

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2011

Bc. Lenka Matoušková

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: intenzivní péče



Bc. Lenka Matoušková

**Ošetrovatelská dokumentace na jednotce intenzivní péče
Nursing documentation in the Intensive Care Unit**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Mgr. et Mgr. Eva Prošková

Praha 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 02. 05. 2011

Bc. Lenka Matoušková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala za odborné vedení závěrečné diplomové práce Mgr. Evě Proškové. Za její cenné připomínky a věnovaný čas při vypracovávání této práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Lence Šťastnové a Mgr. Marii Nettlové za jejich psychickou podporu a jejich rady. Dále děkuji vedení Ústřední vojenské nemocnice za možnost provést výzkum na jednotkách intenzivní péče a anesteziologicko resuscitační péče, i všem sestřám za ochotu a vstřícnost při vyplňování dotazníků.

Identifikační záznam:

MATOUŠKOVÁ Lenka, Ošetrovatelská dokumentace na jednotce intenzivní péče. (Nursing documentation in the Intensive Care Unit)
Praha 2011, 116 s., 6 příloh, 5 tabulek, 42 grafů. Magisterská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství.
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Eva Prošková

ÚVOD	10
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1.1 Ošetřovatelská dokumentace	13
1.2 Vývoj	14
1.2.1 Vývoj zaznamenávání v ošetřovatelství.....	15
1.2.2 Vývoj ošetřovatelského procesu jako pramene ošetřovatelské dokumentace	15
1.2.2.1 Historie ošetřovatelského procesu.....	16
1.2.2.2 Definice ošetřovatelského procesu.....	17
1.2.3 Vývoj ošetřovatelské dokumentace.....	18
1.3 Legislativa.....	20
1.3.1 Právní regulace ošetřovatelské dokumentace.....	20
1.3.1.1 Povinnost vést dokumentaci.....	21
1.3.1.2 Archivace a skartace	22
1.3.1.3 Nahlížení do dokumentace	22
1.3.1.4 Nakládání s osobními údaji a povinnost mlčenlivosti.....	23
1.3.1.5 Kontrola.....	24
1.3.1.6 Odpovědnost a sankce.....	25
1.3.2 Standardy a doporučení pro vedení ošetřovatelské dokumentace	27
1.3.2.1 Koncepce českého ošetřovatelství.....	27
1.3.2.2 Akreditační standardy a standardy profesních organizací	27
1.3.2.3 Vnitřní předpisy zdravotnického zařízení	29
1.3.3 Povinnosti při vedení ošetřovatelské dokumentace	29
1.3.3.1 Přesnost a pravdivost	30
1.3.3.2 Komplexnost	30
1.3.3.3 Doplnování a prázdná místa.....	30
1.3.3.4 Používání terminologie a zkratk.....	30
1.3.3.5 Opravy.....	31
1.3.3.6 Identifikační údaje a autorizace	31
1.3.4 Obsah a součásti ošetřovatelské dokumentace	32
1.3.4.1 Ošetřovatelská anamnéza	32
1.3.4.2 Ošetřovatelský plán péče.....	33
1.3.4.3 Realizace ošetřovatelské péče	34
1.3.4.4 Ošetřovatelské hodnocení	36
1.3.4.5 Další složky ošetřovatelské dokumentace.....	37
1.3.4.6 Překladová a propouštěcí ošetřovatelská zpráva.....	37
1.3.5 Formy ošetřovatelské dokumentace	38
1.3.5.1 Listinná forma	38
1.3.5.2 Elektronická forma.....	39
1.3.5.3 Fotodokumentace	40
1.4 Specifika ošetřovatelské dokumentace	40
1.4.1 Ošetřovatelská dokumentace jako podmínka ošetřovatelského procesu ..	40
1.4.2 Klasifikace ošetřovatelských diagnóz, intervencí a výsledků.....	42
1.4.2.1 Ošetřovatelské diagnózy	42
1.4.2.2 Ošetřovatelské intervence a výsledky	43
1.4.3 Informační systémy v ošetřovatelství.....	44
1.5 Specifika ošetřovatelské dokumentace na jednotkách intenzivní péče	45

1.5.1	Příjmová zpráva na jednotce intenzivní péče.....	46
1.5.2	Monitorování pacienta	46
1.5.3	Příklad z praxe: Změna ošetrovatelské dokumentace pro jednotky intenzivní péče a anesteziologicko resuscitační oddělení v ÚVN	47
1.5.3.1	Popis oddělení včetně stávajícího stavu dokumentace.....	48
1.5.3.2	Průběh a popis změn dokumentace	48
1.5.3.3	Kontrola zdravotnické dokumentace v ÚVN.....	49
1.5.3.4	Používání zkratk ve zdravotnické dokumentaci v ÚVN	50
2	PRAKTICKÁ ČÁST	51
2.1	Cíle práce a hypotézy.....	52
2.1.1	Cíle.....	52
2.1.2	Hypotézy	52
2.2	Metodika práce	53
2.2.1	Výzkumný vzorek	53
2.2.2	Návratnost dotazníkového šetření	53
2.2.3	Zpracování údajů.....	53
2.2.4	Výsledky výzkumu	54
3	DISKUZE	79
	ZÁVĚR.....	84
	Seznam použitých knižních zdrojů.....	86
	Seznam použitých časopisů	88
	Seznam použitých právních předpisů	90
	Seznam použitých webových stránek.....	91
	Seznam zkratek	92
	Seznam tabulek.....	93
	Seznam grafů	93
	Seznam příloh.....	95

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá ošetrovatelskou dokumentací na odděleních intenzivní a resuscitační péče. Teoretická část popisuje vývoj ošetrovatelského procesu a s ním spojené dokumentace v České republice, a dále řeší obsah a vedení ošetrovatelské dokumentace a legislativu s ní spojenou. Praktická část je provedena formou výzkumu – dotazníkového šetření. Celé šetření bylo provedeno v Ústřední vojenské nemocnici (ÚVN) v Praze. Výzkum zjišťuje povědomí sester o ošetrovatelské dokumentaci, zabývá se způsoby práce s dokumentací na jednotlivých odděleních a zároveň řeší právní dopady nejasně vedené ošetrovatelské dokumentace. Jedním ze stěžejních bodů výzkumu je zjišťování spokojenosti sester s ošetrovatelskou dokumentací. Výzkum jasně dokazuje, že studium je důležitou součástí prvního kontaktu sester s problematikou vedení ošetrovatelské dokumentace. Dále je možné z výzkumu vyčíst, že sestry jsou v rámci zaškolování řádně informovány o ošetrovatelské dokumentaci a mají přehled i o legislativní úpravě vedení dokumentace a řešení situací vyplývajících z nesprávného zápisu.

Klíčová slova: ošetrovatelský proces, ošetrovatelská dokumentace

Abstract:

The dissertation is about nursing documentation in the Intensive Care Unit (ICU) and resuscitation units of Ústřední Vojenská Nemocnice (ÚVN). The paper describes the development of the nursing process and all required documentation used when completing this task. From a theoretical perspective the paper deals with the content and application of all nursing documentation in terms of the relevant legislation. From the practical perspective the research was completed utilizing a questionnaire approach. The questionnaire was delivered at ÚVN in Prague. The research focus is about getting the information about documentation, how information is interpreted between departments as well as the incidence or impact of incorrect documentation. One of the goals of the research was to determine the satisfaction of staff regarding nursing documentation. The research concluded that clear education regarding nursing documentation requirements is required when the nurse first is exposed to the area. Furthermore the research describes that nurses are well informed about the required documentation during the orientation process. It also demonstrates that nurses are kept informed regarding legislation changes as well as the consequences of incorrect documentation.

Key words: nursing process, nursing documentation

ÚVOD

Cílem diplomové práce je nastínit problematiku ošetrovatelské dokumentace na intenzivních lůžkách. Tato práce by měla přinést základní informace o ošetrovatelské dokumentaci, která slouží sestřím při poskytování ošetrovatelské péče. Jsou v ní obsaženy informace o potřebách pacienta a postupy, který vedou k jejich uspokojování. Ošetrovatelská dokumentace často vychází z ošetrovatelského procesu. Kvalitní vedení ošetrovatelské dokumentace je obrazem úrovně profesionální praxe. Zlepšuje standard péče, kontinuitu péče, lepší komunikaci a předávání informací mezi členy týmu, včasné odhalení vznikajícího problému atd. Důležitá je pravdivost, komplexnost a efektivní vedení ošetrovatelské dokumentace a to se týká, jak ručně psané nebo elektronické dokumentace. Do určité míry ale musí vycházet z lékařského terapeutického plánu. Ošetrovatelská dokumentace nemá stanovený pevný rámec pro obsah a formu jejího vedení. Je ale vhodné použít systematických ošetrovatelských modelů, aby se zachovala posloupnost plánování a poskytování péče. Často je základ složen z ošetrovatelské anamnézy, záznamu vývoje zdravotního stavu pacienta, ošetrovatelského plánu a překladové zprávy, v konkrétních situacích můžeme použít i další složky ošetrovatelské dokumentace. Je třeba zdůraznit, že máme určité doporučení, standardy a právní normy, které ji upravují.

Téma diplomové práce jsem si vybrala z důvodu toho, že jsem se účastnila na změně ošetrovatelské dokumentace pro jednotky intenzivní péče (JIP) a anesteziologicko resuscitační péče (ARO) v ÚVN. Navíc je vedení ošetrovatelské dokumentace nedílnou součástí pro moji práci a to ještě více podtrhlo můj zájem o dané téma.

Výzkumná část směřuje k cíli diplomové práce, ověřením hypotéz za pomoci dotazníkového šetření, které proběhlo v období února a března 2011 na oddělení JIP a ARO v ÚVN. Sestry by měly znát ošetrovatelskou dokumentaci a vědět jak s ní pracovat. Důležitý je i názor sester, jakou mají představu o ošetrovatelské dokumentaci, jestli jsou s ní spokojeny a co by změnily. V neposlední řadě nás zajímá názor s uvědomováním si právních dopadů při vedení ošetrovatelské dokumentace. Výsledky jsou shrnuty v diskuzi a závěru.

Touto prací bych ráda upozornila i na to, co je potřeba změnit. Výsledky výzkumu mohou zároveň být prospěšný, pro zlepšení stávající dokumentace.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je součástí celkové zdravotní dokumentace pacienta. Je to systematické zaznamenávání a uchovávání ošetrovatelské péče poskytované kvalifikovanou sestrou a ostatními členy ošetrovatelského týmu. Vedení záznamů může efektivním způsobem ovlivňovat ošetrovatelskou praxi, protože zachycuje konkrétní skutečnosti (37, 76).

Aby byla ošetrovatelská dokumentace smysluplná, musí vyhovovat potřebám oddělení, být jednoduchá, dobře přístupná a sloužit jako informační zdroj všem, kteří poskytují pacientovi nejen ošetrovatelskou, ale celkovou zdravotní péči. Účelem ošetrovatelské dokumentace nemá být prodlužování času, který sestra věnuje administrativní práci (1, 26, 39).

V dokumentaci je dohledatelné jméno konkrétního pracovníka, který informace zaznamenal. Z toho lze zpětně dokázat, zda činnost skutečně provedla sestra se specializační způsobilostí. Sestra je zodpovědná za sestavení plánu péče o pacienta a velmi často se stává koordinátorkou v zajišťování aktivit dalších zdravotnických pracovníků, kdy organizuje vhodnou a kontinuální péči. Sestra je tím, kdo je s pacientem v dlouhém kontaktu. Ošetrovatelská dokumentace slouží pro zachování kontinuity poskytované péče, k tomu nejvíc slouží propouštěcí a překládové zprávy. Ty podrobně informují o tom, kdo si pacienta přebírá do své péče, o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku péče a o potřebách v budoucnu. Poskytuje kritéria pro hodnocení péče, pro klasifikaci nemocných a zařazování do různých kategorií dle úrovně soběstačnosti nebo rizik komplikací. Tím umožňuje kontinuální zvyšování kvality péče pro hospitalizované pacienty a v poslední době je důležitou součástí rozvoje komunikace (21, 22, 26, 32, 37).

Nepřehlédnutelnou důležitostí je právní význam ošetrovatelské dokumentace, který zachycuje poskytnutou péči sester. Dostatečně vedená a upravená ošetrovatelská dokumentace může sloužit pro řešení právních sporů, kdy funguje jako doklad, že ošetrovatelská péče byla poskytována v určitém čase dle ordinace lékaře, správně vzhledem k zdravotnímu stavu pacienta a v souladu se stanovenými postupy lege artis. Na druhou stranu tomu může být i na opak, kdy ošetrovatelská dokumentace může být tím, co spor vyvolá, pokud je vyplněna chybně. Při stížnosti může být vyžádána znaleckou komisí pro posouzení kvality

poskytnuté péče. Musí splňovat podmínky právního řádu České republiky a je lepší, pokud splňuje i akreditační a profesní standardy (9, 26, 29, 32, 37).

Poskytuje spolehlivé údaje, které mohou být použity pro ošetřovatelský výzkum a statistické informace pomáhají zase předvídat a plánovat zdravotnické služby do budoucnosti (26, 37).

Ošetřovatelská dokumentace vedle administrativního významu poskytuje aktuální přehled o vývoji zdravotního stavu, pozitivní nebo negativní reakce pacienta na vyšetření, diagnostiku, léčbu a ošetřovatelskou péči. Dále se klinickému významu věnuje v kapitole 1.5.2, protože úzce souvisí s monitorováním pacienta. Záznamy se můžou stát didaktickou pomůckou k výuce studenta (32, 76).

1.2 Vývoj

Ošetřovatelství je v dnešní době samostatný vědní obor a má nezastupitelné postavení jako plnohodnotná součást zdravotnického procesu. Je podstatně mladší disciplínou než medicína. Vzniklo ke konci 19. století a postupně se výrazně přeměnilo. Historicky bylo ovlivněno jak linií charitativní, ve které bylo chápáno spíše jako morální a humánní pomoc trpícímu nemocnému člověku, tak rozvojem medicíny, kdy sestry zastávaly roli pomocníka provádějícího pokyny lékaře a trvale dohlížely na nemocného. Postupně se vyvinulo ve vysoce kvalifikované povolání. K profesnímu profilu sestry začalo patřit neustálé prohlubování odborných znalostí účastí na vzdělávacích programech, odborných certifikovaných kurzech, specializačního vzdělávání, konferencí a tím i postupné zvyšování kompetencí. Nejde jen o vysokou technickou dovednost jednotlivých úkolů, ale nyní také o vědeckou činnost. Sestry ve své práci více uplatňují holistický přístup individuálně zaměřené péče na vyhledávání a plánovité uspokojování ošetřovatelských potřeb pomocí ošetřovatelského procesu. Dokladem této péče je správně vedená ošetřovatelská dokumentace, která obsahuje veškeré informace o pacientovi. Je to zároveň důkaz o vysoké úrovni profesionální praxe (11, 18, 20).

1.2.1 Vývoj zaznamenávání v ošetrovatelství

„Kdo se domnívá, že napomáhá paměti, když si jisté věci zaznamená tužkou na papír, ten učiniž tak. Nevím, zdali se tím paměť a smysl pro pozorování více neotupí než zesílí. Žena, kteráž ani tím ani oním způsobem tuto nevyhnutelně potřebnou vlastnost osvojit si nemůže, ať nestane se ošetrovatelkou, nemá k tomu povolání, jakkoliv jinak snad dobrosrdečnou a obětivou jest.“ píše Florence Nightingaleová ve své knize: *Knihy o ošetrování nemocných*, která byla vydána v roce 1874 (16).

Z historického pohledu je další zaznamenávání ošetrovatelské péče popisováno v literatuře pro budoucí sestry, kde učebnice ukazují na důležitosti předávání informací, které probíhalo ústně a písemně. Písemné předávání informací – hlášení- je prováděno do sešitu, který může být i předtištěný nebo se jedná o očíslované tiskopisy, které jsou svázané. Obsahem všech podstatných zpráv o nemocném jsou základní informace a události spojené s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Důraz je kladen na fyziologické funkce nebo i hodnocení bolesti, kde jejich záznam je podrobně popisován u každé kapitoly věnované tomuto problému. Zde je přesně dané, jak záznam má vypadat i s připojením poznámek o kvalitě nebo patologii, kdy u pravidelných měření můžeme vytvořit křivku. Přesný záznam po dobu 24 hodin je ještě více zdůrazněn na JIP. Záznamy se provádí bezprostředně po měření do dekurzu nebo do teplotní tabulky, která je součástí zdravotnické dokumentace (19, 25, 28).

1.2.2 Vývoj ošetrovatelského procesu jako pramene ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch pacienta nebo i za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči. Toto ošetrovatelské jednání umožňuje, aby se sestra samostatně rozhodla o nejvhodnějším způsobu péče, dosahovala stanovených cílů a mohla hodnotit pokrok, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl. Informací nabytých prostřednictvím ošetrovatelského procesu pak sestra využívá pro vyplňování ošetrovatelské dokumentace (22).

