí podle GCS[20]. Součástí všech tří formulářů je i prostor pro edukaci pacienta. (příloha č. 2, 3, 4).

Formulář Hodnocení ošetřovatelského plánu

V návaznosti na první formulář byl vytvořen formulář pro zhodnocení zdravotního stavu pacienta. Označili jsme ho názvem *Hodnocení ošetřovatelského plánu.* Jeho tvorba byla nejjednodušší, má jednoduchou grafickou úpravu, ve formě tabulky. Pro použití v praxi, je ale nejnáročnější na správné vyplnění (příloha č. 5).

Formulář Plán ošetřovatelské péče

Ve druhé fázi jsme vytvářeli formulář pro plánování péče. Formulář byl nazván *Plán ošetřovatelské péče*.

Členové pracovního týmu měli za úkol ve spolupráci se svými vedoucími pracovníky a kolegy na oddělení sepsat nejčastější problémy, se kterými přicházejí pacienti na jejich oddělení. Na jejich základě stanovit ošetřovatelské diagnózy podle NANDA Taxonomie II, stanovit cíle péče a naplánovat ošetřovatelské intervence.

Na další plánované schůzce se na základě podkladů vytvářela první verze plánu. Bylo stanoveno 24 ošetřovatelských diagnóz, včetně uvedení číselných kódů diagnóz. Ošetřovatelské diagnózy jsme formulovali jako problém a etiologii problému pacienta. K nim byly stanoveny cíle a ošetřovatelské intervence. V plánu byl ponechaný volný prostor pro stanovení dalších ošetřovatelských diagnóz. Stejně tak byl ponechán volný prostor u každé diagnózy pro dopsání dalších ošetřovatelských cílů a intervencí. Tím deklarujeme podmínku vedení individuálních plánů ošetřovatelské péče.

Bohužel po grafické úpravě první verze plánu, byl plán díky množství diagnóz nepřehledný. Nemohl být zachován volný prostor pro dopsání dalších diagnóz a muselo být zvoleno malé písmo. Z tohoto důvodu byla provedena další korektura. Odstranili jsme šest diagnóz a plán sestavili jen pro 18 nejpoužívanějších ošetřovatelských diagnóz. Tato podoba plánu ve finální podobě splnila podmínky pro možnost dopsání diagnóz a současně byla dobře čitelná (příloha č. 6).

[20] GCS: Glasgow Coma Scale

Formulář Realizace ošetřovatelského plánu

Ve třetí fázi nám zbývalo vytvořit formulář pro zápis realizovaných činností. Formulář byl nazván *Realizace ošetřovatelského plánu*. Byly vytvořeny dvě modifikace formuláře: pro standardní oddělení a oddělení JIP/ARO. Důvodem bylo, že některé ošetřovatelské činnosti jsou specifické pouze pro tato oddělení. Grafická úprava a oblasti péče zůstaly identické s formulářem pro standardní oddělení.

Formulář jsme sestavovali na stejném principu jako plán péče. Členové týmu měli za úkol stanovit všechny realizované činnosti, které u pacientů v rámci ošetřovatelské péče vykonávají. Ke stanovení těchto činností jsme využili metodu brainstorming. Následně jsme jednotlivé činnosti řadili do identických skupin. Tyto skupiny formulář rozdělily na deset oblastí: hygiena, výživa, vyprazdňování, invazivní vstupy, péče o ránu, příprava k výkonu, rehabilitační ošetřování, péče o dýchací cesty. Do těchto oblastí byly zařazeny základní ošetřovatelské činnosti, které vzešly z brainstormingu.

Ve formuláři byla vytvořena tabulka pro zápis polohování pacienta, včetně ponechání volného prostoru pro dopsání dalších ošetřovatelských činností. Graficky byl vytvořen pro období pěti dnů zápisů (příloha č. 7, 8).

12. Pilotní ověření ošetřovatelské dokumentace v klinické praxi

Pro získání angažovanosti co největšího počtu zdravotnických pracovníků a současně pro následnou bezproblémovou implementaci, jsme vytvořenou verzi ošetřovatelské dokumentace nechali otestovat v klinické praxi v pilotním projektu.

Cílem bylo:

a) ověřit efektivitu a funkčnost jednotlivých formulářů v praxi
b) vytvořit dostatečně velký časový prostor pro seznámení a následnou práci s dokumentací
c) ponechat dostatečně dlouhou dobu na to, aby se zdravotničtí pracovníci naučili dokumentaci efektivně využívat a vést
d) získat co největší počet návrhů, námětů i připomínek ze strany zdravotnických pracovníků pro úpravu definitivní podoby ošetřovatelské dokumentace

Pilotní fáze ověřování dokumentace v klinické praxi byla stanovena pro období tří měsíců od zavedení posledního formuláře.

Jak jsem již zmínila výše, ošetřovatelskou dokumentaci jsme do praxe neaplikovali jako celek, ale po jednotlivých formulářích. Ve skutečnosti, tedy měli zdravotničtí pracovníci možnost se seznámit a pracovat s částí ošetřovatelské dokumentace mnohem déle. Pilotní projekt byl zahájen 1. října 2008. Tento den, se jednotná ošetřovatelská dokumentace stala součástí zdravotnické dokumentace na všech odděleních všech lokalit.

Pilotní šetření bylo ukončeno v polovině ledna roku 2009 pracovním setkáním. Workshopy proběhly v lokalitě Náchod, Broumov i Opočno. Všichni, kteří měli zájem vyjádřit se k ošetřovatelské dokumentaci měli jedinečnou příležitost.

Zdravotničtí pracovníci s pilotní verzí dokumentace pracovali do konce března roku 2009. Důvodem byla úprava jednotlivých formulářů ošetřovatelské dokumentace na základě připomínek pracovníků a následného výběrového řízení na tisk samotné dokumentace.

13. Způsob zavedení ošetřovatelské dokumentace

Formuláře ošetřovatelské dokumentace jsem po jejich vytištění předala v lokalitě Náchod vrchním sestrám. Pro lokalitu Broumov a Opočno dokumentaci převzaly zástupkyně hlavní sestry, které ji dále předaly vrchním sestrám na oddělení. K ověření do klinické praxe byla dokumentace uvedena na začátku července roku 2008. První formuláře, které se dostaly ke klinickému ověření, byly formuláře *Ošetřovatelské posouzení a Hodnocení ošetřovatelského plánu.*

Vedoucí pracovníci obdrželi instrukce, jakým způsobem mají formuláře do své praxe zavést.

Podmínkou bylo, aby se nejprve všichni pracovníci seznámili s novými formuláři. Vedoucí pracovníci ve spolupráci s členy pracovního týmu měli zajistit školení na téma „Práce s novou dokumentací a způsob jejího vedení". Po zaškolení měli vedoucí pracovníci povinnost zavést ošetřovatelskou dokumentaci do klinické praxe. Součástí zdravotnické dokumentace se v první fázi stal pouze formulář *Ošetřovatelské posouzení*. S druhým formulářem (*Hodnocení ošetřovatelského plánu*) se začalo pracovat až se zavedením zbývajících formulářů.

Ve druhé fázi byl zaveden formulář *Plán ošetřovatelské péče* a formulář *Realizace ošetřovatelského plánu*. Oba formuláře byly na oddělení distribuovány na počátku září 2008. Ke klinickému ověření se dostaly opět po seznámení a proškolení všech pracovníků. Následně se i tyto formuláře staly součástí zdravotnické dokumentace. V této fázi se do praxe zavedl i formulář *Hodnocení ošetřovatelského plánu*. Od 1. října téhož roku se součástí zdravotnické dokumentace na všech odděleních všech lokalit stala i jednotná ošetřovatelská dokumentace.

14. Vytvoření metodického pokynu

V červenci 2008, s uvedením prvního formuláře do praxe jsem vydala metodický pokyn *Vedení ošetřovatelské dokumentace*. Byl vydán jako příkaz ředitele. Pro nelékařské zdravotnické pracovníky se v oblasti vedení ošetřovatelské dokumentace stal závazným dokumentem.

Na začátku prosince, jsem ve spolupráci s managerkou pro kvalitu metodický pokyn rozšířila o dodatek. Ten jsme již nevydaly jako příkaz ředitele, ale pouze jako neoficiální dokument. Důvodem bylo, že v polovině ledna roku 2009 proběhlo ukončení pilotního projektu, vytvoření definitivní podoby ošetřovatelské dokumentace a vydání SOP, který měl nahradit daný metodický pokyn.

K vytvoření tohoto dodatku nás vedly postřehy, opakované dotazy a chyby spojené s vedením dokumentace. Skutečnost vyplynula z průběžných konzultačních schůzek na všech odděleních. Dodatek metodického pokynu měl sloužit a vést k lepšímu pochopení těch, kteří s dokumentací pracují.

Metodický pokyn byl vydán jako návod, jak dokumentaci vést. Samozřejmostí po celou dobu pilotního ověřování bylo, že všichni zdravotničtí pracovníci měli možnost kontaktovat hlavní sestru, managerku pro kvalitu i členy týmu, kteří by aktuálně reagovali na jejich dotazy. Tímto přístupem jsme se snažily navázat lepší kontinuitu se všemi, kteří vedou dokumentaci. Byly jsme přesvědčené, že je lepší reagovat na připomínky hned, než za několik týdnů či měsíců, kdy je velké riziko, že sestry od počátku budou s dokumentací pracovat neefektivně a zafixují si nesprávné návyky pro její vedení. Současně nevyužijí pilotní období pro osvojení si základních dovedností při práci s dokumentací a neodkryjí eventuální nedostatky, které dokumentace může skrývat.

15. Metodické konzultace vedení ošetřovatelské dokumentace

V průběhu pilotního ověřování ošetřovatelské dokumentace v praxi, jsem s managerkou pro kvalitu navštívila všechna oddělení jednotlivých lokalit. Účelem návštěv bylo zjistit, jakým způsobem zdravotničtí pracovníci s dokumentací pracují, jaké chyby se při práci s dokumentací objevují a samozřejmě zodpovědět případné dotazy. Pro nás to byla velmi efektivní zpětná vazba, která nás motivovala pro další práci.

Metodické konzultace spojené s vedením ošetřovatelské dokumentace probíhaly s využitím stejných výzkumných metod, jako při analýze původní ošetřovatelské dokumentace. Při analýze dokumentů jsme použily metodu STOPAŘ. Jedná se o sledování údajů od ošetřovatelského posouzení až po hodnocení ošetřovatelské péče. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 146 informantů (tab.3).

Výzkumné šetření odhalilo určité problémy s vedením nové dokumentace, včetně chyb, kterých se zdravotničtí pracovníci při práci s dokumentací dopouštěli. Stejné chyby s vedením dokumentace se objevovaly v dokumentaci na všech odděleních jednotlivých lokalit.

S chybami, které by se v dokumentaci mohly objevit jsme počítaly a byly jsme připraveny na ně adekvátně reagovat a stanovit další opatření. Šetření však také ukázalo, že některé chyby, kterých se sestry dopouštějí byly zbytečné. Vyplývaly buď z jejich nepozornosti či nezájmu vést dokumentaci dle stanovených pravidel nebo při práci s dokumentací nevyužívají metodický pokyn a současně ho nedodržují. Zásady vedení dokumentace jsou popsány v metodickém pokynu a k chybám, které šetření potvrdilo nemuselo vůbec docházet (viz. chybějící podpisy, datum zápisů a další).