1.2.2.1 Historie ošetrovatelského procesu

Před vyvinutím ošetrovatelského procesu se sestry řídily více intuicí a zkušeností než vědeckou metodou. Pojmy ošetrovatelský proces a jeho rámec jsou poměrně nové. Termín ošetrovatelský proces poprvé použila Hallová roku 1955, ale ihned se velmi ujal jako reálná základna pro skutečně účinnou práci sestry. Od té doby ošetrovatelský proces popsalo více sester různými způsoby. Wiedenbachová (1963) popisuje tři kroky ošetrovatelství: pozorování, poskytnutí pomoci a přesvědčení se o výsledku. Později Knowlesová (1967) navrhla pět atributů ošetrovatelské praxe, které byly nazvány: zjistí, přemýšlej, rozhodni, udělej a zhodnot'. V prvních dvou krocích sestra sbírá údaje o pacientovi a analyzuje je. Ve třetím vypracovává operativní plán. Ve čtvrtém plán realizuje a v pátém posuzuje pacientovu odpověď na ošetrovatelské zásahy (1, 10, 26).

Roku 1967 Západní mezistátní komise o vyšším vzdělání – Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE) uvádí pět kroků ošetrovatelského procesu a jsou jimi vnímání, komunikaci, interpretaci, intervenci a vyhodnocení. Komise označila ošetrovatelský proces za vzájemný vztah mezi pacientem a sestrou v daném prostředí. To zahrnuje chování pacienta, sestry a výsledné interakce. V roce 1967 ošetrovatelská škola Katolické univerzity ve Washingtonu poprvé identifikovala a předložila čtyři součásti ošetrovatelského procesu: posuzování, plánování, provedení a vyhodnocení (3, 10, 26).

Využívání ošetrovatelského procesu v klinické praxi se legitimizovalo roku 1973, kdy Sdružení amerických sester (ANA) uveřejnilo Normy ošetrovatelské praxe a uvedlo pět součástí ošetrovatelského procesu: posuzování, diagnostika, plánování, realizaci a vyhodnocení. Mnohé státy postupně přezkoumaly svoji ošetrovatelskou praxi a přizpůsobovaly ji tímto pěti aspektům (3, 10, 26).

Postupně s teoretickým i klinickým rozvojem ošetrovatelského procesu se stále víc začal používat i termín sesterská diagnóza. Pojem sesterská diagnóza, který se vyvíjel v 50. a 60. letech, se používal na označení problémů či potřeb. Potýkala se s těžkostmi, ačkoliv mnohé autorky ošetrovatelství sesterskou diagnózu považovaly za základ profesionálního ošetrovatelství. Skoro o deset let později Blochová definovala základní termíny ošetrovatelství a zjistila, že termín diagnóza ve vztahu k ošetrovatelské praxi je stále ještě kontroverzní (3, 10, 26).

Roku 1973 se konala první národní konference, kterou pomohly zorganizovat Gebbieová a Lavinová na Katedře ošetřovatelství Univerzity ve St. Louis, kde hlavním tématem byla klasifikace sesterských diagnóz. Účastníci této konference ji definovali jako úsudek, který je výsledkem sesterského posudku. Postupně se každé dva roky uspořádali konference, které si získali podporu a zájem. Roku 1982 skupina kanadských sester založila na konferenci organizaci Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy – North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Tato organizace vytvořila asi 100 diagnostických kategorií v oblasti ošetřovatelství (4, 10, 26).

Roku 1980 ANA vyhláší, že ošetřovatelství je diagnostika a léčba odpovědí lidí na skutečné i potenciálně zdravotní problémy. ANA tedy považuje diagnózu i za funkci ošetřovatelství, i když se většinou pokládala za výsadu lékařů. Roku 1982 Národní sbor Státních rad ošetřovatelství – National Council of State Boards of Nursing definoval a popisoval pět kroků ošetřovatelského procesu v ošetřovatelských behaviorálních termínech. V současné době různí autoři třídí různě jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu, zejména američtí nadále hovoří o čtyřech fázích, ale v evropské literatuře se častěji setkáme s pěti fázemi (1, 3, 10, 26).

1.2.2.2 Definice ošetřovatelského procesu

Proces je série plánovaných činností či operací namířených na určitý výsledek. Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné či potencionální problémy péče o zdraví, vytyčit plány na zhodnocení potřeb a poskytnutí specifické ošetřovatelské zásahy na uspokojení těchto potřeb. Ošetřovatelský proces je cyklický, což znamená, že jeho složky následují za sebou v logickém uspořádání, ale v tom stejném čase může být v činnosti víc než jedna složka. Aby sestra mohla realizovat ošetřovatelský proces co nejefektivněji a mohla individualizovat svůj přístup ke každému pacientovi, musí s ním spolupracovat - pacientem můžeme myslet jednotlivce, rodinu nebo komunitu. Záleží, do jaké míry je pacient schopný podílet se na plánování a na ošetřovatelském procese. Pacienta může v některých situacích zastoupit rodinný příslušník (1, 20, 22, 26).

1.2.3 Vývoj ošetrovatelské dokumentace

Na začátku devadesátých let 20. století byla postupně zaváděná ošetrovatelská dokumentace v České republice v různých nemocnicích a na různý oddělení, jak se uvádí v historických člancích. Ošetrovatelská dokumentace není další administrativa, jak uvádí Neubauerová v roce 1992 *„Sestry na různých pracovištích již zkoušejí návrhy sesterské dokumentace, upravené podle svých potřeb a také podle finančních možností zařízení. Ne vždy nejdražší typ sesterské dokumentace může být pro nás ten nepraktičtější. Bude také nějaký čas trvat, než se naučíme se sesterskou dokumentací pracovat, plně její výhody – my i lékaři – využívat“* (53). Bylo to něco nového a každý na to měl svůj názor i postoj k celé situaci, proto jsem se setkala i s článkem roku 1994, kde studentka 3. Lékařské fakulty Urbančíková napsala: *„Za současných podmínek si většina sester nedokáže představit, že by vedle přípravy a provádění jednotlivých činností, které se týkají jak péče základní, tak odborné a specializované, vedle zajištění provozu oddělení a činností stanovených harmonogramem práce, měla vypracovávat ještě plán ošetrovatelské péče. Sestry jsou obvykle schopny zajišťovat ošetrovatelskou péči, umí posoudit, k jakému účelu budou získané informace potřebovat a v jakém rozsahu je využijí, nejsou fakt schopny tuto péči dokumentovat“* (60).

Zde sestry popisují zkušenosti s tím, co ke změně vedlo: *„Rozdíl je v tom, že řada informací o pacientovi, které si předáváme ústně, se ztrácí. Nejsou nikde zaznamenány. Totéž se týká sesterského výkonu. Je proveden automaticky a nikde se nezaznamenává. Dříve jsem si také myslela, že je důležitější nemocného obstarat než vést složitou administrativu. Dnešní vývoj a srovnání s cizinou mne přesvědčuje, že se bez kvalitní dokumentace neobejdeme. Musíme však hledat takovou cestu, aby byla přijatelná pro naše současné podmínky“* (52), jak řekla hlavní sestra Nina Millerová, které ve svém článku v roce 1993 napsala Myslivcová a dále dodává, že: *„Informace o ošetrovatelské dokumentaci nejsou důležité v sešitu hlášení, ale v dokumentaci pacienta, kde je vidět nejen vše, co pro něj sestry udělaly, ale také z právního hlediska je bude chránit. To na rozdíl od našich zkušeností v cizině znají“* (52). Jak zavádění ošetrovatelské dokumentace probíhalo je zachyceno například v jednom článku, který je součástí celé přílohy o ošetrovatelské dokumentaci uvedený v časopisu Sestra v roce 1994: *„V současné době nabízejí různé firmy poměrně vyzrálé a vyzkoušené systémy*

ošetřovatelské dokumentace. Nad to existují systémy, které si vyvinuly samy nemocnice pro vlastní potřebu, protože systémy, které jsou na trhu, nemohly vyhovět všem požadavkům. Jedno je všem systémům společné. Veškeré informace se nacházejí na jednom místě! Odpadají rozptýlené plány, listy nebo knihy, jakož i přepisování, a tím nebezpeční chyb při přenosu informací“ (46). Důraz na konkrétní zápisy je uváděn Millerovou v článku od Škubové v roce 1995: „Důležité je i to, aby se sestra při předávání služby naučila profesionálně správně písemně vyjadřovat“ (58).

Zavádění ošetřovatelské dokumentace bylo podpořeno myšlenkou uspořádat konferenci na toto téma. Uspořádána byla pro velký zájem čtenářek na článek *Sesterská dokumentace*, který vyšel v časopisu *Sestra* č. 4/1993. „*Péče o pacienta je mnohem náročnější a vyžaduje velmi četné záznamy. Proto by jeden list nestačil“ (61). Vlastní zkušenosti, se zaváděním ošetřovatelské dokumentace na interní stanici, uvádí Jančová a Nováková „Přehledné formuláře jsme časem přizpůsobili potřebám našeho oddělení. Například původní kolonky byly příliš malé, některé jsme nepotřebovali, jiné jsme naopak museli doplnit. Změnili jsme i laboratorní list pro zapisování výsledků náběrů. Brzy jsme zjistili, že některé údaje nelze vést přesně a přehledně. proto jsme zavedli vlastní listy: Akutní kartu a List pro prevenci a plán ošetřování dekubitů. Používáním těchto záznamních listů jsme získali lepší přehled o veškerých potřebách a průběhu ošetřování nemocného“ (43). Někdy si sestry vypracovaly ošetřovatelskou dokumentaci úplně samy nebo s pomocí lékařů, jindy se inspirovaly v zahraničí. Postupně se s ošetřovatelskou dokumentací setkávaly i studentky zdravotních škol. „Nevíme, jak hodnotit skutečnost, že co oddělení, to různé záznamy a jiný náhled na věc. Oficiální forma ošetřovatelského záznamu neexistuje. Každé oddělení, které přijalo tento způsob práce, si vytvořilo svůj model, který prodělává postupem času drobné i větší změny a úpravy. Největším problémem pro nás studenty, ale i pro sestry, je formulování ošetřovatelské diagnózy“ (50).*

Ošetřovatelská dokumentace se dnes ve zdravotnických zařízeních považuje za věc zcela běžnou. Je součástí zdravotnické dokumentace a obsahuje systematické záznamy plánované zdravotní péče, kterou pacientovi poskytuje ošetřovatelský tým, dále pak průběh ošetřování a doporučení k dalšímu ošetřovatelskému postupu. Tiskopisy se v různých typech zdravotnických zařízení liší, většinou ale podstata zůstává stejná. Bylo by jistě výhodou, pokud by

se naplnila snaha ujednotit ošetrovatelskou dokumentaci. Je to ale úkol skoro nemožný, a proto se z větší části ujednocuje alespoň v rámci zdravotnických zařízení. Pak se většinou liší jen danými specifiky, požadavky a názory vedoucích pracovníků. Ošetrovatelskou dokumentaci se rozumí všechny písemné, grafické a jiné záznamy prováděné sestrou, které se týkají nejen pacientů, ale které souvisejí s poskytováním ošetrovatelské péče a dalších činností. Historická literatura je spíše zaměřené jen na vývoj ošetrovatelského procesu, než na ošetrovatelskou dokumentaci (5, 11, 18, 20, 34).

1.3 Legislativa

V průběhu vývoje ošetrovatelské dokumentace došlo i k zakotvení práv a povinností souvisejících s vedením zdravotnické dokumentace do právních předpisů. Dále je proto uveden výčet těchto právních předpisů a jednotlivé důležité povinnosti z nich vyplývající. Kromě právních předpisů mohou upravovat vedení zdravotnické dokumentace vnitřní předpisy jednotlivých zdravotnických zařízení nebo standardy či doporučení akreditačních komisí, profesních organizací nebo zdravotnických zařízení, které nesmí být v rozporu s právními předpisy. Většinou se proto jedná o doplňující resp. rozšiřující povinnosti, které detailněji stanovují a upřesňují povinnosti týkající se vedení zdravotnické dokumentace (18).

1.3.1 Právní regulace ošetrovatelské dokumentace

Právní předpisy, které souvisejí se zdravotnickou dokumentací, jsou zejména zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o péči o zdraví lidu“) zejména jeho ustanovení § 67b. Všechno, co platí pro zdravotnickou dokumentaci, se vztahuje i na ošetrovatelskou dokumentaci. Platí pro ni stejná pravidla o zápisech, o vedení, o skartaci, o přístupu k ní jak ze strany pacienta, tak ze strany dalších osob či orgánů. Dále se na ni vztahuje zákon 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů (dále jen „zákon o ochraně osobních údajů“), který jak je z názvu tohoto zákona zřejmé, stanovuje obecné podmínky a požadavky pro ochranu osobních údajů (67, 71).

Jak uvádí Polícar, v českém právním řádu se slovo ošetřovatelská dokumentace nenalézalo až do roku 2006, kdy změnu přinesla vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotní dokumentaci (dále jen „vyhláška o zdravotnické dokumentaci“), která tento pojem zmiňuje a v základních bodech jej definuje (18, 66).

1.3.1.1 Povinnost vést dokumentaci

Zdravotnická zařízení jsou povinna vést zdravotnickou dokumentaci. Tato samozřejmost, která je zakotvena v zákoně o péči o zdraví lidu v ustanovení § 67b, dokládá důležitost zdravotní dokumentace, a to jak pro zajištění kontinuity zdravotní péče poskytované pacientům, tak i jako jediný validní doklad skutečnosti, že péče byla poskytována lege artis, při řešení kolizí, kdy je zdravotnický pracovník obviněn z pochybení. Proto je třeba vedení dokumentace věnovat potřebnou odpovídající péči. Právní předpis nerozlišuje zdravotnickou dokumentaci vedenou lékařem a zdravotnickou dokumentaci vedenou sestrou (36, 67).

Dokumentace není majetkem pacienta ani zdravotnického týmu, a proto s ním nemohou volně nakládat. Ve státním zdravotnickém zařízení je dokumentace vlastnictvím zdravotnického zařízení, které tuto dokumentaci pořídilo a zpracovalo. V nestátním zdravotnickém zařízení je pak vlastnictvím provozovatele. Pokud nestátní zařízení přestalo péči poskytovat nebo zaniklo (např. došlo ke zrušení registrace či k úmrtí lékaře poskytujícího zdravotní péči vlastním jménem), musí provozovatel zařízení nebo ten, kdo žil se zemřelým ve společné domácnosti, oznámit správnímu úřadu, který vydal rozhodnutí o registraci zdravotnického zařízení, tuto skutečnost a zabezpečit zdravotnickou dokumentaci. Správní úřad (krajský úřad či magistrát statutárního města) musí dokumentaci neprodleně převzít a informovat pacienty, kteří mají právo zvolit si nového lékaře. Zdravotnická dokumentace může být vydána přímo pacientovi na základě jeho oznámení či na základě písemného vyžádání nově zvoleného zdravotnického zařízení (34, 67).

Zákon o péči o zdraví lidu v § 67b odst. 2, 3 a 4 stanovuje, že obsahem zdravotnické dokumentace jsou osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a zjištění anamnézy a dále informace o onemocnění pacienta,

průběhu jeho stavu, výsledky vyšetření a terapii. Dále stanovuje, že každá samostatná část dokumentace musí obsahovat základní údaje pacienta a označení zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo. Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně, je průběžně doplňován a musí být opatřen datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která záznam provedla. Opravy ve zdravotnické dokumentaci se provádí novým zápisem s uvedením dne opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla. Původní záznam musí zůstat vždy čitelný (34, 36, 67).

1.3.1.2 Archivace a skartace

Uchovávání a skartace zdravotnické dokumentace se řídí zvláštním právním předpisem, kterým je zákon č. 97/1974 Sb., o archivnictví, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotnická zařízení nemají povinnost uchovávat zdravotnickou dokumentaci věčně. Stejně jako i jiné dokumenty i zdravotnická dokumentace podléhá skartačnímu řízení. Vzhledem k jejímu charakteru jako sbírce záznamů citlivých osobních údajů, je třeba regulovat skartační řízení speciálním právním předpisem. Zejména však není možné provádět skartaci u dokumentace, u které ještě nenastal čas, dříve než úspěšně proběhne celý povinný schvalovací proces. Obsahem řízení je i posuzování hodnoty zdravotnické dokumentace, jestli má hodnotu trvalou nebo je-li nadále nepotřebná k poskytování zdravotní péče. Délka skartační lhůty je určena vyhláškou o zdravotnické dokumentaci. Je stanovena podle typu dokumentu, což je zmíněno ve skartačním plánu. Skartační lhůta je doba, po kterou je dokumentace uchovávána povinně pro účely poskytování péče. Zdravotnickou dokumentaci ústavní péče má skartační lhůtu po dobu čtyřiceti let od poslední hospitalizace anebo deseti let od úmrtí pacienta (18, 35, 66, 70).

1.3.1.3 Nahlížení do dokumentace

Kdo může nahlížet do zdravotnické dokumentace, velmi striktně a taxativně vymezuje zákon o péči o zdraví lidu v ust. § 67b v odst. 10, kde je uveden výčet všech osob, případně organizací (67).

Podle ust. § 67b odst. 11 zákona o péči o zdraví lidu mohou v určitém případě do zdravotní dokumentace nahlížet i ti, co se připravují na výkon povolání ve zdravotnickém zařízení, avšak na základě písemného souhlasu pacienta (67).

Stále častěji se řeší situace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty nebo jejich rodinnými příslušníky, kteří požadují nahlédnout do zdravotnické dokumentace. Zákon o péči o zdraví lidu v ust. § 67b odst. 12 přesně stanovuje, na co má pacient právo a kdo je oprávněn nahlížet do zdravotnické dokumentace, aby zároveň nedošlo k porušení zákonem stanovené mlčenlivosti. Pacient může určit osobu, která bude informována o jeho zdravotním stavu a má právo nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo pořizovat, výpisy, opisy a kopie. Pacient může svoje rozhodnutí kdykoliv změnit. Pokud tak nemůže udělat s ohledem na svůj zdravotní stav, mají právo na informace jen osoby blízké. Pacient a jím pověřené osoby mohou nahlížet do dokumentace pouze za přítomnosti zdravotnického pracovníka. O nahlížení do zdravotnické dokumentace se musí udělat zápis. Pacient a jím pověřené osoby mají také právo na pořízení si výpisů, opisů nebo kopií dokumentů z dokumentace a to tak, že je na základě žádosti vyhotoví zdravotnické zařízení v termínu do 30 dnů od obdržení této žádosti. Podle ust. § 67bb odst. 4 zákona o péči o zdraví lidu může zdravotnické zařízení za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením. Za náklady spojenými s pořízením kopií dokumentace považují zejména materiálové náklady, např. cenu papíru, cenu tisku, poštovné apod., přičemž výše úhrady by se tedy lišila podle rozsahu poskytnuté dokumentace. Za sporné považují požadavky některých zdravotnických zařízení, které požadují úhradu nákladů za čas pracovníků, kteří kopie připravují nebo kteří musí být přítomni v době nahlížení do dokumentace (34, 37, 67).

1.3.1.4 Nakládání s osobními údaji a povinnost mlčenlivosti

Zákon o ochraně osobních údajů stanovuje v ust. § 13, že správce a zpracovatel v daném případě zdravotnické zařízení resp. pracovníci tohoto zařízení nakládající s osobními údaji jsou povinni přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo náhodnému přístupu k těmto osobním údajům. Tato povinnost platí i po ukončení zpracování osobních informací (18, 71).

V souladu s ust. § 55 zákona o péči o zdraví lidu je zdravotnický pracovník povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dověděl při výkonu

svého povolání. povinnost mlčenlivosti je rovněž zakotvena v ust. § 15 zákona o ochraně osobních údajů, kde je uvedeno, že: „Zaměstnanci správce nebo zpracovatele, jiné fyzické osoby, které zpracovávají osobní údaje na základě smlouvy se správcem nebo zpracovatelem, a další osoby, které v rámci plnění zákonem stanovených oprávnění a povinností přicházejí do styku s osobními údaji u správce nebo zpracovatele, jsou povinni zachovávat mlčenlivost o osobních údajích a o bezpečnostních opatřeních, jejichž zveřejnění by ohrozilo zabezpečení osobních údajů. Povinnost mlčenlivosti trvá i po skončení zaměstnání nebo příslušných prací.“ Tato povinnost vychází ze základních práv občanů České republiky zakotvených v Listině základních práv a svobod týkajících se ochrany soukromí. Každý je za porušení této povinnosti trestněprávně odpovědný (63, 67, 71).

Dokumentace musí být poskytnuta na vyžádání ze strany soudu či orgánů činných v trestním řízení. S tím souvisí i skutečnost, která je uvedena v ust. § 55 zákona o péči o zdraví lidu a to, že: „Povinností mlčenlivosti není zdravotnický pracovník vázán v rozsahu nezbytném pro obhajobu v trestním řízení a pro řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi ním, popřípadě jeho zaměstnavatelem a pacientem, nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo na ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče“ (31, 67).

1.3.1.5 Kontrola

Jelikož povinnost vést zdravotnickou dokumentaci ukládá zdravotnickému zařízení zákon, pak také tentýž zákon stanovuje, kdo provádí kontrolu nad plněním povinností uložených tímto zákonem. Podle tohoto zákona je nejvyšším kontrolním orgánem Ministerstvo zdravotnictví ČR a dále jsou to ústřední orgány v daném případě orgány státní zdravotní správy. Dalším možným subjektem oprávněným ke kontrole je zřizovatel resp. provozovatel tohoto zařízení. U nestátních zdravotnických zařízení vykonává kontrolu podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, orgán příslušný k registraci tohoto zařízení, kterým je buď příslušný krajský úřad, Magistrát hl. m. Prahy nebo Ministerstvo zdravotnictví ČR. Velmi důležitou roli v kontrole zdravotnických zařízení hrají zdravotní pojišťovny, které velmi často kontroly provádí v souvislosti s kontrolou čerpání

finančních prostředků a jak jinak lze zkontrolovat, jaký zdravotnický materiál a jaká péče byla pacientovi poskytnuta než ze zdravotnické dokumentace (67, 73).

Podle ustanovení § 40 odst. 1 zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích je stanoveno, že Státní ústav pro kontrolu léčiv je správním úřadem pro plnění činností uvedených v odst. 2 citovaného zákona tzn. že tento úřad kontroluje u poskytovatelů zdravotní péče činnosti uvedené v tomto zákoně a může tedy nahlížet do zdravotnické dokumentace a kontrolovat ji z hlediska povinností uložených v citovaném zákoně. Tento úřad může např. kontrolovat ze zdravotnické dokumentace podávání léků a jiných zdravotnických prostředků (72).

Úřad pro ochranu osobních údajů může provést ve zdravotnickém zařízení státní kontrolu, zjistit, jakým způsobem je zabezpečena dokumentace pacientů, porovnat seznam registrovaných pacientů s papírovou či elektronickou zdravotnickou dokumentací na místě a v případě nesouladu požadovat předložení chybějící dokumentace. Při kontrole zjišťuje je-li řádně zaznamenáno, jak s dokumentací nakládají jednotliví zaměstnanci a jsou-li přijatá technicko-organizační opatření umožňující přesně určit a ověřit, komu jsou údaje resp. dokumentace přístupné a předávány (71).

1.3.1.6 Odpovědnost a sankce

Vzhledem k tomu, že povinnost vést zdravotnickou dokumentaci ukládá zákon o péči o zdraví lidu zdravotnickému zařízení, je toto zařízení odpovědné i za nedodržování povinností daných v souvislosti s vedením zdravotnické dokumentace. Další povinnosti jsou zdravotnickým zařízením ukládány dalšími právními předpisy, kterými jsou např. vyhláška o zdravotnické dokumentaci, zákon o ochraně osobních údajů a zákon o zdravotnických prostředcích atd. Jestliže např. Úřad pro ochranu osobních údajů zjistí, že zdravotnické zařízení nepostupuje v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů a citlivé údaje pacientů nejsou dostatečně chráněny, může uplatnit veškeré nástroje a sankční mechanismy, které mu umožňuje zákon o ochraně osobních údajů, včetně ukládání pokut. Obdobně postupují ostatní správní úřady, které jsou oprávněny provádět kontrolu nad těmito zdravotnickými zařízeními. Nedostatečné nebo nesprávné vedení zdravotnické dokumentace může být důvodem pro uložení

pokuty, přičemž všeobecně platí, že při opakovaných zjištěních a při porušení dalších povinností může být důvod i pro zrušení takového zdravotnického zařízení. V případě, že by pacientovi vznikla škoda v souvislosti s porušením povinností, které zdravotnické zařízení má, může také postupovat podle zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník a dalších právních předpisů a domáhat se např. náhrady škody soudní cestou (66, 67, 68, 71, 72).

Je však nutné si uvědomit, že za konkrétní zápis v ošetřovatelské dokumentaci, za jeho pravdivost, čitelnost a obsah je odpovědný zdravotní pracovník, který záznam provedl nebo z nějakého důvodu neprovedl, ačkoli měl. Zákoník práce stanovuje vedoucím pracovníkům povinnost organizovat, řídit, kontrolovat a posuzovat práci podřízených, a z toho vyplývá kontrolovat formální i obsahovou stránku ošetřovatelské dokumentace a podle výsledku kontroly přijímat potřebná opatření. Pokud se jedná o hrubé porušení pracovní povinnosti nebo opakované porušení pracovní povinnosti, může to být důvod pro ukončení pracovního poměru. Je nutné si uvědomit, že nesprávný zápis nebo chybějící zápis může být důvodem pro volání zdravotního pracovníka k odpovědnosti trestně právní, občansko právní i správně právní. Výše osobní odpovědnosti za správné zápisy v ošetřovatelské dokumentaci může být předmětem posouzení (33, 37, 67, 75).

Kromě osobní odpovědnosti zdravotního pracovníka vyplývajících z pracovně právního vztahu se svým zaměstnavatelem je zde odpovědnost vyplývající za dodržování všech právních předpisů tzn. dalších povinností daných těmito předpisy např. povinnosti ze zákona o ochraně osobních údajů. V daném případě zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník stanovuje v § 180 postih toho: *„Kdo, byť i z nedbalosti, neoprávněně zveřejní, sdělí, zpřístupní, jinak zpracovává nebo si přisvojí osobní údaje, které byly o jiném shromážděné v souvislosti s výkonem veřejné moci, a způsobí tím vážnou újmu na právech nebo oprávněných zájmech osoby, jíž se osobní údaje týkají, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti“*. I když k porušení této povinnosti častěji dochází při osobních jednáních verbálně, závažněji je ale vnímáno nedbalostní jednání s dokumentací. Trestní zákoník však není jediným právním předpisem, podle kterého lze postupovat v případě neplnění povinností, které zdravotní pracovník má (69, 71).

1.3.2 Standardy a doporučení pro vedení ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelské standardy jsou platné definice přijaté úrovně ošetrovatelské péče. Je to dohodnutá profesní úroveň kvality. Porovnáním s ní se posuzuje a hodnotí současná ošetrovatelská péče. Standard je nástrojem, podle kterého můžeme hodnotit úroveň ošetrovatelské činnosti. Ošetrovatelské standardy mohou být vydány jako právní předpisy v zákoně nebo vyhlášce, metodická opatření Ministerstva zdravotnictví zveřejněná ve Věstníku MZ, doporučení a standardy akreditačních komisí nebo profesními organizacemi anebo zdravotnickými zařízeními (21, 27, 65).

1.3.2.1 Koncepce českého ošetrovatelství

Koncepce ošetrovatelství je důležitá pro zajištění jednotného postupu při poskytování ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních. K tomuto zajištění vydalo Ministerstvo zdravotnictví metodické opatření ve Věstníku č. 9/2004, ve kterém stanovuje, že požadavky a podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče a určuje vývoj a směr ošetrovatelství ve 21. století, upravuje získávání kvalifikace, celoživotní vzdělávání, registraci, management a výzkum, jejichž cílem je rozvíjet teorii a praxi (20, 65).

Stanovuje, že hlavní pracovní metodou je ošetrovatelský proces pro prevenci, odstranění a zmírnění problémů pacienta. Údaje o individuální péči jsou vedeny v ošetrovatelské dokumentaci, která je součástí zdravotnické dokumentace. Nepřímo z koncepce ošetrovatelství vyplývá, že je nutné vést ošetrovatelskou dokumentaci (20, 65).

1.3.2.2 Akreditační standardy a standardy profesních organizací

Joint Commission International Accreditation (JCIA) – Spojená komise pro mezinárodní akreditaci, byla vytvořena Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organisations (JCAHO) – Spojenou komisí pro akreditaci organizací poskytující zdravotní péči s cílem zkvalitnění péče pomocí akreditace. Akreditační proces je založen na mezinárodní soustavě standardů, které jsou přizpůsobeny místním potřebám. Obsahují určení cílů, význam a činnost, která je prováděna při ošetrovatelské péči. Důraz je kladen na kontinuální hodnotu a jsou zaměřeny spíše na pacienta a jeho potřeby. Standardy obsahující péči o pacienty –

care of patients (COP) mají toto označení. Hlavním cílem je nejvhodnější péče o pacienta ve zdravotnickém zařízení, kdy využívá plánování a spolupráci k dosažení kvalitní péče. Jedná se o celý proces poskytnuté péče všemi ve zdravotnickém týmu podle získané kvalifikace. Péče je popsána ve standardech, kde COP.2 je proces integrace a koordinace péče poskytnuté pacientovi. Zahrnuje naplánování a zapsání do pacientových záznamů, kdo zápis provádí, všechny údaje s přístupností pro poskytovatele péče a přehodnocení u změn pacientova stavu. Standardy JCAHO jsou mnohem podrobnější než systém European Foundation for Duality Management (EFQM), zejména pokud jde o zdravotnickou dokumentaci s určením jejího obsahu a vedení a z toho důvodu zmiňují právě je (8, 14, 47,49).

Na činnost navázala Spojená akreditační komise (SAK), která vydala akreditační standardy a jejich plnění, které mají sloužit pro zavedení, rozvoj a kontrolu procesu zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče poskytované v ČR. Celkový počet národních akreditačních standardů pro nemocnice je 74, kdy pro tuto práci je dostatečné zaměřit se na standardy diagnostické péče. Standard č. 8 stanovuje, že kvalifikovaný personál zjistí potřeby pacienta v časovém intervalu stanovený vnitřním předpisem podle určitého oddělení. Standard č. 9 je o vstupním ošetřovatelském vyšetření, které musí mít každý pacient proveden sestrou do 24 hodin od přijetí. Standard č. 12 ustanovuje náležitosti zdravotnické dokumentace, které jsou ve vnitřním předpisu každé nemocnice. Standard č. 13 určuje frekvenci a obsah zápisů v dokumentaci pacienta, což nemocnice vymezuje vnitřním předpisem. Standard č. 15 se zabývá situací, kdy předávání pacienta je prováděno mezi kvalifikovanými pracovníky s provedeným zápisem do dokumentace mezi směnami nebo při překlada. Výsledkem toho je pak zvyšování kvality (15).

V České republice kromě výše uvedených akreditačních komisí působí Česká asociace sester (ČAS), která je přesvědčena, že sestry by měly pracovat metodou ošetřovatelského procesu, jehož důležitou součástí je i vedení ošetřovatelské dokumentace. V roce 2002 vydává první dokument „*Vedení a uchovávání ošetřovatelské dokumentace*“, jako určitý návod, který je možné chápat i jako výklad části vyhlášky o zdravotnické dokumentaci týkající se ošetřovatelské dokumentace včetně uvedení dalších informací většinou spojených

s praxí a aplikací této vyhlášky. Celé znění tohoto dokumentu je v příloze č. 4 (77).

1.3.2.3 Vnitřní předpisy zdravotnického zařízení

Každé zdravotnické zařízení může vydat vnitřní předpis ve formě např. metodického návodu, směrnice ředitele apod., kterým upřesní povinnosti v souvislosti s výkonem poskytované péče v daném případě povinnosti nakládání a vedení ošetrovatelské dokumentace (18).

Např. v ÚVN jsou zásady vedení zdravotnické dokumentace dány směrnicí ředitele č. 03/2004, viz příloha č. 5. Součástí této směrnice je stanovení obecných náležitostí ošetrovatelské dokumentace a jednotlivých částí s krátkým popisem základních informací (64).

1.3.3 Povinnosti při vedení ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace. Povinnost vést zdravotnickou dokumentaci, obsah této dokumentace a další požadavky stanovuje zákon o péči o zdraví lidu zejména v ustanovení § 67b. Podrobnější požadavky jsou dále specifikovány ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví ČR o zdravotnické dokumentaci. V této vyhlášce je minimální obsah ošetrovatelské dokumentace uveden v části 11 přílohy č. 1 této vyhlášky (66, 67).

Ošetrovatelská dokumentace plní svou funkci, pokud je vedena průkazně, pravdivě, čitelně a zároveň odpovídá platným právním předpisům. Neměla by být zbytečně obsáhlá a může být upravena pro potřeby odlišných zdravotnických oddělení. Ke zdravotnické dokumentaci tzn. i k ošetrovatelské dokumentaci je omezený přístup daný zejména pravidly pro nahlížení do zdravotnické dokumentace popsané v kapitole 1.3.1.3. Záznam musí být veden přesně a pravdivě a komplexně. Používá se jednotná terminologie. Musí být zřejmé, kdo záznam provedl. Doplnování do dokumentace a opravy v ní mají také svoje pravidla. Sestry by měly mít snadný přístup k údajům pacienta a jeho ošetrovatelskému plánu, aby ho mohly kontrolovat a v průběhu upravovat (22, 32, 37, 66, 67).

1.3.3.1 Přesnost a pravdivost

Velmi důležité je, aby všechny záznamy byly přesné a pravdivé. Přesný záznam znamená, že zápis obsahuje fakta z konkrétního pozorování i všechny informace o stavu a ošetrovatelské péči. Názory a interpretace nemusí být přesné a proto je vhodnější v dokumentaci pacienta přesně citovat. Pravdivost by měla být samozřejmostí, přesto se často setkáváme s údaji, které neodpovídají skutečnosti. Je třeba si uvědomit, že nepravdivost jednoho záznamu znehodnotí celou zdravotnickou dokumentaci. Kromě toho je i uvádění nepravdivých údajů nezákonné. V daném případě zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník uvádí v § 181 postih toho „*Kdo jinému způsobí vážnou újmu na právech tím, že uvede někoho v omyl....*“ (32, 37, 69).

1.3.3.2 Komplexnost

Do dokumentace se musí zaznamenávat všechny informace, které sestra získá, a které mají vztah ke zdravotním problémům a k péči o pacienta. Neúplné záznamy mohou být použity u soudu jako důkaz o neposkytnutí adekvátní péče (29, 32).