Konkrétně bych zmínila metodickou návštěvu na chirurgickém oddělení lokality Náchod (pozn. na tomto oddělení nebyla původní ošetřovatelská dokumentace zavedena). Z šetření vyplynulo, že pravidla pro vedení všech formulářů byla vedoucími pracovníky nastavena velmi dobře. Formuláře byly vyplněny pečlivě, bylo zřejmé, že metodika vedení dokumentace byla pracovníky pochopena. Stanovené ošetřovatelské diagnózy odpovídaly stavu, diagnóze a ošetřovatelskému posouzení pacienta. Bylo pouze doporučeno zlepšit zápisy hodnocení péče. Sestry popisovaly provedené intervence, ne stav pacienta. Tak to chybné zápisy se objevovaly na většině odděleních všech lokalit.

Z tohoto oddělení, také jako první vzešel požadavek na vytvoření dalšího formuláře. Jednalo se o formulář pro zápis sledovaných fyziologických funkcí u pacienta po výkonu.

Další oddělení, které chci vyzdvihnout, je oddělení lůžkové rehabilitace lokality Náchod. Důvodem je maximální pomoc vrchní sestry při vedení nové dokumentace. Na tomto oddělení vrchní sestra individuálně edukovala každou sestru, která s dokumentací bude pracovat. Opakovaně se věnovala při práci s dokumentací každé sestře. Na tomto oddělení nebyly s vedením dokumentace shledány žádné problémy a nebyly ani dotazy. Vedení ošetřovatelské dokumentace bylo pochopeno. Sestry s dokumentací pracovaly efektivně.

Přestože se při vedení ošetřovatelské dokumentace vyskytovaly chyby, hodnotíme pilotní fázi velmi pozitivně. Na všech odděleních, bylo na základě použitých metod zřejmé, že zdravotničtí pracovníci pochopili nastavený princip vedení ošetřovatelské dokumentace. Na některých odděleních se jednalo pouze o drobné nedostatky, které vyplývaly z nedostatečných zápisů při hodnocení plánu péče. Popsat vývoj stavu pacienta

činil sestrám velké potíže, a zřejmě ještě chvíli bude. Je to dovednost, kterou sestry všeobecně neovládají, této dovednosti se musí učit. Další náležitosti vyplývají i z určitých automatismů sestry při vedení dokumentace, které si musí pravidelným používáním osvojit. Jedná se např. o časové zápisy, její identifikaci apod. V přehledu uvádím nejčastější chyby a nedostatky, kterých se zdravotničtí pracovníci při vedení ošetřovatelské dokumentace dopouštěli.

Nejčastější chyby při vedení ošetřovatelské dokumentace

A) Formulář *Ošetřovatelské posouzení*

- ✓ nebyly vyplněny všechny údaje o pacientovi
- ✓ chyběl zápis, že nyní údaje nelze zjistit
- ✓ nepochopená práce s hodnotící škálou Norton – chybný součet jednotlivých oblastí

B) Formulář *Plán ošetřovatelské péče*

- ✓ stanovené ošetřovatelské diagnózy neodpovídaly záznamům v ošetřovatelském posouzení
- ✓ neplatné ošetřovatelské diagnózy
- ✓ chybělo razítko a podpis sestry, datum a čas stanovení i zrušení dané diagnózy
- ✓ nevhodné označení ošetřovatelských intervencí (intervence nebyly vybrány a označeny jednotlivě, ale proškrtnuté svislou čarou od první intervence k poslední)

C) Formulář *Hodnocení ošetřovatelského plánu*

- ✓ byly popisovány především ošetřovatelské výkony, ne stav pacienta
- ✓ chyběl datum, čas, podpisové razítko, podpis (parafa) zápisů

D) Formulář *Realizace ošetřovatelského plánu*

- ✓ zápisy jednotlivých realizovaných ošetřovatelských intervencí byl označeny číselně (ne „čárkováním“)
- ✓ chyběl zapsaný čas u polohování pacienta

Ve všech formulářích se objevovaly další nedostatky:

- ✓ byly přepisovány záznamy, kdy čitelnost původních záznamů nebyla zachována

- ✓ objevovaly se podvojné zápisy (stejný zápis v lékařském dekurzu a ošetřovatelské dokumentaci)
- ✓ současně bylo vedeno tzv. Hlášení sester (sešitová podoba), dublování zápisů, včetně záznamů ordinace lékaře, plánovaných vyšetření a další

V rámci metodických konzultací jsme dostávaly i řadu otázek, které vyplývaly z různých nejasností při vedení ošetřovatelské dokumentace. Na všechny položené dotazy jsme pracovníkům odpovídaly. Současně jsme je žádaly, aby informace předávali dál mezi své kolegy na oddělení. Dále jsme doporučily, aby se opět seznámily s platnými předpisy, Koncepcí ošetřovatelství, s NANDA Taxonomií II a dalšími dokumenty, které souvisí s vedením dokumentace. Vysvětlily jsme jim, že prostudováním těchto materiálů, by lépe pochopili, proč je dokumentace sestavena v této podobě a jak správně novou dokumentaci vést. Příslušné materiály jsme jim zajistily.

Nejčastější dotazy k vedení ošetřovatelské dokumentace

1. formulář Ošetřovatelské posouzení

- ✓ Vysvětlit strukturu formuláře, včetně jednotlivých pojmů
- ✓ „Co znamená Potřeba duchovní služby?“
- ✓ „Je akceptováno nevyplnění některé oblasti?“
- ✓ „Proč hodnotíme Barthelův test?“, Musíme provádět průběžné přehodnocování (např. při překladu)?“
- ✓ „Musíme hodnotit BMI u pacientů s poruchou vědomí nebo tam kde nelze pacienta zvážit či hodnotit u těhotných?“
- ✓ „Musíme hodnotit BMI u pacientů? Není zpětná reakce na ordinaci lékaře, nefunkční škála (rozdíl s výsledkem NIS).“
- ✓ „V jakých časových intervalech provádět hodnocení rizika dekubitů?“
- ✓ „Do kolonky *laxativa* zapíšu léky nebo potravinové doplňky na které je pacient zvyklý z domova?“
- ✓ „Budu zapisovat močový katétr u pacientů, kteří s ním přišli při příjmu?“
- ✓ Kam zapíšu zavedení močového katétru byl-li zaveden při příjmu?“
- ✓ „Jakým způsobem budu hodnotit bolest pacienta?“
- ✓ „Proč je součástí tohoto formuláře edukační záznam?“

Formulář Realizace ošetřovatelského plánu

- ✓ „Můžu označit zavedené katétry dle počtu hospitalizovaných dnů nebo musím napsat datum?“
- ✓ „Můžu dopsat koupel pacienta do kolonky *příprava k výkonu* je-li součástí přípravy k výkonu?“
- ✓ „Můžu dopsat do kolonky *celková koupel* - sprcha, aquarel?“

Kromě dotazů jsme obdržely i kritické připomínky, nejenom k samostatným formulářům, ale k vedení ošetřovatelské dokumentace jako celku. Za všechny připomínky jsme byly rády. Vedly k vysvětlení nepochopeného a k efektivní zpětné vazbě. Některé z připomínek, by se spíše mohly zařadit mezi dotazy. Šetření potvrdilo, že převážná část informantů, původní názory přehodnotila. Bohužel, setkaly jsme se i s případy, že naše odpověď pro ně nebyla uspokojující. Odmítali na toto téma diskutovat s odůvodněním: „Stejně to tak musí být a já s tím nic neudělám“. S takovou reakcí jsme se setkaly ojediněle. Nejvíce připomínek měli pracovníci k formuláři *Ošetřovatelské posouzení* a následně k formuláři *Plán péče.*

<u>Nejčastější připomínky k vedení ošetřovatelské dokumentace</u>

<u>*1. formulář Ošetřovatelské posouzení*</u>

- ✓ formulář přehlcený
- ✓ chybí prostor pro zápis přijetí pacienta bez jeho souhlasu (hlášení soudu)
- ✓ nevyhovující zvolená velikost pro identifikační štítek (přelepí prostor pro CAVE)
- ✓ návrh na úpravu obsahu jednotlivých oblastí
- ✓ zcela nevyhovující pro JIP/ARO (návrh na jiné vytvoření ošetřovatelského posouzení)
- ✓ zbytečné hodnotit Barthelův test

2. formulář Plán péče

- ✓ velmi malé písmo, nelze dobře číst, nepřehledné
- ✓ chybí další ošetřovatelské diagnózy

Po ukončení výzkumného šetření, mne zjištěné výsledky vedly k návrhu vypracovat dodatek metodického pokynu *Vedení ošetřovatelské dokumentace.* Na návrhu jsem se domluvila s managerkou pro kvalitu. Do dodatku jsme zakomponovaly připomínky, dotazy a nejasnosti, které vyplynuly z výzkumného šetření. Přestože jsme z daných metod zjistily, že ne všichni pracovníci se řídí metodickým pokynem, přesto jsme viděly v dodatku smysl a pomoc všem, kteří s dokumentací pracují. V dodatku jsme se zaměřily zejména na okolnosti, které vyplývají z vyhlášky o zdravotnické dokumentaci (chybějící podpisy, datum apod.). Vysvětlily jsme i některé ošetřovatelské diagnózy, které v praxi byly stanoveny špatně či nevhodně. Vysvětlily jsme rozdíl mezi fixací pacienta a použití omezujících prostředků. V neposlední míře jsme zopakovaly také praktické náležitosti při vyplňování dokumentace.

16. Ukončení pilotní fáze

Pilotní ověření ošetřovatelské dokumentace v klinické praxi bylo zakončeno pracovním setkáním všech zdravotnických pracovníků, kteří se chtěli k vedení ošetřovatelské dokumentaci vyjádřit. Workshop byl zorganizován ve všech lokalitách - Náchod, Broumov, Opočno.

S managerkou pro kvalitu jsme nedokázaly odhadnout, jestli bude o workshop ze strany pracovníků zájem či nikoliv. Zda se budou chtít veřejně k pilotní fázi ověření ošetřovatelské dokumentace v praxi vyjádřit. Přesto, zdravotničtí pracovníci dostali od vrcholového managementu příležitost vyjádřit své názory, připomínky i možnost položit dotazy k vedení ošetřovatelské dokumentace. Každý dostal příležitost k tomu, aby mohl ovlivnit a eventuálně iniciovat úpravu jednotlivých formulářů ošetřovatelské dokumentace. V pilotní fázi s ošetřovatelskou dokumentací pracovalo 433 všeobecných sester a porodních asistentek. V tabulce jsou NLZP rozděleny podle jednotlivých lokalit a získané kvalifikace (tab. 18).

V celkovém podílu všech zdravotnických pracovníků, kteří s dokumentací pracovali, se workshopu zúčastnila jedna třetina těchto pracovníků. Největší účast byla na workshopu v lokalitě Broumov. Pracovního setkání se zúčastnilo 81% informantů. Nejmenší účast byla v lokalitě Náchod (tab.19).

Tab. 18: Přehled NLZP pracujících s dokumentací

lokalita	všeobecné sestry	porodní asitentky	celkem
Náchod	289	36	**325**
Broumov	53	0	**53**
Opočno	55	0	**55**
celkem	**397**	**36**	**433**

Tab. 19: Počet informantů pracujících s dokumentací a účast na workshopu

lokalita	počet NLZP	počet informantů	podíl
Náchod	325	82	25%
Broumov	53	43	81%
Opočno	55	20	36%
celkem	**433**	**145**	**33%**

V rámci pracovního setkání, byl ve všech lokalitách představen projekt vytvoření a zavedení jednotné ošetřovatelské dokumentace. Managerka pro kvalitu vysvětlila práci s jednotlivými formuláři, zopakovala náležitosti, které jsou důležité pro sběr informací o pacientovi v rámci ošetřovatelského posouzení. Práci s plánem péče a realizací péče. Důrazně upozornila a vysvětlila způsob zápisů do formuláře hodnocení ošetřovatelského plánu. Přítomné informovala o všech problémech s vedením dokumentace, se kterými jsme se setkaly v průběhu metodických konzultací na jednotlivých odděleních.

Po shrnutí a vysvětlení práce s jednotlivými formuláři, následovala diskuse. Ve všech lokalitách zazněl minimální počet připomínek a námětů. Důvodem mohly být již zodpovězené dotazy v rámci metodických návštěv na odděleních a současné vydání dodatku k metodickému pokynu. Vysvětlením stejně tak mohla být aktuální prezentace v rámci workshopu.

V rámci diskuse, zazněl požadavek na vytvoření formuláře pro záznam ošetřování dekubitů a chronických ran. V současné době většina oddělení tento formulář nemá nebo využívá formulář původní ošetřovatelské dokumentace. Přítomné jsem informovala, že jednotnou podobu formuláře bude vypracovávat tým, který se v nemocnici zabývá hojením ran.

Den po ukončení workshopů, se sešel pracovní tým pro tvorbu dokumentace. Byly předneseny připomínky, které zazněly na pracovních setkáních v lokalitách:

Připomínky, dotazy, názory zdravotnických pracovníků

Ošetřovatelské posouzení

1) Připomínka na chybějící kolonku pro podání informací o zdravotním stavu rodině
2) Podnět k hodnocení dekubitů na oddělení ARO dle Shannon, ne dle Northon
3) Malý prostor pro edukační záznam
4) Problémy s hodnocením BMI

Realizace ošetřovatelského plánu

1) Formulář rozšířit z pěti dnů na sedm dnů zápisů
2) Dotaz, kdo může do formuláře zapisovat realizované činnosti
3) Důraz na soulad realizovaných činností s kategorií pacienta a hodnocením soběstačnosti dle Barthel test (významné pro vykázání platby pojišťovně)

Plán ošetřovatelské péče

1) Nedostatečný počet ošetřovatelských diagnóz (zejména pro psychiatrii, ARO)
2) Ošetřovatelské diagnózy nejsou řazeny dle důležitosti
3) Ošetřovatelské intervence nejsou řazeny od prioritních intervencí

Hodnocení ošetřovatelského plánu

1) Otázka na časový interval hodnocení plánu při průměrné hospitalizaci jeden týden

Jednotlivé připomínky byly diskutovány a adekvátně přehodnoceny. Na základě shody týmu, byly provedeny minimální úpravy jednotlivých formulářů. Ke změně nedošlo pouze u formuláře *Hodnocení ošetřovatelského plánu.* U všech ostatních byly provedeny následující korektury:

Ošetřovatelské posouzení

Připomínka na chybějící kolonku pro podání informací o zdravotním stavu rodině, nebyla akceptována. Připomínka je neadekvátní. Podávání informací o zdravotním stavu pacienta je součástí formuláře *Informovaný souhlas s hospitalizací.*

Jednohlasně byl podpořen podnět pro změnu hodnocení dekubitů dle Northon na hodnocení dle Shannon pro oddělení JIP a ARO.

Současně jsme se shodli i pro zvětšení prostoru pro edukační záznam, který vznikl odstraněním hodnotící škály BMI. Tato škála byla často připomínkovaná i v průběhu metodických návštěv. Při měření nebyla ani shoda výsledku se zadanými parametry na hodnotící stupnici s výpočtem v NIS. Za současné situace jsem se rozhodla, že hodnotící stupnici zrušíme. Vedly mne k tomu dané náležitosti: v nemocnici se u pacientů nesleduje nutriční screening. Není sestaven ani pověřen tým, který by se výživou pacientů zabýval. Na využitou kompetenci sestry nebyla adekvátní vazba ze strany lékařů. V současné době sestra BMI nebude hodnotit.

Realizace ošetřovatelského plánu

Tým akceptoval rozšířit formulář z pěti dnů na sedm dnů zápisů.

Náměstek pro LPP upozornil na skutečnost správného vyplňování formuláře *Realizace ošetřovatelského plánu*. Je nutný soulad realizovaných činností s uvedenou kategorií pacienta a hodnocením soběstačnosti dle Barthel test. Pacient musí být při přijetí do zdravotnického zařízení zařazen do kategorie pacienta v ústavní péči podle vyhlášky MZČR č. 101/2002 Sb.. Významné je to dále z důvodu vykázání platby pojišťovně a následné zaplacení léčby zdravotnickému zařízení pojišťovnou. Na základě této informace bude vytvořena příslušná tabulka a rozdána na všechna oddělení.

Plán ošetřovatelské péče

Připomínka na nedostatečný počet ošetřovatelských diagnóz v plánu péče nebyla v současné době akceptována. Při metodických návštěvách, ošetřovatelské diagnózy nebyly dopisovány. Sestry pracovaly pouze se stanovenými diagnózami. Výjimku tvořilo psychiatrické oddělení, které ošetřovatelské diagnózy ručně dopisuje. Na základě domluvy s vrchní sestrou oddělení, vytvoří základní přehled problémů u psychiatrických pacientů a následně bude vytvořena modifikace plánu pro toto oddělení.

Požadavek na řazení ošetřovatelských diagnóz dle důležitosti není možné. Jedná se o individuální plán péče pacienta. Sestra každé stanovené diagnóze přiřadí danou prioritu. Změna na základě požadavku bude provedena pouze v tom, že před každou diagnózu se předtiskne: oš.dg.č. Sestra si sama doplní, které diagnózy jsou pro pacienta prioritní.

Další požadavek byl na řazení ošetřovatelských intervencí dle priorit. Manažerka pro kvalitu se pokusí intervence uspořádat. Ale ani v tomto případě nemusí dojít ke shodě uspořádaných intervencí.

Hodnocení ošetřovatelského plánu

Tento formulář zůstal beze změny. Tým jsem informovala o otázce na časový interval hodnocení plánu. Budeme postupovat dle Metodického pokynu č. 3 / 2008.

Po ukončení úpravy jednotlivých formulářů jsem přítomné současně informovala o dalším novém formuláři - *Záznam zvýšené ošetřovatelské péče.* Potřeba formuláře vznikla na chirurgickém oddělení lokality Náchod. Formulář byl vytvořen ve spolupráci s pracovníky chirurgického a gynekologicko – porodnického oddělení. Současně byl na obou odděleních ověřen v klinické praxi. Definitivní podobu formuláře po té obdrží všechny operační obory.

Týmu jsem poděkovala za spolupráci při tvorbě ošetřovatelské dokumentace a hlavně za trpělivost a ochotu pomáhat zavést dokumentaci do klinické praxe. Zůstává otevřená spolupráce už pouze se zástupci dětského oddělení. Před námi je tvorba kompletní ošetřovatelské dokumentace pro dětského pacienta.

Dle schválených požadavků jsem zařídila korekturu jednotlivých formulářů. Po té jsem o výsledcích ukončení pilotního ověření ošetřovatelské dokumentace informovala zbývající část týmu, kteří byli v roli konzultantů. Výsledky akceptovali a ředitelem bylo rozhodnuto vydat definitivní podobu ošetřovatelské dokumentace.

Následovalo výběrové řízení na tisk ošetřovatelské dokumentace. Firma, která získala zakázku, zajistila kompletní tisk a distribuci ošetřovatelské dokumentace.

Po dobu šesti měsíců měli zdravotničtí pracovníci příležitost naučit se a vyjádřit se ke kompletní ošetřovatelské dokumentaci. Po ukončení pilotního období již nebylo možné vznášet podněty a připomínky, neboť grafické korektury již byly vytvořeny.

Po ukončení výběrového řízení následovalo vytištění dokumentace, která se začala v definitivní podobě používat 1.4.2009.

Závěr

Přes nelehkou cestu s tvorbou i aplikováním jednotné ošetřovatelské dokumentace do klinické praxe se nám podařilo naplnit daného cíle. Za velký úspěch považuji zavedení jednotné dokumentace ve všech lokalitách nemocnice. Přestože již několik let tvoříme jednu nemocnici, každá z lokalit vychází z jiných podmínek, včetně vedení dokumentace.

Za námi je ukončení pilotní verze ověření ošetřovatelské dokumentace v praxi a současné zahájení práce s jednotnou podobou ošetřovatelské dokumentace v praxi. Pilotní ověření potvrdilo, že dokumentace je funkční, v praxi použitelná, přínosná a je plnohodnotnou součástí zdravotnické dokumentace.

Ukončením pilotní fáze, práce samozřejmě nekončí. Nejde jenom o vytvoření dalších formulářů, ale zejména o pochopení celé problematiky včetně ošetřovatelského procesu, ošetřovatelské terminologie a hlavně ošetřovatelské teorie. Řada NLZP nemá tento teoretický základ ze školy. Ti, kteří tuto problematiku měli zařazenou ve školních osnovách ji pochopili rozdílně. Můžeme si pokládat otázku, jakým způsobem je ošetřovatelství na jednotlivých školách vyučováno, když absolventky současného studia nejsou schopny adekvátně předávat informace spojené s ošetřovatelským procesem a vedením dokumentace svým starším kolegyním a efektivně pomáhat při procesu změny. Toto bude náš dlouhodobý úkol.

Na některých odděleních jsem se setkala s negativním přístupem sester. Tvrdí, že vedle přípravy a provádění jednotlivých činností, které se týkají jak péče základní, tak odborné a specializované, dále vedle zajištění provozu oddělení a činností stanovených harmonogramem práce, nemají čas na vypracování ošetřovatelské dokumentace. Ze zkušenosti vím, že sestry jsou obvykle schopné zajišťovat ošetřovatelskou péči, umí posoudit, k jakému účelu budou získané informace potřebovat a v jakém rozsahu je využít. Nejsou však vždy schopny tuto péči adekvátně dokumentovat.

Důležité je brát v úvahu čas, který bude potřebný k řádnému vyplnění dokumentace a zhodnotit, zda je reálné jeho vyplnění při plném provozu a zda bude jeho přínos odpovídat vynaloženému úsilí. Je třeba zabránit také tomu, aby pacient neutrpěl újmu na svých právech. Zejména, aby neutrpěl na právu zachování své důstojnosti. Otázek kolem ošetřovatelské dokumentace je stále spousta. Je však nezbytné tyto otázky objasnit a

najít co nejvhodnější způsob řešení. Vždyť kvalita ošetřovatelské péče a spokojenost našich pacientů jsou pro nás tím hlavním cílem v naší práci.

Před námi je ještě práce na vytvoření ošetřovatelské dokumentace pro dětského pacienta a pro pacienta s hospitalizací do 78 hodin. Samozřejmě iniciovat vytvoření dalších formulářů pro podmínky praxe, může kterákoliv sestra bez ohledu na funkční zařazení. O vhodnosti a zavedení formuláře do praxe pak rozhoduje hlavní sestra zdravotnického zařízení na základě pověření ředitelem zdravotnického zařízení.

Na závěr bych použila myšlenku S.R.Coveyho: „Pokud chcete realizovat svá největší přání a touhy, pokud chcete zvládnout ty nejobtížnější úkoly, rozpoznejte a využijte ty principy nebo přirozené zákony, jejichž působení podléhají výsledky, jichž chcete dosáhnout“ (3).

Literatura

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů.* Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. 99 s. ISBN 80-86225-33-X.

2. BRŮHA, D. Obsah a způsob vedení zdravotnické dokumentace a právo nahlížet do ní. *Bulletin Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče České republiky* [online], 2004, č. 3. [cit. 2009-04-18]. Dostupné z: <http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/03_2004/dokumentace.html>

3. COVEY, S. R. *7 návyků skutečně efektivních lidí : zásady osobního rozvoje, které změní váš život.* Praha: Management Press, 2006. 342 s. ISBN 978-80-7261-156-0.