1.3.3.3 Doplnění a prázdná místa

Záznam je doplňován průběžně tak, jak je postupováno při poskytování péče. To platí hlavně při urgentní péči nebo u náhlého zhoršení zdravotního stavu. Zápis o zdravotním stavu pacienta se doplňuje nejméně jedenkrát za 24 hodin o informace spojené s aktuálním vývojem zdravotního stavu pacienta, v případě podstatné změny se záznam provede neprodleně, jak uvádí v ust. § 5 vyhláška o zdravotnické dokumentaci (66).

V případě, že se v ošetrovatelské dokumentaci vyskytnou po provedení zápisu prázdná místa, je povinností sestry tato místa přeškrtnout. Je nepřípustné doplňovat údaje až při řešení stížnosti nebo s odstupem několika dnů. Pak je takový záznam považován za neplatný (32, 37).

1.3.3.4 Používání terminologie a zkratk

Nesprávná terminologie ošetrovatelské dokumentaci vede k pochybnostem o odborné kvalitě péče poskytnuté sestrou. V dokumentaci by neměla být

používána nesprávná terminologie, slangové výrazy, vulgarismy, subjektivní pocity a záznam neměl být proveden v jiném jazyce, než českém (22, 32, 37).

Užití běžně akceptované zkratky, symbolu nebo termínu je možné, pokud si sestra není jistá, vypíše raději celé slovo. Nikde není uvedený seznam doporučených zkratek, které se musí používat ve zdravotnické dokumentaci. To si může každé zdravotnické zařízení upravit vnitřním předpisem, který stanoví konkrétní zkratky pro zápis do zdravotnické dokumentace (viz kapitola 1.5.3.4) (22, 32, 37).

1.3.3.5 Opravy

V ust. § 67b odst. 4 zákona o péči o zdraví lidu se uvádí, že: „*Opravy ve zdravotnické dokumentaci se provádí novým zápisem s uvedením dne opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla. Původní záznam musí zůstat čitelný.*“ V praxi to znamená, že když zdravotní pracovník provede chybný zápis v ošetrovatelské dokumentaci, přeškrtně dané slovo nebo větu jednou čarou tak, aby byl zápis stále čitelný a napíše se chyba nebo oprava spolu s podpisem a čitelným jménem a datem. Není možné gumovat ani jinak zakrývat chybný zápis, aby nevzniklo podezření ze špatného úmyslu při ošetrovatelské péči o pacienta. Zákon nevylučuje možnost nového zápisu správné informace resp. nového textu. Detailnější způsob provedení opravy může být stanoveno vnitřním předpisem daného zdravotnického zařízení. Může být výhodné uvádět důvod vzniklé chyby, aby bylo zřejmé, že chyba nebyla způsobena záměrně, jelikož v případě nějakého sporu ohledně správného zápisu ve zdravotnické dokumentaci je důležité, zda-li se jedná o úmysl či nedbalost (35, 67).

1.3.3.6 Identifikační údaje a autorizace

Každý zápis musí podle ust. § 67 b odst. 2 zákona o péči o zdraví lidu obsahovat údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta tzn. osobní data pacienta (jméno, příjmení, rodné číslo, číslo pojišťovny aj.), aby nemohlo dojít k záměně dokumentů. Zároveň je nedílnou součástí datum, čas a podpis. Podpis je většinou jen parafa, a proto musí být doplněn o čitelně vypsanou identifikaci např.: hůlkovým písmem nebo často v dnešní době užívané razítko s titulem, jménem a příjmením, kdo záznam provedl (22, 32, 67).

1.3.4 Obsah a součásti ošetrovatelské dokumentace

Základ obsahu ošetrovatelské dokumentace tvoří standardní rámec pro získání informací o zdravotním stavu pacienta. Ošetrovatelská dokumentace se zavádí v okamžiku, kdy se poskytuje ošetrovatelská péče a je třeba o ní vést záznam. Je možné nevytvářet samostatnou ošetrovatelskou dokumentaci, ale zápis provádět do jiných částí zdravotnické dokumentace, kam zpravidla provádí záznam lékař. Vytváření různých součástí ošetrovatelské dokumentace je výhodou, uspořádání dokumentace zaručuje větší transparentnost poskytované péče a usnadňuje personálu práci s dokumentací, která je stěžejním pracovním nástrojem pro celý tým. Samostatné zapisování sestrou do daných formulářů, je pak dáno typy údajů (18, 55, 32).

1.3.4.1 Ošetrovatelská anamnéza

Při přijetí pacienta sestra v rámci pracovní náplně, v souladu s provozním řádem, vnitřními předpisy a standardy, založí pacientovi ošetrovatelskou dokumentaci. Při vyplňování přijímací dokumentace je nezbytné brát ohled na zdravotní stav i subjektivní obtíže pacienta a v případě větších obtíží odložit vyplnění tiskopisů, které snese odklad na jinou dobu, kdy se zlepší stav pacienta. Sestra vyplní všechny údaje do předepsaných kolonek, zejména základní informace a nesmí chybět údaj o alergii nebo o zdravotním postižení. Ošetrovatelská anamnéza by měla být vyplněna do 24 hodin. Je třeba zdůraznit, že do určité míry záleží na stavu pacienta a okolnostech jeho přijetí. Je důležitý i psychický stav při poskytování ošetrovatelské péče před administrativními výkony. Pokud pacient nechce na některé otázky odpovědět, sestra o tom provede zápis (33, 35).

Ošetrovatelská anamnéza není totožná s anamnézou lékařskou, i když mají určité informace stejné a vzájemně se doplňují. Je často zpracována do přijímacího formuláře, který se při ošetrovatelské péči používá nejčastěji, ale který je i předmětem mnoha sporů. Dobře provedená anamnéza může velmi ovlivnit kvalitu plánované péče, ale je důležité zaměřit se jen na informace skutečně potřebné. S ohledem na různorodost zdravotnických oborů by měla být specifická a odpovídat daným požadavkům. Ošetrovatelská anamnéza pacienta je

jedním ze záznamů, který je podle vyhlášky o zdravotnické dokumentaci nezbytnou součástí ošetrovatelské dokumentace (23, 66).

Sestra se zaměřuje nejen na údaje ze současného stavu, ale i z minulosti. Tyto někdy zdánlivě nepodstatné informace jsou důležité při zjištění pacientova životního standardu a tím sestavení individuálního ošetrovatelského plánu. Získávání podkladů pro anamnézu, zejména některých údajů, můžou vnímat pacienti velmi negativně. Proto se ptáme s ohledem a etickým přístupem. Příklady okruhů pro zjišťování životního stylu jsou výživa, aktivita, odpočinek, kouření, alkohol, osobní pomůcky, vztahy, sexualita, tolerance stresu a náboženství. Pro objektivní zhodnocení pacienta jsou velmi užitečné měřicí techniky. Pomáhají relativně objektivně odhadnout např.: riziko vzniku dekubitů, respirační komplikace, stupeň soběstačnosti stupeň bolesti, psychický stav, poruchu paměti nebo riziko pádů. Pokud tuto techniku používáme u jednoho pacienta opakovaně, umožní nám zjistit, jak se vyvíjí zdravotní stav pacienta nebo i efekt ošetrovatelské péče (23, 24, 37).

1.3.4.2 Ošetrovatelský plán péče

Ošetrovatelský plán péče je jedním ze záznamů, který je podle vyhlášky o zdravotnické dokumentaci nezbytnou součástí ošetrovatelské dokumentace. Některá zdravotnická zařízení používají formulář pro plán ošetrovatelské péče. Obvykle bývá rozdělen na více částí. Mají být patrné jasné vazby mezi stanovenými potřebami, očekávanými výsledky, plánováním péče, její realizací a popřípadě i hodnocením jejího účinku. Má většinu fází ošetrovatelského procesu. Plán dává celkový obraz o individuální péči. Je potřeba, aby umožnil zaznamenat a doplnit změnu a všechny nové informace o stavu pacienta. Kvalita plánu péče závisí na profesionálních znalostech a praktických zkušenostech sestry. Neexistuje univerzální tiskopis určený pro plánování péče, ale vždy by měl zajistit návaznost jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Význam ošetrovatelského plánu stoupá s délkou hospitalizace a závažností stavu pacienta (23, 34).

Důležité je především stanovení pořadí ošetrovatelské péče, podle důležitosti ošetrovatelských problémů. Ošetrovatelské diagnózy můžeme mít

seřazené i podle jiných kritérií. Pak stanovujeme cíle a nakonec plán ošetrovatelských činností (10, 23).

Cíl ztvárňuje žádoucí tělesný, psychický nebo sociální stav pacienta, kterého chceme dosáhnout. Zároveň nám poslouží, jako zpětná vazba při pozdějším hodnocení účinnosti poskytované péče. Rozdělení je podle toho, za jakou dobu je možné cíle dosáhnout. Krátkodobý cíl se týká bezprostředně následujícího období v rámci několika hodin popřípadě dnů. Je to krokem k dosažení dlouhodobého cíle, který se vztahuje k delšímu období, které může být ke konci hospitalizace nebo směřuje i do domácí péče. Každý cíl musí být individuální ke konkrétnímu pacientovi. Je možné i cíl průběžně změnit, vlivem nově zjištěných informací (23).

Naplánování skutečně účinné péče je založeno nejen na schopnosti sestry identifikovat konkrétní problémy a brát v úvahu i rizika vyplývající z lékařských diagnóz, ale i dostatek zkušeností a znalostí pro plánování skutečně nejpotřebnějších činností pro pacienta. Je dobře, pokud se na péči může pacient podílet sám. Lépe si zvolí, co je pro něho nejlepší za nejvhodnější postup. Velmi důležitou roli zde má i rodina nebo nejbližší přátelé pacienta. Mohou se aktivně podílet na plánování, přidat důležité informace nebo nový pohled na věc. Podstatná je podpora pro pacienta a tím účinnější prospěch z ošetrovatelského plánu péče (23).

Plán ošetrovatelské péče je písemný návod podávající organizované informace o pacientově zdraví v logickém celku. Zaměřuje se na zákroky, které musí sestra udělat jako odpověď na zjištěné problémy u pacienta, tak aby splnila stanovené cíle (10).

1.3.4.3 Realizace ošetrovatelské péče

Realizace ošetrovatelského plánu neznamena držet se pouze pevně stanovených ordinací lékaře. Kritické myšlení a osobní přístup sestry, které byly nezbytné v případě ošetrovatelského plánu, jsou stejně důležité při jeho realizaci. I když je péče detailně naplánována a zapsána v ošetrovatelské dokumentaci, včetně toho, kdo a jakým způsobem ji poskytne, není zaručená dobře poskytnutá péče. Důležité je vědět, proč danou věc děláme. Právě při realizaci plánovaných činností jsou profesionální úsudek a racionální uvažování velmi podstatné.

Umožňují, že plán může být správně přehodnocen a upraven podle momentální situace. Plánované činnosti mohou být zrušeny anebo pozměněny podle aktuálního psychického nebo fyzického stavu pacienta. Je proto nezbytné, aby sestra neustále hodnotila péči a přehodnocovala potřeby pacienta. Ošetřovatelský tým často poskytuje i neplánovanou péči, neboť stav pacienta i informace o něm se mohou dynamicky v průběhu i několika minut v ošetřovatelském procesu měnit. O této činnosti je rovněž zapotřebí provést zápis a informovat primární sestru, pokud při změně nebyla přítomna (12, 23).

Mezi tradičním a novým způsobem realizace ošetřovatelské péče jsou dva hlavní rozdíly. Péče poskytovaná v rámci ošetřovatelského procesu je založena na zhodnocení potřeb pacienta a využití speciálních znalostí sestry v ošetřovatelství. V minulosti sestry nemusely příliš přemýšlet o tom, proč poskytují určitou péči a ani ji nikam nezaznamenávaly. Vykonávaly ji proto, že jim to někdo uložil, protože se to tak vždycky dělalo, a také měly i svoje vlastní přesvědčení o dosavadním způsobu. Dnes realizace ošetřovatelské péče je založena na partnerském vztahu sestry, pacient nebo rodina, kdy se pacient podílí na ošetřovatelské péči o sebe. Prostřednictvím edukace sestry cíleně rozvíjí jeho sebeképeči a laickou péči rodiny a nejbližšího okolí, to pak popisuje v edukačním záznamu. Důležitou součástí je zhodnocení schopností a možností pacienta zapojit se do ošetřovatelské péče aktivně, kdy přestává být pasivním příjemcem, a k tomu nám napomáhají hodnotící škály, které jsou často součástí ošetřovatelské dokumentace. Pacient i rodina na toto aktivní zapojení do vlastní péče a procesu rozhodování zpravidla reagují pozitivně. Tím se připravují i na kontinuální péči pro případ, že bude nutná i po propuštění pacienta domu (12, 23).

Ošetřovatelské zákroky by měly být vždy bezpečné, proto sestra i pacient musí dodržovat bezpečná opatření, jako prevence úrazů a poškození. Pokud i přes všechny opatření dojde k neočekávané události, sestra informuje lékaře a provede záznam o dané skutečnosti, který je v tomto případě nepostradatelný (10, 12, 23).

Záznamy a hlášení ošetřovatelských činností se provádějí písemně po jejich vykonání. Nesmějí se zaznamenávat dopředu, protože při opětovném posouzení pacienta se sestra může rozhodnout, že se daná činnost nemá anebo nemůže vykonat. Někdy může ošetřovatelský zásah odmítnout pacient. Toto všechno mění ošetřovatelský plán, proto zápis děláme až po vykonání činnosti. Jsou situace, kdy je potřeba udělat záznam hned po realizaci výkonu, např.: podání léku, aplikace

injekce nebo provedení odběru pacienta, aby byl jasný vždy aktuální stav i pro ostatní členy ošetrovatelského týmu. Zároveň okamžité provedení zápisu chrání i pacienta např. před podáním dvojité dávky léku. Jiné výkony, může sestra zaznamenat až na konci směny a to např.: kolikrát provedla hygienu dutiny ústní nebo polohování pacienta. Určité druhy zápisů musí být zvýrazněny jinou barvou, např.: aplikace opiátů, jiné mohou být např.: tělesná teplota nad 37,9°C nebo komplikace stavu pacienta, to pak záleží na zvyklosti konkrétního oddělení. Jsou situace, kdy sestra předává informace slovně a to při rychlé změně zdravotního stavu pacienta nebo při předávání pacienta na konci služby (10, 32, 76).

1.3.4.4 Ošetrovatelské hodnocení

Hodnocení není povinnou součástí ošetrovatelské dokumentace podle vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, ale je důležité proto, že nám pomáhá zjistit, jak byla naše ošetrovatelská péče efektivní. Analyzuje vliv různých ošetrovatelských činností a konkrétní situace na dosažení stanovených cílů. Poskytuje nám pozitivní zpětnou vazbu o naší práci. Napomáhá nám zjistit, jak dalece jsme dospěli k cíli, a usnadňuje rozhodování o dalších jednáních. Hodnocení a posouzení stavu nemocného je nezbytné k ucelení informací z ošetrovatelské dokumentace v konkrétním čase (23, 27).

Průběžně hodnotí efekt péče každý z ošetrovatelského týmu, soustavně by měla hodnotit poskytovanou péči především sestra, která ji pacientovi naplánovala. Při hodnocení si také všímáme, do jaké míry se na účinnosti poskytnuté péče podílel pacient nebo někdo z rodiny. Hodnocení provádí i pacient, jak on sám subjektivně vnímá dosažení cílů a může ještě udělat pro případné zlepšení. Na konci hodnocení dochází na základě jeho výsledků k úpravě ošetrovatelského plánu. Zachycuje všechny informace o jeho stavu z pohledu sestry. Ošetrovatelské hodnocení může mít různou formu a může být rozděleno do několika oblastí – např.: dýchání, vědomí, fyziologické funkce, bolest, výživa, vyprazdňování, soběstačnost, vzhled kůže a riziko infekce, kde sestra hodnotí v jednotlivých oblastech fyziologii nebo popisuje změny a patologii stavu pacienta. Forma, kdy sestra vypíše všechny informace, je časově náročnější a nemusí být úplné, a proto se dneska přistupuje spíše k možnosti zaškrtnutí. Souhrnné hodnocení provádí sestra v případě, že pacienta překládá na jiné

oddělení, nebo do domácího ošetření. Závěrečné hodnocení má obsahovat ošetřovatelský souhrn s nejdůležitějšími problémy pacienta a přehled dlouhodobých cílů, na co se zaměřit. Ošetřovatelské hodnocení je zpravidla součástí překladové nebo propouštěcí zprávy (23).

1.3.4.5 Další složky ošetřovatelské dokumentace

Postupně dochází k vytváření dalších potřebných součástí ošetřovatelské dokumentace. Patří sem podepsané formuláře v souvislosti s přijetím pacienta do zdravotnického zařízení a seznámením s potřebnými informacemi – jedná se o informované souhlasy. Záznamy sledující konkrétní rizika a opatření proti těmto rizikům jsou prováděny do plánu péče o dekubity, plánu péče o rány, nutričního záznamu nebo hodnocení bolesti. Pokud chceme zapsat další důležité informace o fyzickém stavu pacienta jako je teplota, váha, odchod stolice, glykémie, bilance tekutin atd. můžeme k tomu mít další odpovídající formuláře. Další složku ošetřovatelské dokumentace může tvořit tzv. edukační záznam, kde se uvádí výuka pacienta v určité metodě např. aplikace léku nebo zdravotnického materiálu a používání zdravotnických pomůcek (18, 47).