4. DOSTÁL, O. *Úmluva o biomedicíně : základ pro medicínské právo v ČR?* [online]. Publikováno 16. 4. 2002. [cit. 2009-01-04]. Dostupné z: <http://medico.juristic.cz/114039>

5. DUŠKOVÁ, R. *Průzkum zájmu všeobecných sester a porodních asistentek o další studium.* Hradec Králové, 2007. 144 s. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Vedoucí bakalářské práce Ševcová Dagmar.

6. GIRGLOVÁ, J. *Návrh metody auditu ošetřovatelské dokumentace a její testování ve FN Olomouc.* Olomouc, 2004. 122 s. Diplomová práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Palackého Olomouc. Vedoucí diplomové práce Marečková Jana.

7. Koncepce ošetřovatelství. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky,* 2004, částka 9, s. 2-8.

8. KOTTER, J. P., COHEN, D. S. *Srdce změny : skutečné příběhy o tom, jak lidé mění své organizace*. Praha: Management Press, 2003. 200 s. ISBN 80-7261-095-3.

9. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovateľstvo : koncepcia, ošetrovateľský proces a prax.* 1. díl. Martin: Osveta, 1991. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

10. MADAR, J. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení.* Praha: Grada, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.

11. MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách.* Praha: Grada, 2006. 264 s. ISNB 80-247-1399-3.

12. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství : systémový přístup*. 1.díl. Praha: Karolinum, 2003. 187 s. ISNB 80-246-0429-9.

13. MÜLLEROVÁ, N. *Standardy ošetřovatelské péče* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, c2008. [cit. 2008-12-30]. Dostupné z: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/11-Standardy-osetrovatelske-pece.html>

14. PEŠEK, J. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO.* Praha: Grada, 2003. 110 s. ISBN 80-247-0551-6.

15. *Průvodce ošetřovatelskou dokumentací od A do Z.* Praha: Grada, 2002. 389 s. ISBN 80-247-0278-9.

16. *Spojená akreditační komise ČR* – dokumenty [online]. [cit. 2009-04-03]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/akreditace_doc.php>

17. STAŇKOVÁ, M. *Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe.* Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.

18. *Etický kodex České lékařské komory : stavovský předpis české lékařské komory č. 10* [online]. Děčín: Okresní sdružení České lékařské komory, c2002-2005. [cit. 2009-04-01]. Dostupné z: <http://www.clk.cz/zakpred/predpis10.html>

19. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

20. ŠPINDLEN, J., NAGY, M. *PKCS standardy pro potřeby zdravotnické dokumentace* [online]. [cit. 2009-04-19]. Dostupné z: <www.spidlen.cz/papers/is2004/Spidlen.pdf>

21. ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T. *Informovaný souhlas : teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví.* Praha: Aspi, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7357-268-6.

22. *Tisková zpráva k tiskové konferenci Úřadu pro ochranu osobních údajů* [online]. Publikováno 15. 4. 2009. [cit. 2009-04-19]. Dostupné z: <http://www.uoou.cz/index.php?l=cz&m=top&mid=03:09&u1=&u2=&t=>

23. TÓTHOVÁ, V. Standard Aplikace metody ošetřovatelského procesu do ošetřovatelské praxe. In MÜLLEROVÁ, N. *Standardy ošetřovatelské péče*. Příloha 10 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, c2008. [cit. 2008-12-30]. Dostupné z: < http://portalkvality.mzcr.cz/Pages/14-Standardy-osetrovatelske-pece.html>

24. TÓTHOVÁ, V. Standard Vedení ošetřovatelské dokumentace. In MÜLLEROVÁ, N. *Standardy ošetřovatelské péče*. Příloha 11 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, c2008. [cit. 2008-12-30]. Dostupné z: <http://portalkvality.mzcr.cz/Pages/14-Standardy-osetrovatelske-pece.html>

25. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 185 s. ISBN 80-7013-285-X.

26. VAŠÁTKOVÁ, I. *Ošetřovatelská dokumentace.* Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. 67 s. ISBN 80-86225-72-0.

27. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J. *Ošetřovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.

28. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace : návod pro praxi*. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

29. *Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci* [online]. [cit. 2009-04]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb122-06.pdf >

30. *Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech)* [online]. [cit. 2009-04-13]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2007/zakon_12.html#castka_115>

31. *Zákon č. 260/2001 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů* [online]. [cit. 2009-03-26]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2001/sb100-01.pdf>

32. *Zdravotnická dokumentace z pohledu lékaře* [online]. [cit. 2009-04-01]. Dostupné z: <www.kr-zlinsky.cz/ViewFile.aspx?docid=80009>

Seznam tabulek

Tab.1 Použité metody výzkumu

Tab. 2 Přehled informantů 1. fáze výzkumného šetření

Tab. 3 Informanti 2. fáze – Proces změny

Tab. 4: Informanti 3. fáze – Pilotní ověření dokumentace v praxi

Tab. 5: Výzkumné metody k dosažení cílů

Tab. 6 : Aktualizace ošetřovatelské dokumentace (lokalita Náchod)

Tab.7: Složky ošetřovatelské dokumentace (lokalita Náchod)

Tab. 8: Uspořádání formulářů ošetřovatelské dokumentace (lokalita Náchod)

Tab. 9: Přehled odpovědí informantů vyjadřujících se k využívání oš. dokumentace lékaři (lokalita Náchod)

Tab.10: Složky ošetřovatelské dokumentace (lokalita Broumov)

Tab. 11: Přehled odpovědí informantů vyjadřujících se k využívání oš. dokumentace lékaři (lokalita Broumov)

Tab. 12 : Složky ošetřovatelské dokumentace (lokalita Opočno)

Tab. 13 : Splnění podmínek na vedení oš. dokumentace z legislativního pohledu

Tab.14 : Splnění obsahového rámce dle legislativy

Tab. 15.: Složení pracovního týmu

Tab. 16: Přehled aktivních a pasivních (konzultantů) členů pracovního týmu

Tab. 17: Plán tvorby jednotlivých formulářů

Tab.18: Přehled NLZP pracujících s dokumentací

Tab. 19: Počet informantů pracujících s dokumentací a účast na workshopu

Seznam příloh

Příloha č. 1: Plán diagnostiky v Oblastní nemocnici Náchod, a.s.

Příloha č. 2: Ošetřovatelské posouzení

Příloha č. 3: Ošetřovatelské posouzení – JIP/ARO

Příloha č. 4: Ošetřovatelské posouzení – Gyn – por

Příloha č. 5: Hodnocení ošetřovatelského plánu

Příloha č. 6: Plán ošetřovatelské péče

Příloha č. 7: Realizace ošetřovatelského plánu

Příloha č. 8: Realizace ošetřovatelského plánu – JIP/ARO

Příloha č. 9: Metodický pokyn Vedení ošetřovatelské dokumentace

Příloha č. 10: Dodatek metodického pokynu č. 3 / 2008 Vedení ošetřovatelské dokumentace

Přílohy

Příloha č. 1: Plán diagnostiky v Oblastní nemocnici Náchod, a.s.

Událost / aktivita	Očekávané výstupy	Cílová skupina / Účastníci	Datum konání Doba trvání
Setkání s ředitelem ONN	Vyjednání kontraktu o praxi v řízení	Hlavní sestra + ředitel	**23.10.2007 (60 min.)**
Setkání s ředitelem ONN	Podpis kontraktu, seznámení s plánem diagnostiky	Hlavní sestra + ředitel	**1.11.2007 (30 min.)**
Seznamování se zdravotnickou dokumentací v ONN (Náchod, Nové Město n.M., Jaroměř, Broumov, Opočno)	- Monitorace jednotlivých dokumentů zdravotnické dokumentace - získání jednotlivých dokumentů	Hlavní sestra + vrchní sestry jednotlivých oddělení Ad.1: 12 standardních oddělení, 3 odd.intenzivní medicíny (Náchod, Nové Město n.M., Jaroměř): Oddělení infekční, chirurgické, ortopedické, ORL, ARO, neurologie, urologie, interní, dětské, gynekologicko-porodnické, psychiatrické, LDN Ad.2: 3 standardní oddělení, 1 odd.intenzivní medicíny (Broumov): Oddělení interní, chirurgické, LNP, multidisciplinární JIP Ad.3: 3 standardníoddělení, 2 odd.intenzivní medicíny (Opočno) Oddělení interní, chirurgické, LNP, ARO/JIP	**5.11.–9.11. 07 (1-2 hod / odd.)** **19.11.2007 (6 hod.)** **23.11.2007 (6 hod.)**
Vlastní studium zdravotnické dokumentace	- Poznání oš. dokumentace dle vytvořeného modelu - reflexe	Hlavní sestra	**3.12.- 7.12. 07 (3-4 hod./den)**
Seznámení ředitele s výsledky provedení diagnostiky v úseku ošetřovatelství	- Ředitel je seznámen s výsledky diagnostiky v organizaci na úseku ošetřovatelství	Hlavní sestra + ředitel	**12. 12. 2007 (60 min.)**

Příloha č. 2 : Ošetřovatelské posouzení

Oblastní nemocnice Náchod

OŠETŘOVATELSKÉ POSOUZENÍ

☐ při příjmu ☐ během hospitalizace ▶ CAVE:
☐ při překladu, odkud: .....

▶ název oddělení ▶ pokoj č. ▶ jméno a příjmení ▶ rodné číslo

Příjem

Datum: hodina:

Opakované přijetí: ☐ ano ☐ ne
Rodina informována: ☐ ano ☐ ne
Kontakt na rodinu: ☐ ano ☐ ne
Informován o důvodu hospitalizace: ☐ ano ☐ ne

Fyziologický screening

váha: výška: BMI:

☐ podváha ☐ norma ☐ kachexie ☐ obezita

Dýchání

spontání ☐ ano ☐ ne .....
kuřák ☐ ano denně vykouří: .....
Dušnost: ☐ klidová ☐ cyanóza ☐ námahová
Kašel: ☐ noční ☐ dráždivý ☐ s expektorací

Alergie

☐ ano ..... ☐ ne

Vědomí

☐ jasné ☐ zastřené ☐ dezorientovaný
☐ somnolence ☐ soppor ☐ koma
Zrak ☐ normální ☐ zhoršený ☐ nevidomý
☐ brýle ☐ čočky
Sluch ☐ dobrý ☐ zhoršený ☐ hluchota
☐ naslouchátko

Významný handicap ☐ ano ☐ ne
☐ ochmutí ☐ amputace ☐ onem. CNS

Jiné: .....

Vnímání

Chování pacienta: ☐ klidné ☐ aktivní
☐ roztržité ☐ pasivní ☐ agresivní
Orientovaný: ☐ ano ☐ ne
☐ místem ☐ časem ☐ osobou
Způsob řeči: ☐ srozumitelná ☐ nesrozumitelná
Spolupracující: ☐ ano ☐ ne

Jiné: .....

Výživa a metabolismus

Chuť k jídlu: ☐ ano ☐ ne
Speciální dietní zvyklosti: .....
Pocit žízně: ☐ ano ☐ ne
Příjem tekutin ☐ < 0,5 l ☐ 1 l ☐ 2l ☐ 2l >
☐ sonda ..... zavedena dne: .....
☐ zubní protéza ☐ horní ☐ dolní
☐ Diabetes mellitus ☐ PAD ☐ INZ ☐ DIETA
Stav sliznic: ☐ růžové ☐ bledé ☐ soor
☐ afty ☐ suché ☐ defekty

Jiné: .....

Vylučování

Vyprazdňování střeva:

☐ fyziologické
☐ zácpa ☐ průjem
☐ užívaná laxativa: .....
☐ stomie: .....
pomůcky s sebou: ☐ ano ☐ ne
☐ ovládá péči o stomii: ☐ ano ☐ ne
☐ inkontinence:

Vylučování moče:

☐ fyziologické
☐ retence ☐ stomie ☐ stent
☐ inkontinence: ☐ občas ☐ úplná
☐ inkontinentní pomůcky: ☐ ano (s sebou) ☐ ne
☐ Katetr - zaveden dne: typ:

Jiné: .....

Aktivita, odpočinek

☐ kvalitní spánek celou noc
Narušený: ☐ ano ☐ ne
Odpočinek: ☐ aktivní ☐ pasivní
☐ užívaná hypnotika.....
Barthelův test: .....
☐ berle ☐ hůl ☐ vozík ☐ chodítko
Jiné: .....

Mezilidské vztahy, role

☐ zaměstnaný: .....
☐ nezaměstnaný ☐ evidence ÚP
☐ student ☐ důchodce ☐ MD/RD
Sociální zázemí: ☐ ano ☐ ne

Stres

Zvládání stresu: ☐ ano ☐ ne
☐ strach ☐ úzkostný
☐ deprese ☐ ano ☐ ne
Jiné: .....

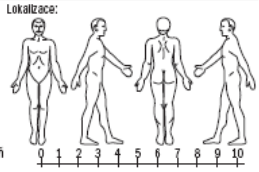
Životní princip

Potřeba duchovní služby: ☐ ano ☐ ne
Komunikační bariera: ☐ ano ☐ ne
ctí národnost: .....
přítomná tlumočící osoba: ☐ ano ☐ ne
specifické multikulturní potřeby pacienta:
☐ ano, jaké: .....
☐ ne

Komfort

Bolest: ☐ ano ☐ ne
☐ akutní
☐ chronická
☐ užívá analgetika

Lokalizace:



Stupeň 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kontakt se sociálním pracovníkem

☐ ano ☐ ne
plánované propuštění: .....

▶ Zpracoval(a):

▶ Dne: ▶ Čas:

Barthelův test základních všedních činností

příjem potravy a tekutin	samostatně a bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
oblékání	samostatně a bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
přesun na lůžko - židli	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku	5
	neprovede	0
chůze po schodech	samostatně a bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

CELKEM:

Bodové hodnocení:

☐ 0 - 40 bodů vysoce závislý ☐ 45 - 60 bodů závislost středního stupně
☐ 65 - 95 bodů lehká závislost ☐ 100 bodů nezávislý

Hodnocení rizika vzniku dekubitu podle NORTON (25 bodů a méně - riziko vzniku dekubitu)

datum	spolupráce	věk	stav pokožky	další nemoci	fyzický stav	stav vědomí	aktivita	pohyblivost	inkontinence	body	součet
	úplná	< 10	normální	žádná	dobrý	dobrý	úplná	chodí	není	4	
	malá	< 30	alergie	DM, TT	horší	apatický	s doprovodem	částečná	občas	3	
	částečná	< 60	vlhká	obezita	špatný	zmatený	sedačka	omezená	moči	2	
	žádná	> 60	suchá	nádor	velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moči i stolice	1	

Hodnocení kůže

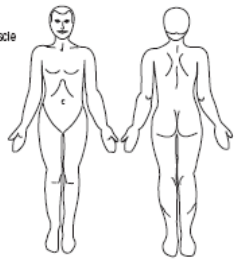
kožní onemocnění: ☐ ano, jaké..... ☐ ne
změny na kůži: ☐ ano ☐ ne
otoky: ☐ ano ☐ ne
dekubity: ☐ ano ☐ ne

Stupeň - dekubitu:

1. zčervenání/hyperémie
2. vředový defekt kůže
3. vřed zasahuje podkožní tukovou vrstvu
4. infekční nekróza proniká do spodiny fascie

Lokalizace:

Popis defektu:



Edukační záznam

Bariéry edukace: ☐ ano ☐ ne
Forma:
☐ brožura ☐ praktický nácvik ☐ verbální edukace

Téma výuky (vyplň): .....
☐ práva pacientů ☐ domácí řád oddělení ☐ úschova cenností
☐ dietní opatření ☐ příprava k zákroku/operaci
☐ jiné: .....

edukovala sestra, datum:

podpis pacienta:

Příloha č. 3: Ošetřovatelské posouzení – JIP/ARO

Oblastní nemocnice Náchod

OŠETŘOVATELSKÉ POSOUZENÍ JIP, ARO

☐ při příjmu ☐ během hospitalizace
☐ při překladu, odkud: .....

▶ CAVE:

▶ název oddělení ▶ pokoj č. ▶ jméno a příjmení ▶ rodné číslo

Příjem

Datum: hodina:

Opakované přijetí: ☐ ano ☐ ne
Rodina informována: ☐ ano ☐ ne
Kontakt na rodinu: ☐ ano ☐ ne
Informován o důvodu hospitalizace: ☐ ano ☐ ne

Fyziologický screening

☐ podváha ☐ norma ☐ kachexie ☐ obezita

Dýchání

spontání ☐ ano ☐ ne ☐ inhalace
☐ UPV ☐ O2 brýle ☐ O2 maska
☐ Endotracheální kanyla č. ..... den: .....
☐ Tracheotomická kanyla č. ..... den: .....
☐ relaxace ☐ tlumen Režim: ..... FIO2: .....
kuřák ☐ ano denně vykouří: .....
Dušnost: ☐ klidová ☐ cyanóza ☐ námahová
Kašel: ☐ noční ☐ dráždivý ☐ sexpektorací

Alergie ☐ ano ..... ☐ ne

Vědomí

☐ jasné ☐ zastřené ☐ tlumen ☐ dezorientovaný
☐ somnolence ☐ soppor ☐ koma GCS: .....
Zrak ☐ normální ☐ zhoršený ☐ nevidomý
☐ brýle ☐ čočky
Sluch ☐ dobrý ☐ zhoršený ☐ hluchota
☐ naslouchátko

Významný handicap ☐ ano ☐ ne
☐ ochrnutí ☐ amputace ☐ onem. CNS
Jiné: .....

Vnímání

Chování pacienta: ☐ klidné ☐ aktivní
☐ roztržité ☐ pasivní ☐ agresivní
Orientovaný: ☐ ano ☐ ne
☐ místem ☐ časem ☐ osobou
Způsob řeči: ☐ srozumitelná ☐ nesrozumitelná
Spolupracující: ☐ ano ☐ ne
Jiné: .....

Výživa a metabolismus

Příjem: ☐ per os ☐ parenterálně ☐ sondou
sonda ..... zavedena dne: .....
Speciální dietní zvyklosti: .....
☐ zubní protéza ☐ horní ☐ dolní
☐ Diabetes mellitus ☐ PAD ☐ INZ ☐ DIETA
Stav sliznic: ☐ růžové ☐ bledé ☐ soor
☐ afty ☐ suché ☐ defekty
Jiné: .....

Vylučování

Vyprazdňování střeva:
☐ fyziologické
☐ zácpa ☐ průjem
☐ užívaná laxativa: .....
☐ stomie: .....
pomůcky s sebou: ☐ ano ☐ ne
☐ ovládá péči o stomii: ☐ ano ☐ ne
☐ inkontinence:

Vylučování moče:
☐ fyziologické
☐ retence ☐ stomie ☐ stent
☐ inkontinence: ☐ občas ☐ úplná
☐ inkontinentní pomůcky: ☐ ano (s sebou) ☐ ne
☐ Katetr - zaveden dne: typ:
Jiné: .....

Aktivita, odpočinek

☐ kvalitní spánek celou noc
Narušený: ☐ ano ☐ ne
Odpočinek: ☐ aktivní ☐ pasivní
☐ užívaná hypnotika. .....
Barthelův test: .....
☐ berle ☐ hůl ☐ vozík ☐ choditko
Jiné: .....

Mezilidské vztahy, role

☐ zaměstnaný: .....
☐ nezaměstnaný ☐ evidence ÚP
☐ student ☐ důchodce ☐ MD/RD
Sociální zázemí: ☐ ano ☐ ne

Stres

Zvládání stresu: ☐ ano ☐ ne
☐ strach ☐ úzkostný
☐ deprese ☐ ano ☐ ne
Jiné: .....

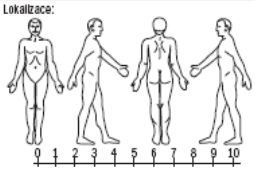
Životní princip

Potřeba duchovní služby: ☐ ano ☐ ne
Komunikační bariéra: ☐ ano ☐ ne
cizí národnost: .....
přítomná tlumočící osoba: ☐ ano ☐ ne
specifické multikulturní potřeby pacienta:
☐ ano, jaké: .....
☐ ne

Komfort

Bolest: ☐ ano ☐ ne
☐ akutní
☐ chronická
☐ užívá analgetika

Lokalizace:



Stupeň 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kontakt se sociálním pracovníkem

☐ ano ☐ ne
plánované propuštění: .....

▶ Zpracoval(a):

▶ Dne: ▶ Čas:

Barthelův test základních všedních činností

příjem potravy a tekutin	samostatně a bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
oblékání	samostatně a bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
přesun na lůžko – židli	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku	5
	neprovede	0
chůze po schodech	samostatně a bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
	CELKEM:	

Bodové hodnocení:
☐ 0 - 40 bodů vysoce závislý ☐ 45 - 60 bodů závislost středního stupně
☐ 65 - 95 bodů lehká závislost ☐ 100 bodů nezávislý

Hodnocení rizika vzniku proleženin (Shannon)

Duševní stav	Body	Kontinence	Body	Mobilita	Body	Aktivita	Body	Cirkulace	Body	Tělesná teplota	Body	Medikace	Body	Součet
Bdělost, čilost	4	Kontinence	4	Plná hybnost	4	Chodící	4	Normální prokrvení	4	Do 37,2°C	4	Bez steroidů, analgetik, trankvilizérů	4	
Apatie	3	Inkontinence moče, bez katétru	3	Mírné omezení	3	Chůze s pomocí	3	Snížené prokrvení	3	37,3-37,7°C	3	Jedna z výše uvedených skupin	3	
Zmatenost	2	Inkontinence stolice	2	Velmi omezená	2	Pouze na vozíku	2	Špatná	2	37,8-38,3°C	2	Dvě z výše uvedených skupin	2	
Sopor, koma	1	Inkontinence moče a stolice	1	Imobilita	1	Ležící	1	Kachexie	1	Nad 38,4°C	1	Všechny uvedené skupiny	1	
Celkem:														

Skóre 16 bodů a méně představuje významné riziko vzniku proleženin.

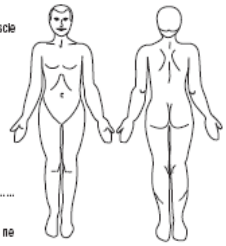
Glasgow Coma Scale

Otevírání očí	Spontánně	4
	Na výzvu	3
	Na bolest	2
	neotvírá	1
Nejlepší motorická odpověď	Vyhoví příkazům	6
	Cílená obrana	5
	Necílené uhýbání	4
	Spastická flexe na bolest	3
	Extenze na bolest	2
	Bez reakce	1
Nejlepší slovní odpověď	Orientován	5
	Dezorientován	4
	Neadekvátní slova	3
	Nesrozumitelné zvuky	2
	Žádná odpověď	1
	CELKEM:	

Hodnocení kůže

Stupeň:
1. zčervenání/hyperémie
2. vředový defekt kůže
3. vřed zasahuje podkožní tukovou vrstvu
4. infekční nekróza proniká do spodiny fascie

Lokalizace:



kožní onemocnění:
☐ ano, jaké. .....
☐ ne
změny na kůži: ☐ ano ☐ ne
otoky: ☐ ano ☐ ne
dekubity: ☐ ano ☐ ne

Popis defektu:

Edukační záznam

Bariéry edukace: ☐ ano ☐ ne
Forma:
☐ brožura ☐ praktický nácvik
☐ verbální edukace

Téma výuky (vypiš): .....
☐ práva pacientů ☐ domácí řád oddělení ☐ úschova cenností
☐ dietní opatření ☐ příprava k zákroku/operaci
☐ jiné: .....

edukovala sestra, datum:

podpis pacienta:

Příloha č. 4: Ošetřovatelské posouzení – Gyn – por.