1.3.4.6 Překladová a propouštěcí ošetřovatelská zpráva

Při překladu pacienta do jiného zdravotnického zařízení nebo při překladu mezi jednotlivými odděleními v rámci nemocnice se vypisuje překladová ošetřovatelská zpráva. Zpráva pak obsahuje aktuální a potenciální problémy pacienta, které sestra vyplňuje zaškrťovací metodou, ale má možnost se i vyjádřit slovně. Zapisuje všechny základní informace, které získala během ošetřovatelské péče u pacienta a jeho aktuální údaje o zdravotním stavu, důležité jsou alergie, schopnost sebezpečí, kompenzační pomůcky, stravování, vyprazdňování, poslední podaná terapie, uložení cenností a věcí atd. Zaznamenané informace sestra stvrzuje datem a svým podpisem (32, 34, 37).

Propouštěcí příp. překladová ošetřovatelská zpráva je součástí ošetřovatelské dokumentace podle vyhlášky o zdravotnické dokumentaci a musí obsahovat náležitosti dle části 11 přílohy č. 1 této vyhlášky (66).

Propouštěcí ošetřovatelská zpráva se píše při propouštění pacienta do péče jiné instituce nebo osoby, která se o pacienta bude dále starat. Součástí hodnocení

je jednak ošetřovatelský souhrn, který informuje příští sestru (rodinu, pečovatelskou službu apod.) o nejdůležitějších ošetřovatelských problémech pacienta a přehled dlouhodobých cílů, na které je potřeba se zaměřit. V dnešní době se nemusí vypracovávat samostatná ošetřovatelská zpráva, pokud je o propuštění pacienta z ústavní péče udělána standardní propouštěcí lékařská zpráva s informací o ošetřovatelské péči (18, 59, 32, 66).

1.3.5 Formy ošetřovatelské dokumentace

Podle ust. § 67b zákona o péči o zdraví lidu musí být údaje obsažené v ošetřovatelské dokumentaci vedeny v listinné formě nebo v elektronické formě. Na záznamových nosičích pak mohou být v textové, grafické nebo audiovizuální podobě. V současné době je listinná forma vedení této dokumentace nejrozšířenější. Zdravotnická zařízení postupně přecházejí na formu elektronickou, která je přínosná v úspoře času i svým praktickým využitím a více individuálním zpracováním problému u pacienta (22, 44).

1.3.5.1 Listinná forma

Je tvořena komplexním souborem různých předtištěných záznamů (listů), z nichž každý slouží jinému účelu a dohromady vytvářejí celkový informační soubor o jednotlivém pacientovi. Z těchto důvodů některé firmy dnes připravují zdravotnickou dokumentaci včetně ošetřovatelské. Jednotlivé části souboru tvoří např.: anamnézu, rehabilitaci, edukaci, plán péče, hodnocení péče atd. I když je tato dokumentace jednotná, výrobce je schopen reagovat na přání jednotlivých pracovišť a částečně jí upravit, aby vyhovovala konkrétním potřebám. Proto existuje snaha o formalizaci ošetřovatelských záznamů. Tím se rozumí, že každý dokument je připraven tak, že sestra při jeho vyplňování vybírá z předem daných možností. To slouží jednak pro urychlení vyplňování záznamů, tak pro standardizaci plánů, které jsou vypracované pro jednotlivé ošetřovatelské diagnózy. Sestra má již plán předepsán a pouze doplní individuální specifika svého pacienta. Tento způsob práce s dokumentací velmi šetří čas, ale je samozřejmě finančně nákladný. Proto některá pracoviště si vytvářejí vlastní dokumentaci, to ale vyžaduje určitý čas navíc (18, 22).

1.3.5.2 Elektronická forma

Dnes už běžně najdeme počítače na jednotlivých odděleních, kde jsou součástí činností a práce zdravotnických pracovníků, tím i sester. Bohužel, ještě nejsou často využívány na vytváření ošetrovatelského plánu péče, doplňování průběžně zjištěných informací a hodnocení potřeb. Takový způsob by výrazně zjednodušil práci sestry. Uvedená aplikace odstraňuje potřebu vyplňovat více listů, protože je možné informace shlédnout na obrazovce počítače nebo vytisknout aktuální verzi. Díky kompletní péči může sestra připravit pacientovi propouštěcí zprávu během chvilky. Navíc všechny informace urychlí plánování individuální péče o pacienta a záznamy jsou k dispozici i řídicím pracovníkům např.: manažerům, kteří informace využívají na lepší organizaci celých odděleních (18, 54, 67).

Současné platné právní předpisy připouští vést zdravotnickou resp. ošetrovatelskou dokumentaci v elektronické podobě, tzn. zapisovat ji na paměťové médium výpočetní techniky. Zákon o péči o zdraví lidu dále stanovuje v ust. § 67b odst. 7 podmínky, pokud se zdravotnické zařízení rozhodne vést dokumentaci pouze v této formě. Splnit všechny tyto podmínky může být ovšem pro zdravotnická zařízení velmi složité a mnohdy i z ekonomických důvodů nemožné (67).

Mnohé nemocnice považují za svůj cíl stav, kdy by nemocnice byla úplně bez papírů. Stěží si lze představit nemocnici, kde nefunguje alespoň v nějaké podobě informační systém inteligentní elektronické zdravotnické dokumentace, který je však využíván pouze jako sekundární forma dokumentace, která urychluje proces vyhledávání a samotného provedení záznamu. V takovém případě však nejsou záznamy do elektronické dokumentace považovány za plnohodnotné. Každý zápis se musí vytisknout a zařadit k ostatním listům daného pacienta, nutností je datum a vlastnoruční podpis. Výlučně elektronická dokumentace by musela splňovat všechny podmínky stanovené zákonem o péči o zdraví lidu v §67b. Jednou z těchto podmínek je, že každý záznam musí být opatřen zaručeným elektronickým podpisem osoby, která zápis provedla, podle zvláštního právního předpisu, kterým se rozumí zákon č. 227/2000 Sb., o elektronickém podpisu a o změně některých dalších zákonů (zákon o elektronickém podpisu).

V daném případě by musel být zdravotnický pracovník držitelem prostředku pro vytváření elektronických podpisů (18, 67, 74).

1.3.5.3 Fotodokumentace

Je to druh dokumentace, kterou zákon o péči o zdraví lidu povoluje a praxe akceptuje zejména proto, že má velkou vypovídající schopnost. Zaznamenává objektivně zjištěné skutečnosti a informuje průkazně a pravdivě. Užívá se hlavně u dekubitů, kdy tento způsob ukazuje vývoj a úspěšné hojení dekubitů. Dokládá kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Používá se u hojení bércových vředů, popálenin nebo sekundárně hojících se ran. Je nutná jako důkaz při podezření na syndrom týrání dítěte, které je hlášeno Policii ČR (35, 37).

Fotodokumentace má být prováděna za dodržování všech norem etiky s ohledem na zdravotní stav pacienta (35, 37).

1.4 Specifika ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu, který ji do určité míry ovlivňuje a utváří její rámeček. Ošetrovatelské diagnózy, klasifikace ošetrovatelských intervencí – Nursing Interventions Classification (NIC) a klasifikace výsledků ošetrovatelské péče – Nursing Outcomes Classification (NOC) mají sloužit k lepšímu předávání přesných informací o pacientech mezi různými zdravotnickými zařízeními a zároveň standardizovat ošetrovatelskou péči a její dokumentování. K tomu může být více nápomocný nemocniční informační systém, jako ucelený zdroj veškerých informací o pacientovi a jeho dokumentování (13, 45).

1.4.1 Ošetrovatelská dokumentace jako podmínka ošetrovatelského procesu

Aby ošetrovatelský proces nezůstal pouhou teorií a měl význam, aplikuje se do praxe. Ve formě jednotlivých fází se projeví v dokumentaci. První bod procesu se uplatní při vyplňování ošetrovatelské anamnézy. Začíná zhodnocením. To zahrnuje sběr, ověřování a třídění údajů o pacientově stavu. Zhodnocení svého pacienta sestře pomůže zvolit vhodný způsob ošetrování. Důležité je mít dostatek informací a to nejen z hlediska pacientova aktuálního stavu, ale i vědět předchozí situaci v sociální oblasti nebo charakteristiku jeho osobnosti ve vztahu ke zdraví a

nemoci. Tyto údaje mohou být objektivní nebo subjektivní a jsou závislé na zručnost v pozorování, komunikaci, vedení rozhovoru a fyzikálním vyšetření. K získávání informací by měla sestra využívat všech dostupných zdrojů, a to především samotného pacienta, jeho dokumentaci, příbuzné nebo jiné členy zdravotnického týmu, popřípadě i jiné nemocné. Teprve na základě kompletnosti informací si může sestra udělat celkový a správný obraz o pacientovi (1, 10, 17, 23, 26).

Druhá a třetí fáze ošetrovatelského procesu se pak projeví v plánu péče. Po zhodnocení následuje diagnostika. To je myšlenkový proces, kdy výsledkem diagnostického závěru je sesterská diagnóza. Sesterská diagnóza je závěr o potenciálním či skutečném narušení zdravotního stavu pacienta. Samozřejmým, i když nevysloveným je v diagnóze pacientem přijatý fakt, že sestry jsou oprávněné a schopné vést péči. V této fázi sestra třídí a seskupuje údaje. Zjišťuje skutečné a potencionální zdravotní problémy, co přispívá k těmto problémům a do jaké míry vyžadují pomoc sestry. Výsledky zjištění jsou jádrem sesterské diagnózy a procesu, který se využívá pro její stanovení. Nezbytná je analýza veškerých získaných údajů. Snažíme se individualizovat problém a identifikovat ošetrovatelskou diagnózu. Rozlišujeme aktuální zdravotní problém, ten, který v současnosti existuje, a potencionální zdravotní problém, jenž spočívá ve výskytu rizikových faktorů, které mohou vyvolat u jednotlivce nebo rodiny zdravotní potíže. Připojením příčiny vzniku a příznaků problému, který se onemocnění projevuje u konkrétního pacienta, standardní ošetrovatelské diagnózy individualizujeme. Diagnózy mohou být rozděleny do různých oblastí podle fyzických systémů více v kapitole 1.4.2.1 ošetrovatelské diagnózy (1, 4, 10, 23, 26).

Po stanovení diagnózy následuje plánování. Plánování zahrnuje sérii kroků, v kterých si sestra a pacient vytyčují priority, zaznamenávají cíle a očekávané výsledky. Zakládají písemný plán péče na odstranění nebo zmenšení zjištěných problémů pacienta a koordinují péči poskytovanou všemi členy zdravotnického týmu. Ve spolupráci s pacientem sestra stanoví zásahy specifické pro každou sesterskou diagnózu (1, 10, 23, 26).

Čtvrtá fáze procesu je realizace ošetrovatelské péče. I během této fáze sestra neustále shromažďuje údaje, vykonává naplánované ošetrovatelské činnosti a určuje péči pro danou osobu a nakonec schvaluje plán péče. Pokračující sběr dat

je významný nejen z hlediska sledování průběžných změn pacientova stavu, ale i pro vyhodnocování dosažených vytyčených cílů. Při schvalování plánu sestra hodnotí, jestli se respektovaly pacientovi priority, jsou-li plánované ošetrovatelské činnosti realistické a pomáhají pacientovi dosáhnout žádoucích výsledků a cílů a jestli je plán individualizovaný (1, 10, 23, 26).

Pátá fáze se projeví hodnocením ošetrovatelské péče a je nedílnou fází vyhodnocení úspěšnosti ošetrovatelského procesu. Jde o posouzení pacientovi reakce na ošetrovatelské zásahy a porovnání se stanovenými normami, které jsou výslednými kritérii. Sestra zjišťuje rozsah tohoto cíle, jestli se splnil, částečně splnil nebo nesplnil vůbec. Pokud se vůbec nepodařilo uspět je třeba plán péče přepracovat. Tato změna se může týkat kterékoliv z předcházejících fází ošetrovatelského procesu. Tyto fáze se opakují a přizpůsobují aktuální situaci a stavu pacienta (1, 10, 23, 26).

Lze ho aplikovat na jednotlivci každého věku, na skupiny i společenstva. Pět fází ošetrovatelského procesu nejsou oddělené jednotky, ale překrývají se a jsou to kontinuální subprocesy. Podobně jako zdraví člověka není nikdy statické, ale ustavičně se mění, ošetrovatelský proces, který se odvíjí od pacientova zdraví je také dynamický. Umožňuje individuální přístup ke každému pacientovi a podle toho by měla být i sestavena ošetrovatelská dokumentace (1, 12, 42, 23, 26).

1.4.2 Klasifikace ošetrovatelských diagnóz, intervencí a výsledků

V roce 1997 bylo započato propojení výsledků tří klasifikací – NANDA, klasifikace ošetrovatelských intervencí (NIC) a klasifikace ošetrovatelských cílů (NOC). Společným záměrem představitelů těchto klasifikací je poskytnout ošetrovatelské praxi úplný systém klasifikace (13, 45).

1.4.2.1 Ošetrovatelské diagnózy

Ujednacení ošetrovatelských diagnóz by mělo přispět k lepšímu předávání přesných informací o pacientech mezi různými zdravotnickými zařízeními po celé České republice nebo mezi státy. To by mělo probíhat pomocí zápisů konkrétních diagnóz do ošetrovatelské dokumentace. V České republice se používá několik typů ošetrovatelských diagnóz. Rozdělujeme je na jednosložkové, dvousložkové a třísložkové, které nám slouží k definování pacientova problému. NANDA –

Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy je profesionální organizace sester pro standardizaci sesterské terminologie. NANDA taxonomie má za úkol uspořádat ošetřovatelské diagnózy podle určitého principu a cílem je vytvořit standardní a jednotné názvy (6, 13, 38, 48).

V České republice se začala zavádět NANDA taxonomie II od roku 2005. Pro použití v českém zdravotnictví bylo nutné tuto taxonomii přizpůsobit našim poměrům – způsobu ošetřování, ekonomice, personálu, pacientům, léčebným metodám apod. NANDA taxonomie II vychází z funkčních vzorců Major Gordonové. Obsahuje 13 diagnostických domén, kterými jsou podpora zdraví, výživa, vylučování a výměna, aktivita a odpočinek, percepce a kognice, sebepercepce, vztahy mezi rolemi, sexualita, zvládání a tolerance zátěže, životní principy, bezpečnost a ochrana, komfort a poslední je růst a vývoj. Každá z těchto domén se dále větví na diagnostické třídy. Diagnostické třídy již obsahují ošetřovatelské diagnózy včetně jejich číselných kódů. Cílem klasifikace je poskytnout pro ošetřovatelskou praxi komplexní systém klasifikace ošetřovatelských fenoménů. Výhodou je, že taxonomii lze použít ve všech oborech ošetřovatelství od neonatologie přes intenzivní péči až po geriatrii. Proto je v době navyšování nákladů a praxe založené na důkazech klíčová pro sestry v roli klasifikování, vyjasňování a dokumentování jevů, což je jejich profesním základem (6, 8, 48, 56, 57).

1.4.2.2 Ošetřovatelské intervence a výsledky

S vývojem ošetřovatelská terminologie a informatiky došlo k vyvíjení odborného seskupení, která obsahují standardizovanou nabídku ošetřovatelských diagnóz vytvářenou NANDA (6, 48).

NIC definuje intervencijako „*ošetření, které se zakládá na diagnostickém závěru sester a které se poskytuje ve prospěch dosažených výsledků klienta*“. Rozsáhlý soubor ošetřovatelských intervencí má širší význam. Jde o název okruhu péče, pod který spadají konkrétní ošetřovatelské činnosti užívaných k řešení dané ošetřovatelské diagnózy. Každá intervence má svoji definici a je z důvodu přesnosti zpracování dokumentovaných dat o ošetřovatelské praxi označena kódem. Dále systém NIC nabízí dvě kategorie intervencí, kdy mezi přímé intervence jsou zařazeny – fyziologické, psychosociální, léčebné,

preventivní a interpretace na podporu zdraví a mezi intervence nepřímé ošetrovatelské péče, které vycházejí převážně z ordinace lékaře, kdy příkladem je podávání léčiv per os (13).

Vyhodnocení ošetrovatelské péče se prováděno na podkladě klasifikace NOC. Je zevrubnou klasifikací, která je vyvíjena pro vyhodnocování efektu výsledků ošetrovatelské péče a výsledek je definován jako: „*měřitelný stav, měřitelné chování nebo vnímání jednotlivce, rodiny nebo kontinuity, který je dlouhodobě a kontinuálně sledován a který citlivě reaguje na intervence*“. Každý z NOC výsledků zahrnuje nabídku indikátorů péče s hodnocením pomocí doporučených škál. Užití škál jsme schopni specifikovat míru změny mnoha částí ošetrovatelských problémů klienta v průběhu péče (13).

Standardizované výsledky jsou aplikovatelné také v elektronické ošetrovatelské dokumentaci, jež má být součástí klinických informačních systémů. V nich je pak možné dohledávat a vyhodnocovat efektivitu konaných intervencí a činností pro splnění cíle (13).