Oblastní nemocnice Náchod

OŠETŘOVATELSKÉ POSOUZENÍ G-POR

☐ při příjmu ☐ během hospitalizace
☐ při překladu, odkud: .....

▶ CAVE:

▶ název oddělení ▶ pokoj č. ▶ jméno a příjmení ▶ rodné číslo

Příjem

Datum: hodina:

Opakované přijetí: ☐ ano ☐ ne
Rodina informována: ☐ ano ☐ ne
Kontakt na rodinu: ☐ ano ☐ ne
Informován o důvodu hospitalizace: ☐ ano ☐ ne

Fyziologický screening

váha: výška: BMI:
☐ podváha ☐ norma ☐ kachexie ☐ obezita
váhový nárůst v těhotenství: .....
☐ těhotná ☐ rodička g.h. .....
Kontrakce: ☐ ano, frekvence: ..... ☐ ne
Krvácení z rodidel: ☐ ano ☐ ne
Plodová voda: ☐ zachována ☐ odteklá
Stav bradavek: ☐ fyziologické ☐ vpáčené ☐ malé
☐ velké ☐ jiné .....

Dýchání

spontání ☐ ano ☐ ne
kuřák ☐ ano denně vykouří: .....
Dušnost: ☐ klidová ☐ cyanóza ☐ námahová
Kašel: ☐ noční ☐ dráždivý ☐ s expektorací
Alergie ☐ ano ..... ☐ ne

Vědomí

☐ jasné ☐ zastřené ☐ dezorientovaný
☐ somnolence ☐ soppor ☐ koma
Zrak ☐ normální ☐ zhoršený ☐ nevidomý
☐ brýle ☐ čočky
Sluch ☐ dobrý ☐ zhoršený ☐ hluchota
☐ naslouchátko

Významný handicap ☐ ano ☐ ne
☐ ochrnutí ☐ amputace ☐ onem. CNS
Jiné: .....

Vnímání

Chování pacienta: ☐ klidné ☐ aktivní
☐ roztržité ☐ pasivní ☐ agresivní
Orientovaný: ☐ ano ☐ ne
☐ místem ☐ časem ☐ osobou
Způsob řeči: ☐ srozumitelná ☐ nesrozumitelná
Spolupracující: ☐ ano ☐ ne
Jiné: .....

Výživa a metabolismus

Chuť k jídlu: ☐ ano ☐ ne
Speciální dietní zvyklosti: .....
Pocit žízně: ☐ ano ☐ ne
Příjem tekutin ☐ < 0,5 l ☐ 1 l ☐ 2l ☐ 2l >
☐ sonda ..... zavedena dne: .....
☐ zubní protéza ☐ horní ☐ dolní
☐ Diabetes mellitus ☐ PAD ☐ INZ ☐ DIETA
Stav sliznic: ☐ růžové ☐ bledé ☐ soor
☐ afty ☐ suché ☐ defekty
Jiné: .....

Vylučování

Vyprazdňování střeva:
☐ fyziologické
☐ zácpa ☐ průjem
☐ užívaná laxantiva: .....
☐ stomie: .....
pomůcky s sebou: ☐ ano ☐ ne
☐ ovládá péči o stomii: ☐ ano ☐ ne
☐ inkontinence:

Vylučování moče:
☐ fyziologické
☐ retence ☐ stomie ☐ stent
☐ inkontinence: ☐ občas ☐ úplná
☐ inkontinentní pomůcky: ☐ ano (s sebou) ☐ ne
☐ Katetr - zaveden dne: typ:
Jiné: .....

Aktivita, odpočinek

☐ kvalitní spánek celou noc
Narušený: ☐ ano ☐ ne
Odpočinek: ☐ aktivní ☐ pasivní
☐ využívání relaxační techniky ☐ absolvované předporodní kurzy
☐ příprava k porodu ☐ užívaná hypnotika.....
Barthelův test: .....
☐ berle ☐ hůl ☐ vozík ☐ chodítko
Jiné: .....

Mezilidské vztahy, role

☐ zaměstnaný: .....
☐ nezaměstnaný ☐ evidence ÚP
☐ student ☐ důchodce ☐ MD/RD
Sociální zázemí: ☐ ano ☐ ne

Stres

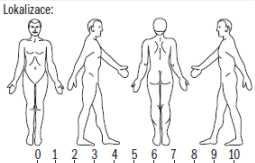
Zvládání stresu: ☐ ano ☐ ne
☐ strach ☐ úzkostný
☐ deprese ☐ ano ☐ ne
Jiné: .....

Životní princip

První dítě kojeno: ☐ ano ☐ ne
Překážky kojení: .....
Specifické potřeby vedení porodu: .....
.....
Potřeba duchovní služby: ☐ ano ☐ ne
Komunikační bariera: ☐ ano ☐ ne
cizí národnost: .....
přítomná tlumočící osoba: ☐ ano ☐ ne
specifické multikulturní potřeby klienta/pacienta:
☐ ano, jaké: ..... ☐ ne

Komfort

Bolest: Lokalizace:
☐ ano ☐ ne
☐ akutní
☐ chronická
☐ užívá analgetika



Stupeň 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kontakt se sociálním pracovníkem

☐ ano ☐ ne
plánované propuštění: .....
▶ Zpracoval(a):
▶ Dne: ▶ Čas:

Barthelův test základních všedních činností

příjem potravy a tekutin	samostatně a bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
oblékání	samostatně a bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
použití WC	samostatné bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
přesun na lůžko – židli	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku	5
	neprovede	0
chůze po schodech	samostatně a bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

CELKEM:

Bodové hodnocení:
☐ 0 - 40 bodů vysoce závislý ☐ 45 - 60 bodů závislost středního stupně
☐ 65 - 95 bodů lehká závislost ☐ 100 bodů nezávislý

Hodnocení rizika vzniku dekubitu podle NORTON (25 bodů a méně - riziko vzniku dekubitu)

datum	spolupráce	věk	stav pokožky	další nemoci	fyzický stav	stav vědomí	aktivita	pohyblivost	inkontinence	body	součet
	úplná	< 10	normální	žádná	dobrý	dobrý	úplná	chodí	není	4	
	malá	< 30	alergie	DM, TT	horší	apatický	s doprovodem	částečná	občas	3	
	částečná	< 60	vlhká	obezita	špatný	zmatený	sedačka	omezená	moči	2	
	žádná	> 60	suchá	nádor	velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moči i stolice	1	

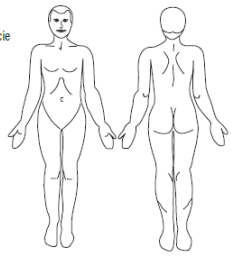
Hodnocení kůže

kožní onemocnění: ☐ ano, jaké..... ☐ ne
změny na kůži: ☐ ano ☐ ne
otoky: ☐ ano ☐ ne
dekubity: ☐ ano ☐ ne

Popis defektu:

Stupeň - dekubitu:
1. zčervenání/hyperémie
2. vředový defekt kůže
3. vřed zasahuje podkožní tukovou vrstvu
4. infekční nekróza proniká do spodiny fascie

Lokalizace:



Edukační záznam

Bariéry edukace: ☐ ano ☐ ne
Forma:
☐ brožura ☐ praktický nácvik ☐ verbální edukace

Téma výuky (vypiš): .....
☐ práva pacientů ☐ domácí řád oddělení ☐ úschova cenností
☐ dietní opatření ☐ příprava k zákroku/operaci
☐ jiné:.....

edukovala sestra, datum: podpis pacienta:

Příloha č. 5 : Hodnocení ošetřovatelského plánu

Oblastní nemocnice Náchod

HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU

list č.:

název oddělení	pokoj č.	jméno a příjmení	rodné číslo

datum	čas	hodnocení	podpis

Příloha č. 6 : Plán ošetřovatelské péče

stanovení diagnózy	ošetřovatelské diagnózy	cíle ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	Ex diagnózy
	Dg. dg. č. ☐ Porušená kožní integrita - 00046 ☐ Porušená tkáňová integrita - 00044 ☐ poniesení kožních poranění - dermis/epidermis	☐ v časně zhojení kožních lézí bez komplikací ☐ u pacienta bude udržen fyziologický stav ☐ u pacienta bude předcházeno dalším komplikacím souvisejícím s poruchou integrity kůže ☐ u pacienta budou dodržovány preventivní opatření	☐ zhodnotit celkový stav pacienta - mobilita, výživa, hydratace, stav kůže, psychický stav, gastrointestinální, vylučování, - přítomnost inkontinence ☐ zhodnotit stav kůže/ defektu, průběh hojení defektu/ operační rány ☐ kontrolovat kůži, popisovat lézes a pozorované změny ☐ pečlivou ošetřovat / preventivně krmit místa a okolí rány ☐ podávat vyšetření a ordinovaný materiál - dle poštovky a doporučení/ ordinace provádět převaz rány - ex. cit. intervence ot. dg. Sebepéče, 000040, 00085 ☐ zajistit časnou mobilizaci pacienta, provádět pasivní a aktivní cvičení ☐ dbát na řádnou výživu a hydrataci, kontrolovat nutriční stav pacienta v dokumentaci/ ordinace/ vyšetřením ☐ poučit pacienta v péči o ránu, prevenčních opatřeních ☐ dodržuj SOPy péče o ránu		
	Dg. dg. č. ☐ Strach - 00148 ☐ Úzkost - 00146 *(upřesněný/faktory:*	☐ pacient bude mít pocit bezpečí	☐ posuď psychický stav pacienta, vyvolávající faktory stavu ☐ zjistit případné smyslové poruchy ☐ zjistit stupeň vědomí, psychické poruchy - normální - nemocný - zmatený - dezorientovaný - agitovaný - psychotický ☐ dbát na přítomnost psychiatrického onemocnění/ vyšetření ☐ dle stavu a možnosti provádět mobilizaci ☐ po konzultaci s lékařem kontaktuj psychologa / psychoterapeuta ☐ zajistit saturaci duchovních potřeb ☐ umožni kontakt s rodinou ☐ proveď edukační edukaci		
	Dg. dg. č. ☐ Porucha verbální komunikace - 00051 ☐ onemocnění CNS ☐ dušnost ☐ ISM, ETK ☐ ORL onemocnění ☐ nedostatek informací ☐ nedostatek informací ☐ porucha vnímání ☐ absence blízkých osob	☐ pacient nebude mít deficit informací ☐ u pacienta bude nalezen vhodný způsob komunikace	☐ odhal příčinu poruchy komunikace .... ☐ sleduj schopnost komunikace pacienta ☐ vyhodnoť dané možnosti náhradní komunikace (komunikační karty, neverbální, psaní, tabulky) ☐ zajistit logopeda ☐ při komunikaci udržuj oční kontakt, milý pomalu, srozumitelný		
	Dg. dg. č. ☐ Poruchy spánek - 00095 ☐ změna prostředí ☐ nedostatek pomocných ☐ zákonitost pomocných ☐ změna režimu spánku	☐ u pacienta dojde k úpravě spánku ☐ pacient se bude cítit odpočatý, bude udržovat pocit celkové pohody a odpočatosti ☐ u pacienta bude režim dne přizpůsoben tak, aby vyhovoval jeho biorhythmickým rytmům	☐ posuď příčiny a příznaky/ faktory ☐ posuď souvislost spánkové poruchy se základním onemocněním ☐ sleduj spánek přes den ☐ zajistit s lékařem léky spánku ☐ vytvořit klidné prostředí v nemocničních hodinách ☐ dodržuj hygienu spánku ☐ dle ordinace podávej hypnotika/ sedativa ☐ sleduj účinnost podaných léků ☐ poučit pacienta o alternativních způsobech navození spánku (teplé mléko, aromaterapie, relaxace)		