1.4.3 Informační systémy v ošetrovatelství

Informační systémy jsou dalším specifikem, které úzce souvisí s ošetrovatelskou dokumentací. Velký počet dostupných informací a možnost přístupu k nim je základním předpokladem k tomu, aby potřebné informace byly využity ve prospěch pacienta. Kvalita a rozsah využívání klinických informací proto zásadním způsobem rozhodují o kvalitě péče, která je poskytovaná pacientovi. Znamená to, že možnost přístupu k informacím je prioritní (2, 30).

Nemocniční informační systém (NIS), zpracovává velmi rozsáhlé množství důležitých dat, proto je většinou rozdělen do několika modulů. Zahrnují nejen záznamy o pacientovi, kde zachycují vývoj jeho zdravotního stavu, výsledky vyšetření, údaje o léčbě, ale může zahrnovat i automatizované monitorování stavu nemocného. Přínosem je i kontrola kvality poskytované péče, administrativní náplň práce, statistické údaje cenné pro výzkum a nebo řízení finančních operací. Formálně jednotná struktura se dotýká nejen chorobopisů, ale také dalších informací včetně laboratorních výsledků nebo popisů rentgenového snímku atd. Z toho vyplývá, že se pozornost se zaměřuje více na pacienta a shromažďuje všechny potřebné informace. Proto jsou kladeny vysoké nároky

na dodavatele informačních systémů, kterých je v České republice několik (např.: STAPRO s.r.o. nebo Medicalc software s.r.o.) (2, 30).

Nemocniční informační systém umožňuje sjednocení dokumentace ve formě souborů, kdy umožňuje uchovávání, přenos nebo prezentaci potřebných informací (2).

NIS a tím i jednotlivé moduly se neustále vyvíjejí a zdokonalují a základě podnětů uživatelů, kteří jednotlivé informační systémy užívají. Jedním důvodem může být i vytvoření přehledné zdravotnické dokumentace v elektronické podobě, kde by součástí byla i ošetrovatelská dokumentace s možností individualizovaného přístupu a zachycení všech potřebných informací o pacientovi. Další výhody mohou být např.: jednotná standardní terminologie, změny v dokumentaci nemohou být smazány a snadno lze dohledat kdy a kdo zápis provedl nebo perfektní jednotná dokumentace kožních defektů využitím digitálních fotografií (41, 45).

1.5 Specifika ošetrovatelské dokumentace na jednotkách intenzivní péče

Dokumentace může mít s ohledem na konkrétní oddělení zdravotnického zařízení několik odlišností. Např. na jednotce intenzivní péče má ošetrovatelská dokumentace kromě základních částí i další, kde jsou zaznamenávány hodnoty fyziologických funkcí, dále je zde daleko častěji měněná ordinovaná terapie a stanovena nová vyšetření a výkony, také je zde podrobněji uváděn příjem a výdej tekutin a jiných průběžně sledovaných veličin, podle vývoje závažného stavu. Vzhledem k těžkému až život ohrožujícímu stavu pacienta, který se rychle mění a dochází k nečekaným změnám, se musí i průběžně hodnotit a upravovat záznam ošetrovatelská péče dle aktuální situace. Provádí se i zápisy o zavedených invazivních vstupech, jako je sonda, drény nebo katetry, o místě a datu zavedení i další ošetření. Pacient je daleko více ohrožen určitými rizikovými faktory např.: imobilizačním syndromem, rizikem pádu nebo rizikem dekubitů. Z těchto důvodů děláme různé opatření a jedním je i hodnocení daných rizik. Pokud došlo ke vzniku rizik, zavádíme další formulář o hodnocení problému, průběhu a postupu řešení. Pacient je větší mírou odkázán na sestry, protože je méně soběstačný, dochází často k nežádoucím účinkům podávaných léků, zhoršení

vědomí, imobilizačnímu syndromu. Péče o pacienty na JIP se často neobejde bez různých a důležitých přístrojů. To všechno má vliv na celkový stav pacienty, jeho péči včetně vlivu na ošetrovatelskou dokumentaci (7, 37, 40, 42).

1.5.1 Příjmová zpráva na jednotce intenzivní péče

Při přijetí pacienta na oddělení intenzivní péče je povinností sestry sepsat příjmovou zprávu, která se liší od standardních oddělení. Měla by obsahovat co nejvíce informací o pacientovi, ale ti jsou často v bezvědomí nebo v akutním až život ohrožujícím stavu. Proto se sestra zaměřuje na zjištění údajů, které bezprostředně souvisí s fyziologickými funkcemi a projevy onemocnění popřípadě úrazu. Později se snaží získat potřebné údaje od rodinných příslušníků, které by napomohly více zkvalitnit péči a předejít budoucím problémům. Jedním z nejdůležitějších je vědět, jestli pacient netrpí alergií, přidruženými chorobami, chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením a jestli pacient užívá v současné době nějaké léky. Příjmová zpráva by měla být sepsána co nejdříve, nejpozději však do 24 hodin od příjmu pacienta (32, 37).

1.5.2 Monitorování pacienta

Monitorování resp. monitoring je trvalé sledování pacienta a to je nejdůležitější složkou intenzivní péče, rozumíme tím hlídání celkového zdravotního stavu. Monitorování se dá provádět bez pomůcek při rozhovoru s pacientem, pohledem, poslechem nebo pohmatem. Druhou možností je používání přístrojové techniky a tím jsou čidla, tonometry, teploměry, glukometry a monitory. Hlavní úkoly sestry jsou posuzování vzhledu, chování a verbálního a neverbálního projevu pacienta, pak sledování a vyhodnocování hodnot vitálních funkcí s informováním lékaře při zhoršení a zaznamenat všechno do ošetrovatelské dokumentace. Výhodou je do určité míry samostatnost přístrojové techniky a upozornění v okamžiku, kdy se zdá být něco v nepořádku. Negativa u monitorování budou vždy, a proto musí sestra znát a bezpečně ovládat přístrojovou techniku, aby se co nejvíce těmto věcem předcházelo. Patří mezi ně nepřesná měření, artefakty, nepohodlí pacienta a zvýšení nákladů. Pohotová orientace s klinickou zkušeností je předpokladem správných postupů a proto zkušená a pečlivá sestra je stále nejlepší monitor (7, 8, 27, 51, 32, 62).

Základní formulář pro sledování stavu a vitálních funkcí se v různých nemocnicích může lišit v jeho názvu. Vzhled a záznamy jsou z větší části stejné. Formulář má předtištěné kolonky k záznamu monitorování v rozdílných oblastech a systémech. U respiračního systému se rozlišuje spontánní ventilace od umělé plicní ventilace, kdy za pacienta dýchá přístroj. U spontánní ventilace se zaznamenává do dokumentace dechová frekvence a hodnoty pulzní oxymetrie, zatímco při umělé plicní ventilaci se zaznamenávají i další parametry a hodnota kapnometrie. Při monitoringu kardiovaskulárního systému pomocí elektrokardiogramu se sleduje a zaznamenávají srdeční frekvence včetně detekce arytmií, hodnoty krevního tlaku s využitím měření přes manžetu nebo invazivně přes arteriální katetr a další hemodynamické parametry, jako centrální žilní tlak informující o intravaskulárním objemu pacienta, důležitý při podávání tekutin parenterální cestou. Při sledování centrálního nervového systému se do dokumentace uvádí hodnocení vědomí za pomoci Glasgowské stupnice hloubky bezvědomí (GCS), reakce, velikosti a souměrnost zornic nebo hodnoty nitrolebního tlaku. Do dokumentace se dále zaznamenávají ještě další parametry potřebné pro zhodnocení celkového stavu pacienta, jako je bilance tekutin, u které sestra hodnotí a zapisuje přesný příjem a výdej tekutin, který se vypočítává po 6, 12, 24 hodinách. Příjem tekutin může být per os, sondou, parenterálními roztoky a výdej je hodinová diuréza a odpady ze sondy. Odečtením od sebe zjistíme bilanci tekutin za určité období a po odečtení ještě všech odpadů z drénů dostaneme celkovou bilanci. Nakonec ještě do dokumentace zapisujeme hodnotu tělesné teploty, podávaných kontinuálních léků včetně úpravy jejich rychlostí nebo prodělaná vyšetření, konzilia a zákroky (8, 24, 27, 32, 51, 62).

Pečlivé záznamy o všem nám dávají rychle dostatečný přehled o pacientovi (51).

1.5.3 Příklad z praxe: Změna ošetrovatelské dokumentace pro jednotky intenzivní péče a anesteziologicko resuscitační oddělení v ÚVN

S ohledem na své osobní zkušenosti z ÚVN, kde v nedávné době došlo ke změně resp. úpravě ošetrovatelské dokumentace, na které jsem se i částečně podílela, uvádím všechny následující informace o tomto procesu a jeho výsledku.

1.5.3.1 Popis oddělení včetně stávajícího stavu dokumentace

Intenzivní péče a anesteziologicko resuscitační péče jsou oddělení, kde jsou léčeni pacienti s ohrožením nebo selháním základních životních funkcí a stavy s nutností intenzivního sledování jejich vitálních funkcí. Jedná se o moderní pracoviště, aplikující zde terapeutické metody a postupy v intenzivní péči.

Během roku 2009 se řešila změna dokumentace pro oddělení JIP a ARO v ÚVN. Hlavní důvodem bylo zjednodušit současný plán péče a hodnocení, které bylo nutné vypisovat celé ručně. Plán péče měl celkem 18 ošetrovatelských diagnóz s obecnými cíli péče a základním plánem ošetrovatelské péče. Požadavkem byla individualizace plánu péče, aby zaznamenal měnící se situaci pacienta. Snahou bylo vytvořit dokumentaci tak, aby zachycovala pacienta komplexně a průběžně s ohledem na často měnící se jeho stav, dále aby vycházela z terapeutického plánu lékaře, a aby se mohla využívat na různých odděleních intenzivní péče.

1.5.3.2 Průběh a popis změn dokumentace

Během března 2009 dostali zdravotní pracovníci zprávu, že se mohou účastnit schůzky, která bude probíhat začátkem dubna na našem oddělení ohledně změny na ošetrovatelské dokumentaci pro intenzivní péči. Velmi mne zaujalo, že se mohla účastnit každá sestra a tím i přinést nový pohled na daný problém. Během schůzky jsme probírali, co je na stávající dokumentaci nevyhovující a jak by se měla ošetrovatelská dokumentace upravit. Diskuze proběhla i s různými návrhy. Prvním návrhem bylo formulář rozdělit vertikálně na polovinu, kde jedna část by byla pro záznam lékaře a druhá část sloužila na rozpracování ošetrovatelského plánu a hodnocení sestře. Tento návrh nevyhovoval, protože ÚVN má jednotlivé části ošetrovatelské dokumentace na samostatných formulářích a tato navrhovaná možnost by narušila zavedený systém zdravotnické dokumentace jako celku. Druhým návrhem bylo stanovení okruhů podle oblastí, které do určité míry i kopírují popis stavu pacienta od lékaře. Stanovili jsme okruhy a domluvili se na jednotlivých ošetrovatelských problémech, které budou obsahovat. Přehled cílů a plán péče byl později upraven tak, aby jeho forma byla srozumitelná i s ohledem na nově začínající sestry případně sestry přecházející z jiného oddělení.

Snažila jsem se ošetrovatelskou dokumentaci zpracovat tak, aby měla domluvené okruhy ošetrovatelských problémů, cíle a plán péče. Svůj návrh jsem předložila na projednání s hlavní sestrou Bc. Lenkou Gutovou. Určité změny se ještě musely udělat a po jejich provedení byla dokumentace dána na oddělení k pilotnímu výzkumu. Příkládám jako ukázkou v příloze č. 1.

Ošetrovatelská dokumentace byla upravena tak, že ošetrovatelský plán a hodnocení péče obsahuje pouze 9 okruhů stanovených problémů. Ošetrovatelský plán dále obsahuje cíle a intervence, tzn. co se u pacienta plánuje provádět, hodnocení prováděné jednou za 24 hod. podle aktuálního stavu pacienta a dále také i záznamy o změnách v ošetrovatelské péči. Nakonec bylo přidáno i týdenní zhodnocení plánu péče.

Hodnocení ošetrovatelské dokumentace upravené do 9 stejných okruhů bylo navrženo tak, že záznam může být proveden pomocí výběru z uvedených možností nebo je možnost vypsát důležité změny ručně. Jeden formulář slouží pro záznam denní a noční směny.

Samozřejmě, každý formulář má na horní části místo pro identifikační štítek pacienta, označení listu číslem a označení nemocnice.

Takto upravená dokumentace je podle mého názoru přehledná, a to zejména proto, že důležité věci jsou vypsány a sestra na ně nemůže zapomenout. Urychlí to samostatné zpracování ošetrovatelské dokumentace, avšak pokud chce sestra doplnit něco důležitého, má i tuto možnost. Tím se i zmenšuje riziko špatně čitelného písma nebo gramatických chyb. Pokud spojíme ošetrovatelskou anamnézu, plán péče, realizaci a hodnocení, měli bychom získat celkový obraz o stavu pacienta. Ostatní záznamy, jako například hodnocení bolesti, slouží k doplnění dalších informací. Ošetrovatelská dokumentace byla ještě graficky a obsahově poupravena. Definitivní verzi příkládám jako přílohy č. 2 a 3. Na každé ošetrovatelské dokumentaci je stále co zlepšovat a já jsem ráda, že jsem se na celém procesu mohla podílet.

1.5.3.3 Kontrola zdravotnické dokumentace v ÚVN

Za kontrolu uzavřené dokumentace jsou odpovědní primáři a vrchní sestry. Kontrola zdravotnické dokumentace se provádí dle stanovených kontrolních kritérií. Auditoři provádí měsíčně kontrolu 6 chorobopisů z každého oddělení

ÚVN Praha. Kontrola se provádí u chorobopisů, které jsou připraveny k odeslání do centrálního nemocničního archivu. Chorobopisy jsou zapůjčeny z kanceláře oddělení. Převzetí dokumentace je potvrzeno na předávajícím protokolu. Po provedení kontroly jsou chorobopisy vráceny do kanceláře oddělení. Záznam o kontrole dokumentace zasílají auditoři elektronicky na Oddělení řízení kvality zdravotní péče (OŘKZP), kopii obdrží vedoucí pracovníci daného oddělení. OŘKZP statisticky zpracovává data a ta jsou jednou ročně prezentována vedoucím pracovníkům. Výsledky kontrol analyzuje OŘKZP.

1.5.3.4 Používání zkratk ve zdravotnické dokumentaci v ÚVN

Ve veškeré zdravotnické dokumentaci je povoleno používat pouze zkratky, uvedené v Seznamu zkratk používaných v ÚVN, kteří tvoří přílohu č. 3 Směrnice ředitele č. 3/2004. (Z důvodu velikosti přílohy - Seznam zkratk není uveden v příloze diplomové práce.) Dále se mohou používat obecně uznávané zkratky pro Českou republiku.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle práce a hypotézy

Výzkum si klade za cíl upozornit na znalosti sester ohledně ošetrovatelské dokumentace a poukázat na určité případné nedostatky. Na základě dotazníkového šetření reflektovat názory sester na změnu ošetrovatelské dokumentace na jednotkách intenzivní péče, které jsem se aktivně účastnila.

2.1.1 Cíle

1. Zjistit, jaké je povědomí sester o ošetrovatelské dokumentaci.
2. Zjistit, zda jsou sestry spokojeny se současnou podobou ošetrovatelské dokumentace konkrétního zdravotnického zařízení.
3. Zjistit, jak sestry pracují s ošetrovatelskou dokumentací.
4. Zjistit, zda si sestry uvědomují právní dopad vedení ošetrovatelské dokumentace.

2.1.2 Hypotézy

Na základě vlastních zkušeností z praxe při používání ošetrovatelské dokumentace jsem si pro splnění cílů výzkumné části práce stanovila následující hypotézy:

1. Myslím si, že více než 50 % dotazovaných sester se setkalo s ošetrovatelskou dokumentací v rámci studia.
2. Domnívám se, že více než 80 % sester intenzivní péče bylo během nástupní praxe proškolená o ošetrovatelské dokumentaci.
3. Předpokládám, že 75 % sester intenzivní péče vyhovuje ošetrovatelská dokumentace v nemocnici konkrétního zdravotnického zařízení.
4. Myslím si, že více než 75 % sester usnadňuje současná podoba ošetrovatelské dokumentace péči o pacienta.
5. Domnívám se, že více než 90 % sester intenzivní péče pracují s ošetrovatelskou dokumentací správně v souladu s právními a vnitřními předpisy.
6. Předpokládám, že více než 50 % sester si uvědomuje právní význam vedení ošetrovatelské dokumentace.

2.2. Metodika práce

Pro výzkum bylo použito dotazníkového šetření – kvantitativního výzkumu. Jedná se o aplikovaný výzkum. Správnost odpovědí byla hodnocena u vědomostních otázek na základě údajů z odborné literatury. Sběr dat probíhal v období únor - březen 2011. Pro svůj výzkum jsem použila metodu anonymního standardizovaného dotazníku. Jde o značně používanou techniku výzkumu, která je dána souborem otázek, jež jsou předem připraveny a formulovány. Výhodou této metody je jednoznačná formulace otázek a možnost rychlého získání cenných dat pro statistické zpracování. Kromě základních údajů se dotazník skládá z 12 uzavřených, 2 otevřených a 6 polootevřených otázek. U 3 otázek mohli respondenti volit více možností, u 5 dalších pak byla dána doplňující podotázka. Výsledky jsou zpracovány graficky.