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Oddělení/ nemocnice Náchod ▶ název oddělení ▶ pokoj č. ▶ jméno a příjmení ▶ rodné číslo ▶ List č.:

stanovení diagnózy	ošetřovatelské diagnózy	cíle ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	Ex diagnózy
	Dg. dg. č. ☐ Deficit mobilnosti - 00126 ☐ oš. jednotka + harmonogram ☐ průběh hospitalizace ☐ plánované propuštění	☐ společně s pacientem určit priority edukace ☐ pacient bude mít dostatek informací v části problematiky ☐ pacient bude správně vykonávat jednotlivé úkony ☐ pacient je poučen o průběhu hospitalizace, základním postupu při výkonu	☐ poskytni informace o dni a denním systému nemocnice: jednotlivou harmonogramu odd., provedl pacienta ošetřovací ☐ informuj o nutné přípravě před výkonem, před výkonu (prevence TEN, BDNK, cévaze, nácvik verbalizace)	
	Dg. dg. č. ☐ Riziko infekce - 00004 ☐ perifemí žilní kanyla (PŽK) ☐ centrální žilní kanyla (CŽK) ☐ arteriální kateter (PMK) ☐ epicystostomie ☐ operační rána ☐ dendrální systém	☐ včas odhal riziko infekce ☐ ošetřovatelská péče o invazivní vstupy bude realizována dle SOP	☐ monitoruj celkové a místní projevy infekce ☐ posuzuj rizikové faktory (PŽK, PMK) ☐ dodržuj bariérový ošetřovací režim ☐ pouč pacienta o možnostech předcházení infekce (dodržování osobní hygieny) ☐ dodržuj SOPy péče o invazivní vstupy, rány a kožní defekty	
	Dg. dg. č. ☐ Akutní bolest - 00132 ☐ Chronická bolest - 00133 ☐ základní onemocnění ☐ operační výkon ☐ polymorbidita	☐ pacient bude udávat zmírnění bolesti ☐ u pacienta bude dodržován předepsaný farmakologický režim (dle určení lékaře) ☐ pacient bude bez bolestí ☐ pacient se naučí využívat nefarmakologické metody zmírňující bolest ☐ dle individuálních možností budou využívány relaxační techniky	☐ posuď intenzitu bolesti a vyvolání proč pacient ☐ dle škály sleduj intenzitu bolesti ☐ sleduj intenzitu bolestivý průběhu dne, v závislosti na pohybu ☐ sleduj vyzařování bolesti, její mizení ☐ sleduj účinnost podávaných analgetik do 1 hodiny ☐ účinnost analgetizace a reakce pacienta zapisuj do formuláře Hodnocení ošetřovatelského přístupu ☐ společně s pacientem najdi úlevovou polohu, pouč pacienta o zmírnění bolesti		
	Dg. dg. č. ☐ Deficit tělesných tekutin - 00027 ☐ Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028 ☐ Zvýšený objem tělesných tekutin - 00026 ☐ krvácení ☐ dendrální systém, sonda ☐ zvracení ☐ průjem - č. 00013 ☐ základní onemocnění ☐ kardiaca - diuretika ☐ kardiaca - glukosa ☐ srdeční selhání	☐ včas odhal rizikové faktory	☐ pouč pacienta o možných rizicích krvácení v souvislosti s výkonem ☐ sleduj projevy krvácení, ztráty tekutin, intervalu zvracení, frekvenci průjmu ☐ dle ordinace sleduj FF ☐ sleduj kožní turgor, sliznice, stav sítnic ☐ sleduj vyplnění periferních žil ☐ zajisti příjem tekutin per os ☐ pouč pacienta o vhodné dietě, složení potravy ☐ sleduj bilanci tekutin ☐ sleduj výsledky vyšetření, informuj lékaře a dle ordinace ošetřuj osetřovatelskou péči ☐ sleduj obvod DKK ☐ pouč pacienta o pitném režimu		
	Dg. dg. č. ☐ Hypertermie - 00007 ☐ Hypotermie - 00006 ☐ operační výkony/ anestézie ☐ ICHS ☐ infekce ☐ hojení rány per sekundam ☐ dehydratace ☐ snížená tělesná hybnost ☐ metabolický rozvrat ☐ věk	☐ sníženi/zvýšení tělesné teploty - úprava do fyziologického rozmezí ☐ úprava vnitřního prostředí ☐ zabránění dehydratace ☐ předcházení komplikací	☐ sleduj tělesnou teplotu ☐ sleduj vývoj hypotermie/ hypotermie ☐ sleduj účinnost léčby ☐ veď teplotní křivku ☐ dle ordinace sleduj FF - TK, P, dech, vědomí ☐ přikládej lékové obaly do podpaží, třísel, epiklej mírumi tlh., pitej sledovy vlak/ zahřátí zatuchlých nozků ☐ dodržuj bezpečnostní opatření, bezpečnostní pitný režim ☐ přitiž celoplošnou chladící ochranu přímy nu ☐ najisti suché a čisté prádlo		
	Dg. dg. č. ☐ Zácpa - 00011 ☐ Riziko zácpy - 00015 ☐ operační výkon ☐ změna prostředí ☐ medikace fe, opiáty ☐ nedostatečná tělesná aktivita ☐ dehydratace ☐ věk	☐ obnovení normálního fungování a vyprazdňování stolicy ☐ upravit dietu a pitného režimu ☐ edukace o edukace	☐ sleduj odchod plynů, bilanci tekutin ☐ veď pacienta k denní evidenzaci pohybu ☐ dodržuj pacienta o příznacích a příčinách zácpy ☐ dle ordinace podávej projímadlo/ klysma - sleduj účinek ☐ při defekaci zajisti soukromí ☐ zajisti pasivní rehabilitaci		

Příloha č. 7 : Realizace ošetřovatelského plánu

Oblastní nemocnice Náchod

REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU

List č.:

název oddělení | pokoj č. | jméno a příjmení | rodné číslo

	Datum														
	Směna	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc
Oblast hygieny	Celková koupel														
	Toaleta na lůžku														
	Mytí vlasů														
	Péče o dutinu ústní														
	Zvýšená péče o oči, uši, nos														
	Péče o genitál														
Výživa	Krmení pacienta														
	Krmení přes sondu														
	Odsávání žaludečního obsahu														
	Pitný režim														
Vylučování	Cévkování muže/ženy														
	Klyzma														
	Podkožní mísa, WC židle														
	Inkontinence - pleny														
Invazivní vstupy	Zavedení PMK														
	Výměna sběrného sáčku PMK														
	Zavedení PŽK														
	Zavedení CŽK														
	Převaz PŽK/CŽK														
	Výměna spojovací hadičky PŽK														
	Výměna infuzního setu														
	Péče o art. katetr														
	Péče o sondu														
Podpis a razítko sestry															

	Datum														
	Směna	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc
Péče o ránu	Převaz														
	Péče o drén														
	Péče o stomii														
	Tamponáda														
Příprava k výkonu	Informace														
	Holení operačního pole														
	Bandáž														
Rehabilitační ošetřování	Kondiční cvičení														
	Posazování na lůžku														
	Nácvik stoje u lůžka														
	Chůze														
	Nácvik chůze-chodítko / FH														
	Posazování mimo lůžko														
	Bazální stimulace														
	Rytmální chlazení														
Péče o dýchací cesty	Dechová cvičení														
	Inhalace, nebulizace														
	Kyslíková terapie														
	Odsávání														
Jiné	Norton skóre														
Poledování	pravý bok - PB														
	břicho - B														
	levý bok - LB														
	záda - Z														
Podpis a razítko sestry															

Příloha č. 8 : Realizace ošetřovatelského plánu – JIP/ARO

Oblastní nemocnice Náchod

REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU JIP, ARO

List č.:

název oddělení | pokoj č. | jméno a příjmení | rodné číslo

	Datum														
	Směna	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc
Oblast hygieny	Celková koupel														
	Toaleta na lůžku														
	Mytí vlasů														
	Péče o dutinu ústní														
	Zvýšená péče o oči, uši, nos														
	Stříhání nehtů														
	Holení														
Výživa	Krmení pacienta														
	Krmení přes sondu														
	Odsávání žaludečního obsahu														
	Pitný režim														
Vyprazdňování	Zavedení rektální rourky														
	Klyzma														
	Podložní mísa, WC židle														
	Inkontinence - pleny														
Invazivní vstupy	PMK														
	Výměna sběrného sáčku PMK														
	PŽK														
	CŽK														
	Arteriální katétr														
	Výměna spojovací hadičky														
	Výměna infuzního setu														
	PEG / NGS / NJS														
	ETK / TSK														
Podpis a razítko sestry															

	Datum														
	Směna	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc	Den	Noc
Péče o ránu	Převaz														
	Péče o drén														
	Péče o stomii														
	Tamponáda														
Příprava k výkonu	Informace														
	Oholení operačního pole														
	Bandáž														
Rehabilitační ošetřování	Kondiční cvičení														
	Posazování na lůžku														
	Nácvik stoje u lůžka														
	Chůze														
	Nácvik chůze-chodítko / FH														
	Posazování mimo lůžko														
	Fyzikální chlazení														
Péče o dýchací cesty	Dechová cvičení														
	Inhalace, nebulizace														
	Kyslíková terapie														
	Odsávání														
	ETK / TSK														
Jiné	Shannon skóre														
	Výměna ventilačního okruhu														
	Výměna filtrů														
	Výměna uzavřeného systému														
Polohování	pravý bok - PB břicho - B levý bok - LB záda - Z														
Podpis a razítko sestry															

Příloha č. 9: Metodický pokyn Vedení ošetřovatelské dokumentace

Oblastní nemocnice Náchod a.s.

Purkyňova 446, 547 69 Náchod

M E T O D I C K Ý P O K Y N

č. 3

METODICKÝ POKYN VEDENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE

Platnost od: 1.7.2008

Zpracoval: Bc. Renata Dušková, hlavní sestra

Mgr. Jana Girglová, manažer kvality

Schválil dne: 1.7.2008

Bc. Renata Dušková
Hlavní sestra ON Náchod a.s.

Metodický pokyn vedení ošetřovatelské dokumentace

U každého pacienta je vedena **ošetřovatelská dokumentace (OD)**. Všechny složky jsou dokumentovány užitím formulářů Oblastní Nemocnice Náchod, a.s.

Ošetřovatelská dokumentace je zpracována do 24h od příjmu pacienta na oddělení. OD je součástí zdravotnické dokumentace (chorobopisu).

Ošetřovatelská dokumentace obsahuje:

- ošetřovatelské posouzení
- individuální plán ošetřovatelské péče
- dokumentování realizace ošetřovatelské péče
- hodnocení péče
- překladovou a propouštěcí zprávu

1) Obsah ošetřovatelského posouzení

- informace a anamnestická data jsou získávány z **dokumentace pacienta,** překladové zprávy
- **výsledky anamnestického rozhovoru** k získání informací o individuálních potřebách (bio-psycho-soc-spirituální) v předchozím období (před přijímáním do ošetřovatelské péče)
- informace **od rodiny či partnera**
- výsledky strukturovaného **rozhovoru** – posouzení subjektivních příznaků ošetřovatelských problémů
- výsledky **pozorování** - posouzení aktuálního stavu objektivních příznaků ošetřovatelských problémů
- posouzení soběstačnosti - Barthel, rizika vzniku dekubitu – při objevení rizika je informován lékař
- edukační posouzení pacienta
- nutriční posouzení pacienta – BMI
- JIP, ARO – GCS
- **plánované propuštění** a potřeba kontaktu se sociální pracovnicí

U každého pacienta je veden individuální plán péče.

Ošetřovatelské diagnózy formulované dle aktuální Taxonomie – NANDA Taxonomie II, označené pořadovým číslem priority a příslušným kódem.

Ošetřovatelské diagnózy jsou formulované jako problém a etiologie problému pacienta.

Cíle/výsledky pacienta jsou u všech ošetřovatelských diagnóz s pořadovým číslem a měřitelnými **kritérii.**

Ke každému ošetřovatelskému cíly je přiřazena ošetřovatelská **intervence.**

Každá ošetřovatelská diagnóza má plánované datum hodnocení. Na základě hodnocení se provádí revize/aktualizace celého ošetřovatelského plánu.

Revize ošetřovatelského plánu se provádí v týdenních intervalech – při hospitalizaci nad 10dní. Jestliže hospitalizace trvá méně než 10dní, ošetřovací jednotka si stanový individuální postup při hodnocení plánu. Při změně zdravotního stavu pacienta se provede hodnocení a revize plánu ihned.

Zrušení ošetřovatelské diagnózy nebo cíle či intervence je provedeno označením **„ex“** a je vždy doloženo podpisem, identifikací sestry, datem a časovým údajem provedení záznamu.

Individuální plán ošetřovatelské péče může být dle stavu a zvyklosti oddělení rozšířen

o edukační plán, bilanční list, záznam o průběhu ošetřování rány – dokumentace rány a další.

Formulář dokumentování realizace ošetřovatelské péče obsahuje:

- záznam o provedení výkonů/činností svislou čarou nebo údajem o činnosti (např. sprcha, chůze o FH,…) k danému datu
- podpis a identifikaci vykonavatelů ošetřovatelské intervence

Formulář hodnocení ošetřovatelské péče je veden u každého pacienta společně s individuálním plánem ošetřovatelské péče a obsahuje:

- datum a čas zápisu, identifikaci a podpis pracovníka
- popis subjektivních reakcí pacienta na léčbu a na poskytovanou ošetřovatelskou péči v průběhu konané služby

- mimořádné události související se stavem pacienta v průběhu konané služby
- záznam o nově vzniklých či zaniklých ošetřovatelských diagnózách v průběhu konané služby

Do hodnocení se nepřepisují ordinace lékaře, sestra zaznamenává reakce na ordinace. Zápis je opatřen časovým údajem a podpisem sestry. Hodnocení je odrazem vývoje stavu pacienta, změn v individuálním ošetřovatelském plánu, průběhu edukace a kontaktu s rodinou.

Jestliže dojde k zásadní změně stavu pacienta a provede-li se změna v ošetřovatelském plánu či lékař změní ordinaci, sestra může zaznamenat v hodnocení poznámku – POZOR ZMĚNA ORDINACE, ZMĚNA OŠ. PLÁNU!

Při propuštění pacienta se zhodnotí všechny vytyčené ošetřovatelské diagnózy, provede se zápis o hodnocení a ukončí se vedení ošetřovatelského plánu podpisem a identifikací pracovníka. Z finálního hodnocení musí být zřetelné, zda se podařily splnit vytyčené cíle péče a jakým způsobem na péči reagoval pacient.

Na pracovištích **ARO a JIP** se používá jednodenní list (24hodin) společné léčebné a ošetřovatelské péče dle zvyklostí pracoviště.

Příloha č. 10 : Dodatek metodického pokynu č. 3 / 2008 Vedení ošetřovatelské dokumentace

Zápis a realizace ošetřovatelských činností

- Dodržujte čitelnost zápisů. V zápisech provádějte opravy tak, aby původní zápis zůstal čitelný.
- Na všech odděleních zrušte v zápisech zkratku AOP a podobné jiné zkratky – seznam zkratek bude vytvořen a zveřejněn současně se SOP Vedení ošetřovatelské dokumentace.
- V ošetřovatelské dokumentaci se vyhněte expresivním a citově zabarveným výrazům, popř. malůvkám (smajlíci apod.).
- Záznam červenou tužkou použijte pouze pro opiáty, vše ostatní zvýrazněte nebo podtrhněte jinou barvou.
- v *Realizaci ošetřovatelského plánu* zaznamenávejte provedené intervence příslušným počtem čárek (např. výměna plen, péče o dutinu ústní, apod.).
- Záznam ve formuláři *Hodnocení ošetřovatelského plánu* vždy opatřete datem a časem provedení (ne časové rozmezí služby), nezapomínejte na vaše razítko a podpis (parafa).
- Bolest zatím hodnoťte verbálním vyjádřením pacienta (pravítka bolesti – objektivní hodnocení VAS) po aplikaci analgetik - v *Hodnocení ošetřovatelského plánu* zaznamenejte reakci pacienta (ústup bolesti, úleva, zklidnění).
- Zápis v *Hodnocení ošetřovatelského plánu* obsahuje aktuální informace o stavu pacienta, jeho reakcích na ošetřovatelskou péči a léčbu.
- Dle domluvy a specifik pracoviště provádějte průběžné hodnocení celého ošetřovatelského plánu – tzn. zhodnocení stanovených ošetřovatelských diagnóz – zápis o provedeném přehodnocení stanovených diagnóz zaznamenejte do formuláře *Hodnocení ošetřovatelského plánu* – vyjádřete se ke všem stanoveným diagnózám, zda přetrvává problém pacienta – stanovená diagnóza, jaké pokroky v péči pacient udělal, v případě deficitu soběstačnosti popište obnovené schopnosti, zlepšení či zhoršení stavu apod.
- Na akutních lůžkách provádějte *Hodnocení ošetřovatelského plánu* v týdenních intervalech – při hospitalizaci nad 10 dní. Nebo dle aktuálního stavu pacienta. V intenzivní medicíně provádějte *Hodnocení ošetřovatelského plánu* dle aktuálního stavu pacienta (doporučujeme á 48hodin).

- Následná péče a dlouhodobá péče (hospitalizace nad 1měsíc) hodnoťte plán 1x měsíčně.
- Formulář *Hodnocení ošetřovatelského plánu* – na základě zápisů by si měl každý umět představit, jak pacient reaguje na péči, jak jsou saturovány jeho aktuální potřeby, do jaké míry zvládá sebeobslužné činnosti.
- Formulář *Ošetřovatelské posouzení* – př.: pokud u „Výživa a metabolismus“ máte zaškrtnuto, že pacient má diabetes mellitus, zaškrtněte i druh léčby (PAD, INZ, DIETA).
- Hodnocení rizika dekubitů dle Norton – na všech odděleních mimo ARO/JIP (je diskutována změna zvolené metodiky posuzování rizika a provádí se denní hodnocení) provádějte nejlépe jednou za týden – vhodné je určit si stejný den v týdnu .
- Pokud je zaveden permanentní močový katétr, periferní žilní katétr (PMK, PŽK) či jiný invazivní vstup, zaznamenejte datum zavedení či vytažení do formuláře *Realizace ošetřovatelského plánu*
- Pokud u některého pacienta vyvstane potřeba jeho omezení (i z důvodu jeho vlastní bezpečnosti), k tomu aby toto mohla sestra zrealizovat, musí to být poznamenáno v dekurzu lékařem. Pokud fixujete pacienta v křesle, v dekurzu doporučujeme formulaci – ˝dodržuj bezpečnost a prevenci pádu pacienta při vertikalizaci˝.

Teoretický komentář k fixaci pacienta:

- Fixace je vždy krajním řešením pouze v případě, kdy sestra není schopna zajistit soustavný dohled. Své rozhodnutí zdůvodní do ošetřovatelské dokumentace a zapíše čas jejího zahájení a ukončení.
- Sestra informuje pacienta o důvodech a délce fixace. Snaží se o to, aby byla míra nepohodlnosti fixace snížena na minimum stejně jako jeho délka.
- Během fixace sestra průběžně sleduje stav pacienta a provádí zápis do formuláře Hodnocení ošetřovatelského plánu. Zaměřuje se na bezpečnost pacienta – prevence vzniku oděrek, hematomů a edémů končetin.
- Během fixace nejsou omezeny návštěvy u pacienta. Každá návštěva je sestrou poučena o důvodech fixace.

Teoretický komentář k vymezení kompetencí v případě omezení pacienta v lůžku:

- O užití omezovacích prostředků rozhoduje zásadně lékař!

- Trvá-li omezení pacienta déle než 3 hodiny, informuje sestra lékaře, který určí další postup se zdůvodněním v dekurzu.
- Za provedení omezení v lůžku a komplexní ošetřovatelskou péči je zodpovědná všeobecná sestra oprávněná pracovat bez odborného dohledu podle zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Ta je zároveň kompetentní k rozhodnutí o ukončení omezení.
- Použití omezovacích prostředků viduje dodatečně vedoucí lékař oddělení.

Věcný komentář ke stanovení vybraných ošetřovatelských diagnóz:

Dg č.27 – **Deficit tělesných tekutin**

- tuto dg neurčujeme, pokud pacient méně pije, ať už z důvodu, že není schopen se sám napít, nebo z důvodů podobných (není pocit žízně atd.) – tyto důvody splňuje dg č.102 – Deficit sebepéče při jídle
- pokud sledujeme u pacienta příjem a výdej tekutin a z této bilance nám tento deficit vyplyne – dg stanovit můžeme
- tuto dg nebo její riziko stanovujeme spíše při ztrátách tekutin, např. při dlouhodobém zvracení, průjmu (samostatná dg č. 13), masivní ztrátě krve

Dg č. 26 – **Zvýšený objem tělesných tekutin**

- stanovujeme při otocích, v *Hodnocení ošetřovatelského plánu* sledujeme jejich ústup nebo zvětšování

Dg č. 7 – **Hypertermie**

- stanovíme při teplotě vyšší než 38 st. Celsia

Dg č.16 – **Porušené vyprazdňování moče**

- nestanovíme při zavedeném PMK

Dg č. 1 a 2 – **Nedostatečná, Nadměrná výživa**

- tyto dg. zatím neřešíme v plné míře – bude podrobně konzultováno s nutričním terapeutem
- tuto dg. můžeme stanovit např. u obézního diabetika, který prokazatelně nedodržuje dietní zásady – Nadměrná

Dg č. 40 - **Riziko imobilizačního syndromu**

- Definice – Imobilizační syndrom je soubor poškození, které jsou způsobeny dlouhodobým pobytem a klidem na lůžku – zcela zřetelné patologické změny se

mohou vyvinout během 7-10 dnů - určujeme u pacientů, kteří jsou pouze ležící (nejsou schopni aktivní rehabilitace)

Dg č.95 – **Porušený spánek**

- pokud máme v *Hodnocení ošetřovatelského plánu* „spal“ – dg není aktuální

Dg č. 4 – **Riziko infekce**

- tuto dg nemusíme rušit (EX), pokud z našeho hlediska pro danou chvíli pominul důvod této dg (např. ex PMK, PŽK apod.), ale hospitalizace nekončí a je předpoklad, že tyto důvody znovu nastanou (např. infúzní léčba je přerušena na 2 dny)

Dg č.132 a 133 – **Akutní a chronická bolest**

- pokud stanovíme tyto dg je třeba provádět sledování a zápisy v *Hodnocení ošetřovatelského plánu*
- u podávání analgetik zapisovat v *Hodnocení ošetřovatelského plánu* reakci pacienta na podání (úleva, usnul, nepomohlo.....)