2.2.1 Výzkumný vzorek

Respondenti v mém průzkumu jsou sestry pracující v nemocnici ÚVN na oddělení ARO a JIP. Výběr respondentů byl proveden náhodně, dán především jejich ochotou vyplnit dotazník. Průzkum nebyl omezen věkem, pohlavím ani vzděláním sester. N = počet respondentů, kteří odpovídali na uvedenou otázku.

2.2.2 Návratnost dotazníkového šetření

Rozdáno bylo celkem 150 dotazníků. Řádně označených a zpět vrácených i přes dodatečné rozdání bylo 95. Jedná se o návratnost v hodnotě 63 % a nevrácených nebo nevyplněných bylo 37 %.

2.2.3 Zpracování údajů

K statistickému zpracování bylo využito aritmetického průměru, který umožňuje srovnávání jednotlivých skupin odpovědí. Místo tabulky jsem z větší části volila možnost sloupcového grafu, který je ke každé dotazníkové otázce, pro lepší znázornění jednotlivých odpovědí na konkrétních odděleních. Zde je možné nalézt číslo počtu odpovědí pro danou otázku. Pouze u otázek s více možnostmi byla zvolena tabulka. Výšečový graf vyjadřuje počty odpovědí pro danou otázku souhrnně. Oba typy grafů udávají výsledky v procentech.

2.2.4 Výsledky výzkumu

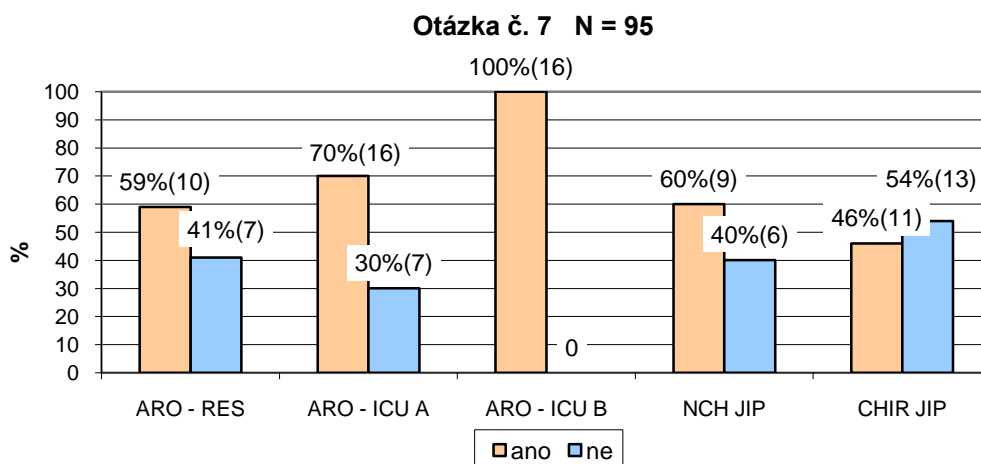
Tab. 1 Charakteristika výzkumného vzorku (otázka č. 1 – č. 6)

		ARO - RES	ARO - ICU A	ARO - ICU B	NCH JIP	CHIR JIP
dotazníky	počet	17	23	16	15	24
Věk	do 25 let	3	13	6	9	3
	26 - 30 let	10	7	10	2	5
	31 - 35 let	3	3	0	3	7
	36 - 40 let	0	0	0	0	4
	nad 40 let	1	0	0	0	4
	neuveďl	0	0	0	1	1
Pohlaví	žena	17	23	15	14	24
	muž	0	0	1	1	0
Nejvyšší dosažené vzdělání	SZŠ	7	8	3	8	18
	VOŠ	7	7	7	5	3
	VŠ - Bc.	3	4	5	2	3
	VŠ - Mgr.	0	4	1	0	0
Specializační způsobilost	ano	11	9	7	6	13
	ne	6	14	9	9	11
Délka praxe	0 -2 roky	4	7	6	6	3
	3 - 5 let	3	9	4	5	5
	6 - 10 let	8	6	6	2	9

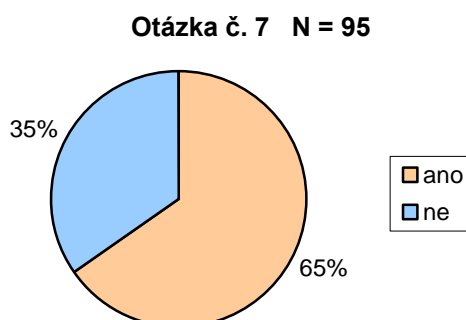
Tabulka charakterizuje 95 respondentů (100%), kteří se účastnili dotazníkového šetření na odděleních intenzivní péče, a to ARO – RES (anesteziologicko resuscitační péče – resuscitační část), ARO - ICU A (anesteziologicko resuscitační péče – jednotka intenzivní péče A), ARO – ICU B (anesteziologicko resuscitační péče – jednotka intenzivní péče B), NCH JIP (neurochirurgická jednotka intenzivní péče) a CHIR JIP (chirurgická jednotka intenzivní péče). Nejvíce byli zastoupeni respondenti ve věku do 25 let a 26 – 30let, a to 68 respondentů (72%). Nemalá část respondentů je zastoupena ve věku 36 let a více na oddělení CHIR – JIP, a to 8 respondentů (8%). Respondenty tvořilo 93 žen (98%) a 2 muži (2%). Nejčastější mají sestry vzdělání SZŠ (44 respondentů – 46%). VOŠ má 29 respondentů (31%). Vysokoškolské vzdělání má 22 respondentů (23%), z toho jich 8 (36%) pracuje na ARO – ICU A. Specializační způsobilost má téměř polovina dotázaných (46 respondentů – 52%). Nejdelší praxi mají sestry na oddělení CHIR JIP.

Otázka číslo 7: Setkali jste se s ošetrovatelskou dokumentací zpracovanou podle ošetrovatelského procesu před nástupem do ÚVN?

Graf 1 Zkušenosti s ošetrovatelskou dokumentací na jednotlivých odd.



Graf 2 Zkušenosti s ošetrovatelskou dokumentací z celkového počtu

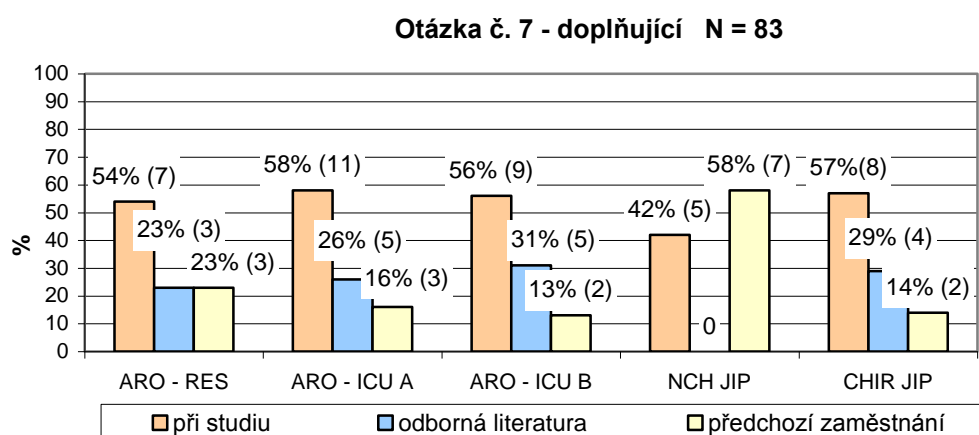


Z grafu 1 je patrné, že na všech odděleních, kromě CHIR JIP, převažují sestry, které se s ošetrovatelskou dokumentací zpracovanou podle ošetrovatelského procesu setkaly. Nejvíce pak na oddělení ARO – ICU B, a to 16 sester (100%). Na CHIR JIP převažují sestry, které se s ošetrovatelskou dokumentací v této podobě nesetkaly. Odpovědělo tak 13 sester (54%) bez zkušenosti s touto dokumentací. Souvislost může být s vyšším věkem nebo vzděláním sester, které se projevilo v charakteristice respondentů kvantitativního výzkumu.

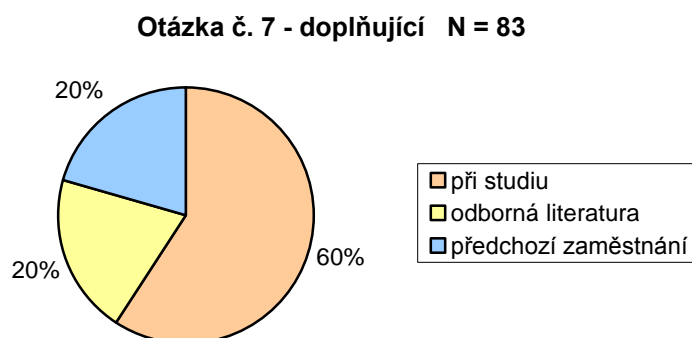
Graf 2 souhrnně zobrazuje, kolik procent respondentů se s dokumentací setkalo a kolik ne. Kladně odpovědělo 62 respondentů (65%) a 33 respondentů (35%) odpovědělo záporně.

Otázka číslo 7 – doplňující: Pokud ano, uveďte kde?

Graf 3 Zdroj informací o ošetrovatelské dokumentaci na jednotlivých odd.



Graf 4 Zdroj informací o ošetrovatelské dokumentaci z celkového počtu

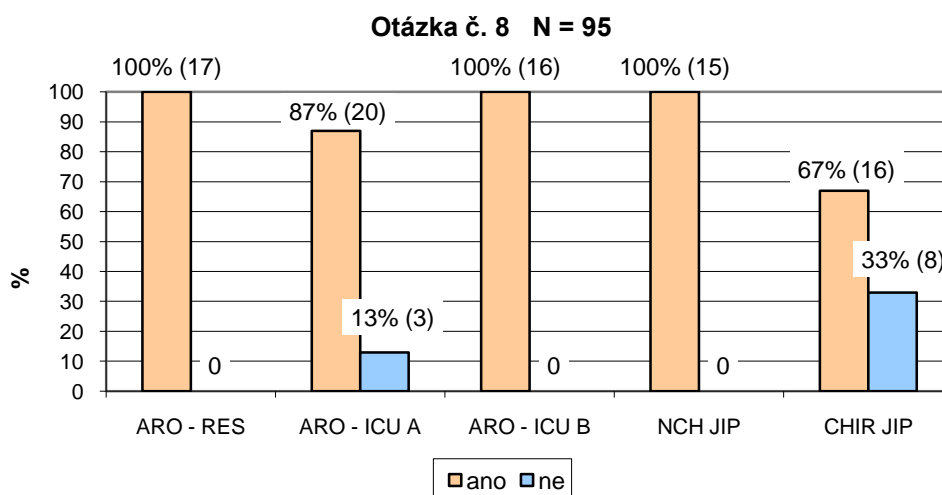


Graf 3 zachycuje zdroj informací o ošetrovatelské dokumentaci zpracované podle ošetrovatelského procesu na jednotlivých odděleních. Nejvíce sester se setkala během studia. To je patrné na oddělení ARO – ICU A, kde 11 (58%) sester tuto možnost uvedlo. Souvislost je s nejvyšší podílem sester, které mají vysokoškolské vzdělání (viz tabulka č. 1). Na NCH JIP převažuje jako zdroj informací předchozí zaměstnání, jak uvedlo 7 sester (58%).

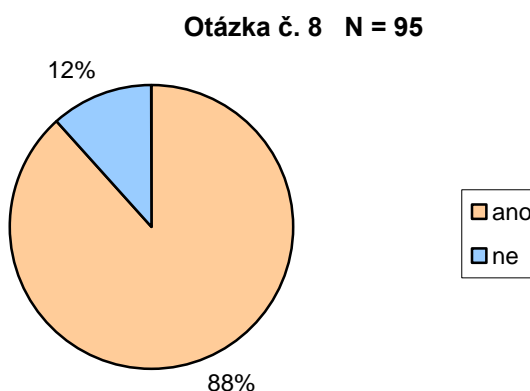
Z celkového počtu 62 kladných odpovědí uvedlo 49 sester (60%), že se nejčastěji s ošetrovatelskou dokumentací zpracovanou podle ošetrovatelskou procesu setkala během studia. 34krát (40%) sestry uvedly jako zdroj odbornou literaturu nebo předchozí zaměstnání, zde byli odpovědi vyrovnané.

Otázka číslo 8: Byli jste seznámeni během nástupní praxe s ošetrovatelskou dokumentací používanou na vašem oddělení?

Graf 5 Seznámení s dokumentací během nástupní praxe na jednotlivých odd.



Graf 6 Seznámení s dokumentací během nástupní praxe z celkového počtu

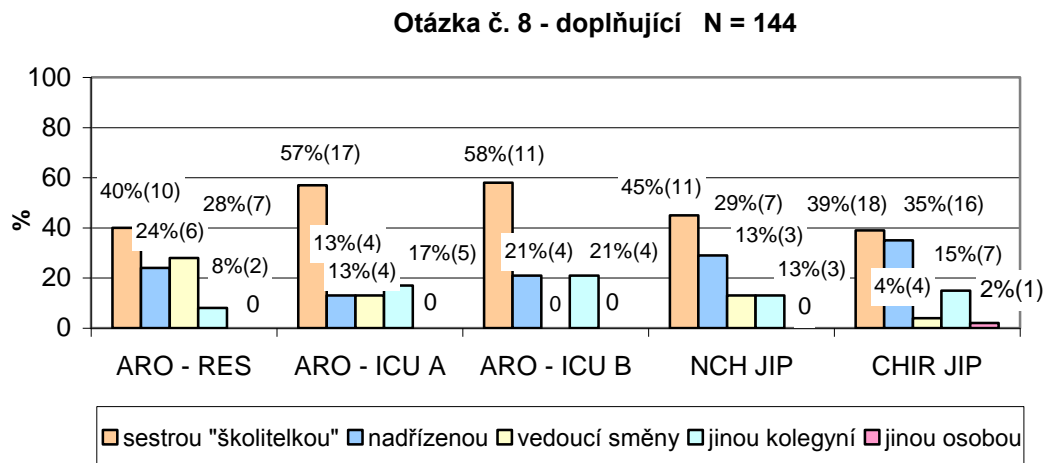


Z grafu 5 vyplývá, že 11 sester (56%) nebylo během nástupní praxe s ošetrovatelskou dokumentací používanou na jejich oddělení seznámeno. Uvádí to 8 sester (33%) na CHIR JIP a 3 sestry (3%) na oddělení ARO – ICU A. U CHIR JIP může být souvislost s délkou praxe (viz tab. č. 1), kdy si sestry již nepamatují průběh nástupní praxe, i tím, že v té době nebyla ošetrovatelská dokumentace, jak ji známe teď.

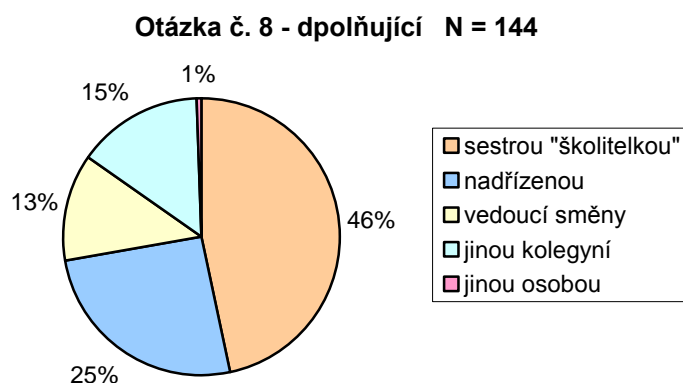
Graf 6 uvádí celkový počet odpovědí, kde 84 sester (88%) bylo proškoleny a 11 sester (12%) nebylo proškoleny.

Otázka číslo 8 – doplňující: Pokud ano, kým?

Graf 7 Školení v ošetrovateľskej dokumentácii prováděl na jednotlivých odd.



Graf 8 Školení v ošetrovateľskej dokumentácii prováděl z celkového počtu

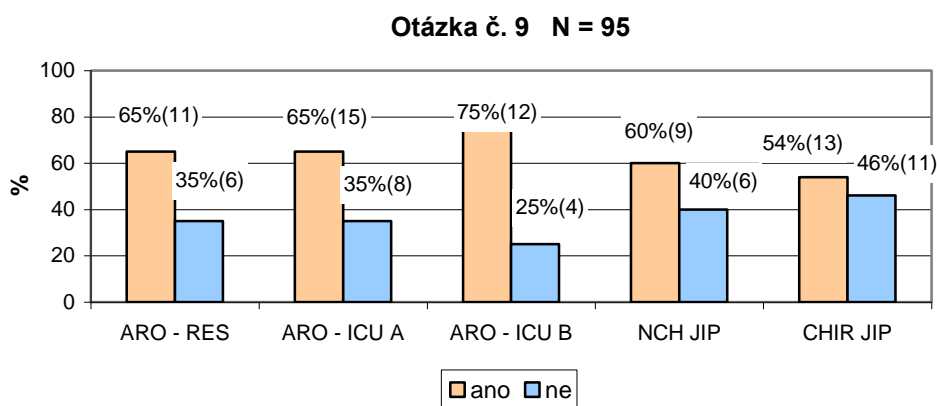


Graf 7 znázorňuje, kdo školil sestry v ošetrovateľskej dokumentácii na jednotlivých odděleních. Zajímavý je poměr počtu odpovědí na oddělení CHIR JIP, kde odpověď „školitelka“ uvedlo 18 sester (39%) a nadřízená uvedlo 16 sester (35%). Zajímavé také je, že na oddělení ARO - ICU B nikdo z respondentů nevedl vedoucí směny. U této doplňující otázky respondenti často odpovídali více možnostmi, i když tak v dotazníku vůbec nebylo uvedeno.

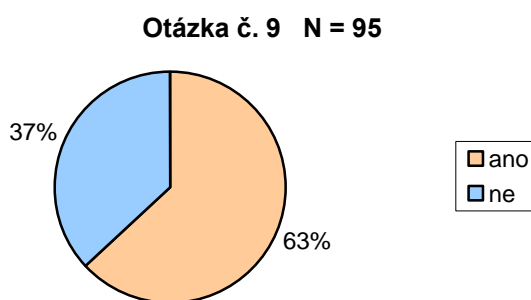
Graf 8 nám dělá celkový přehled o tom, kdo nejčastěji provádí školení během nástupní praxe v ošetrovateľskej dokumentácii. Nejčastěji byla uvedena sestra „školitelka“, a to 67krát (46 %). 37krát (25%) byla uvedena nadřízená, jiná kolegyně 21krát (15%) a vedoucí směny 18krát (13%). Jinou osobu uvedl jen 1 respondent (1%).

Otázka číslo 9: Bylo pro vás školení o ošetrovateľské dokumentaci při nástupní praxi přínosné?

Graf 9 Přínos školení o dokumentaci na jednotlivých odděleních



Graf 10 Přínos školení z celkového počtu odpovědí

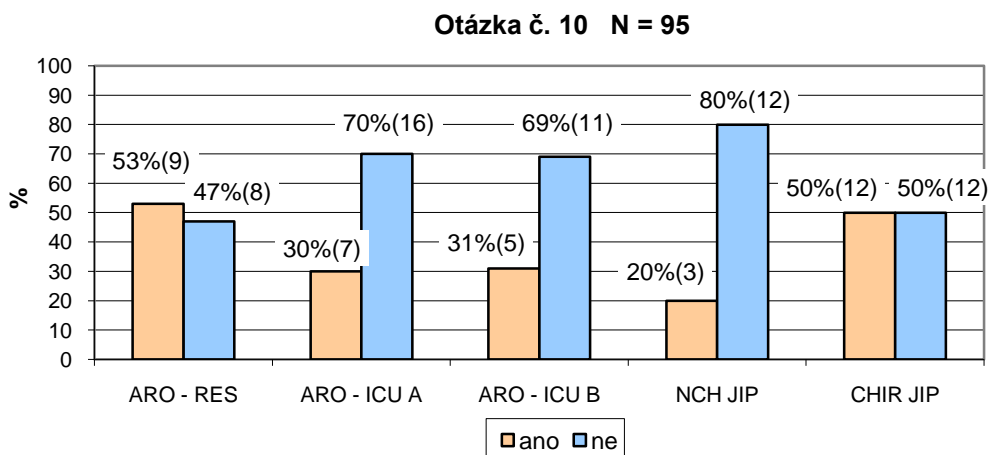


Graf 9 nám ukazuje názor sester, jak na jednotlivých odděleních bylo školení přínosné. Nejvíce je patrný rozdíl na oddělení ARO – ICU B, kde ano odpovědělo 12 sester (75%) a ne 4 sestry (25%). CHIR JIP je oddělení s malým rozdílem v odpovědích, kdy 13 sester (54%) mělo ze školení přínos a 11 sester (46%) uvedlo, že přínos neměly.

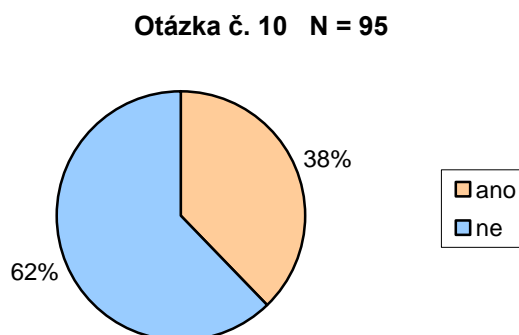
Graf 10 procentuálně znázorňuje celkový počet odpovědí, kdy prospěch ze školení vnímá 60 sester (63%) a 35 sester (37%) je opačného názoru.

Otázka číslo 10: Využili jste v rámci celoživotního vzdělávání semináře zaměřeného na ošetrovatelskou dokumentaci?

Graf 11 Využití semináře v rámci celoživotního studia na jednotlivých odd.



Graf 12 Využití semináře v rámci celoživotního studia z celého počtu

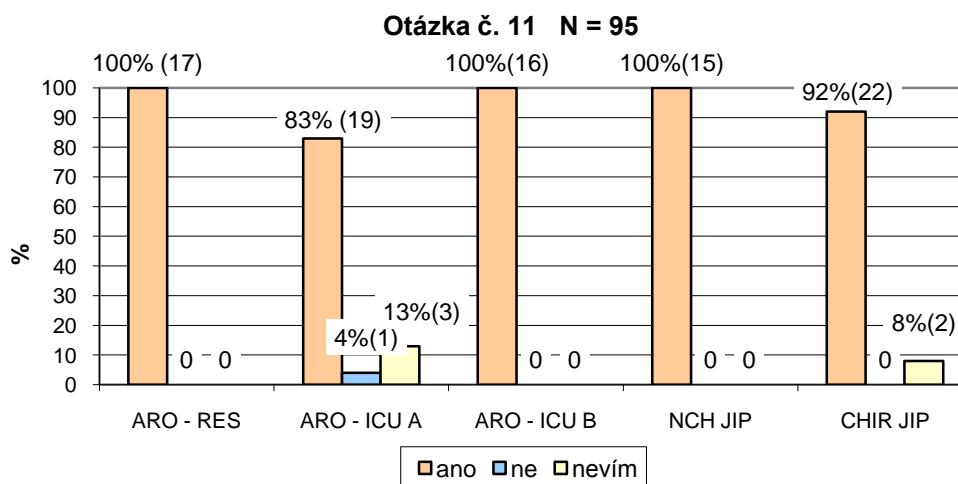


Graf 11 ukazuje, jak sestry využívají semináře zaměřené na ošetrovatelskou dokumentaci na jednotlivých odděleních. Nejvíce záporných odpovědí bylo na oddělení ARO – ICU A, zde sestry odpověděly v 16 případech (70%) záporně a v 7 případech (30%) kladně. Souvislost může být s největším zastoupením vysokoškolsky vzdělaných sester (viz tab. č. 1). Vzhledem k počtu respondentů na jednotlivých odděleních vychází, že daleko méně využívají semináře sestry na oddělení NCH JIP, kdy záporně odpovědělo 12 sester (80%) a 3 kladně (20%). Na CHIR JIP byly odpovědi vyvážené.

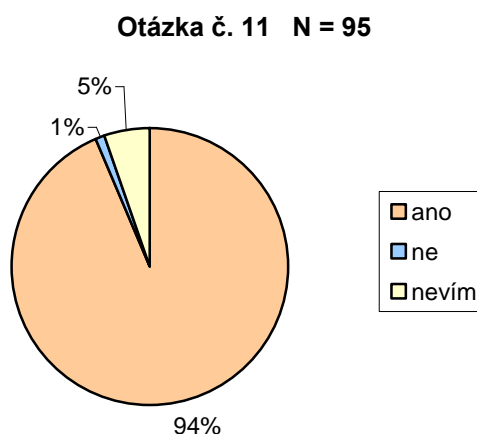
Graf 12 je celkový počet odpovědí na danou otázku. Sestry využívají semináře z 38%, jak uvedlo 36 respondentů a nevyžívají z 62%, jak uvádí 59 respondentů.

Otázka č. 11: Má vaše nemocnice vypracovaný standard nebo směrnici pro zásady vedení zdravotnické dokumentace včetně ošetrovatelské?

Graf 13 Vypracovaná vnitřní směrnice pro dokumentaci na jednotlivých odd.



Graf 14 Vypracovaná vnitřní směrnice pro dokumentaci z celkového počtu

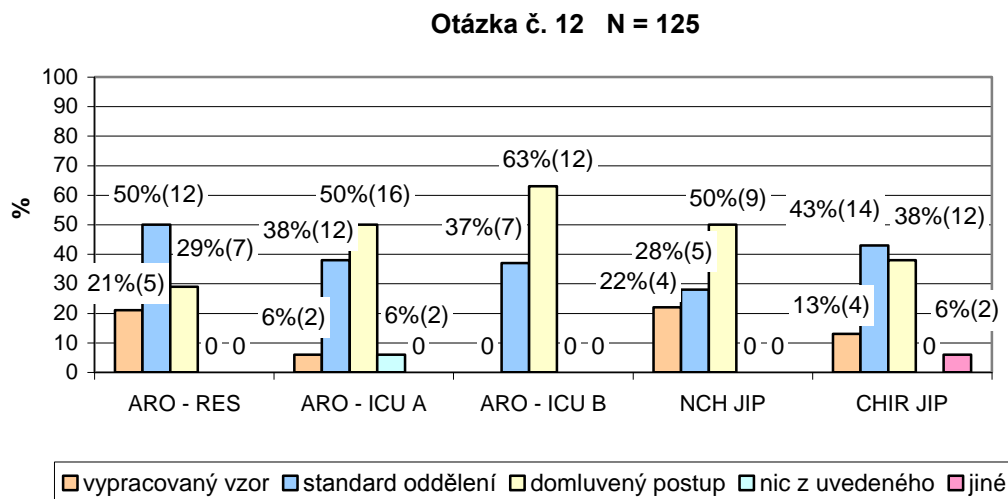


U grafu 13 je patrné, že na oddělení ARO – ICU A, kde nejvíce sester neví, a to 1 (4%) nebo si není jisto, a to 3 (13%), jestli nemocnice má standard nebo směrnici pro zásady vedení zdravotnické dokumentace.

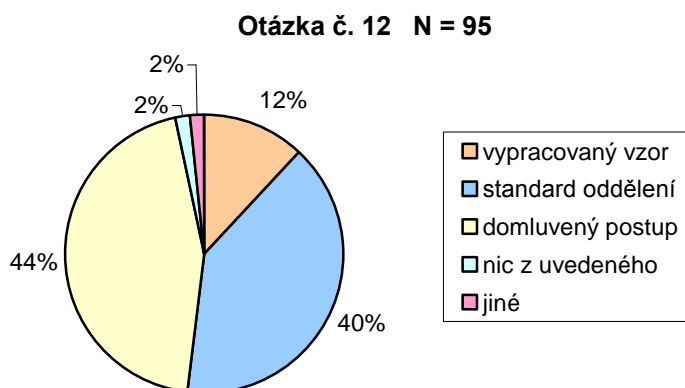
Graf 14 znázorňuje, že na tuto otázku odpovědělo kladně 89 sester (94%), nevědělo 5 sester (5%) a jedna sestra uvedla, že nemá. Vnitřní směrnice ředitele ÚVN č. 03/2004 je v příloze č. 5.

Otázka číslo 12: Při vyplňování ošetrovatelské dokumentace využíváte?

Graf 15 Podklady k vyplňování dokumentace na jednotlivých odd.



Graf 16 Podklady k vyplňování dokumentaci z celkového počtu

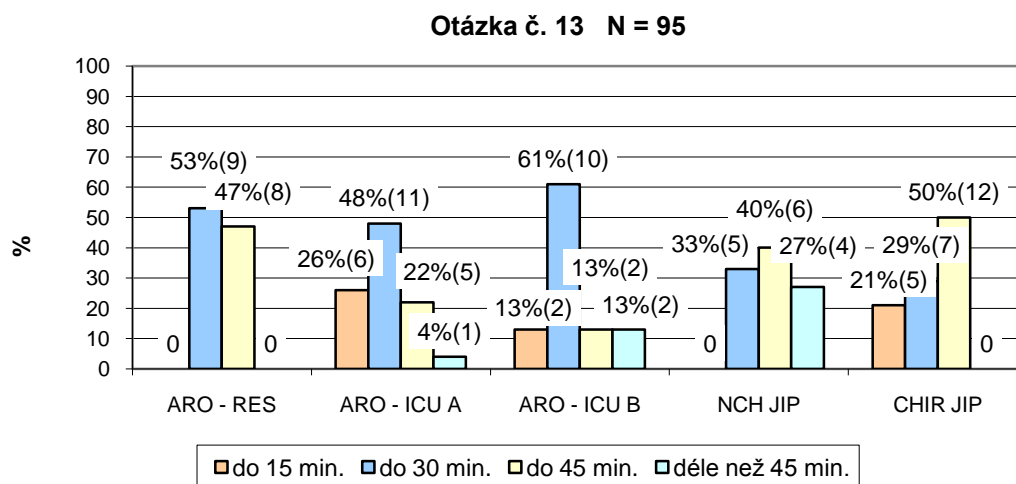


Graf 15 znázorňuje jednotlivé odpovědi, co využívají sestry při vyplňování ošetrovatelské dokumentace. Oddělení s častou odpovědí 16krát domluvený postup (50%) je na ARO – ICU A, zároveň uvedlo 2krát (6%), že nevyužívají nic. Oddělení CHIR JIP odpovědělo i možnost jiné – uvedly Směrnici ředitele č. 3/2004, a to 2krát (6%). Oddělení ARO – RES mělo 12 odpovědí standard (50%), a to je nejvíce v procentuálním zastoupení.

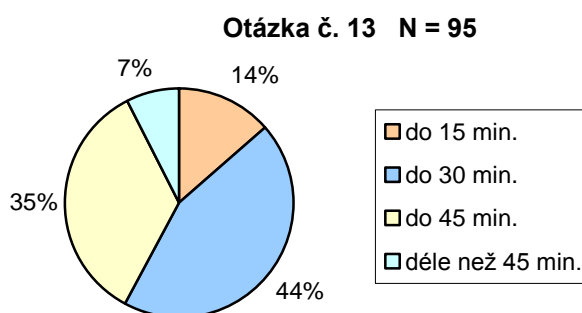
Graf 16 souhrnně ukazuje, že častou odpovědí byl domluvený postup - 56 odpovědí (44%) a standard oddělení - 50 odpovědí (40%).

Otázka číslo 13a: Kolik času věnujete při vyplňování ošetrovatelské dokumentace u jednoho pacienta během směny celkem?

Graf 17a Věnovaný čas dokumentaci na jednotlivých odd.



Graf 17b Věnovaný čas dokumentaci z celkového počtu

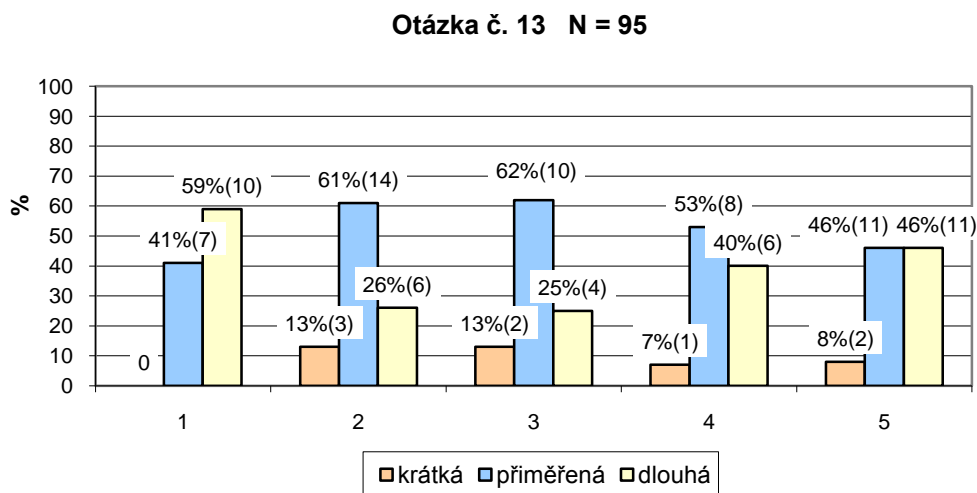


Graf 17a jsou důležité pro objasnění celkové doby strávené sestrou při vyplňování ošetrovatelské dokumentace. Nejvíce uvedly sestry nejdelší čas na NCH JIP ve 4 případech (27%) a pak CHIR JIP ve 12 případech (50%) do 45 minut a zároveň uvedly, že je to pro ně doba dlouhá.

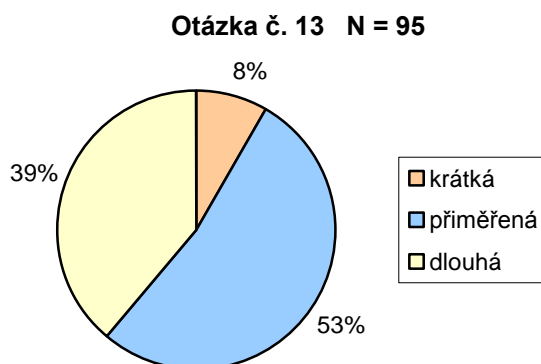
Graf 17b znázorňuje nejčastější odpovědi sester, které uváděly, že u ošetrovatelské dokumentace tráví čas do 30 minut ve 42 případech (44%) a do 45 minut ve 33 případech (35%).

Otázka číslo 13b: Je to podle vašeho názoru doba

Graf 18a Jejich názoru na dobu na jednotlivých odd.



Graf 18b Jejich názor na dobu z celkového počtu

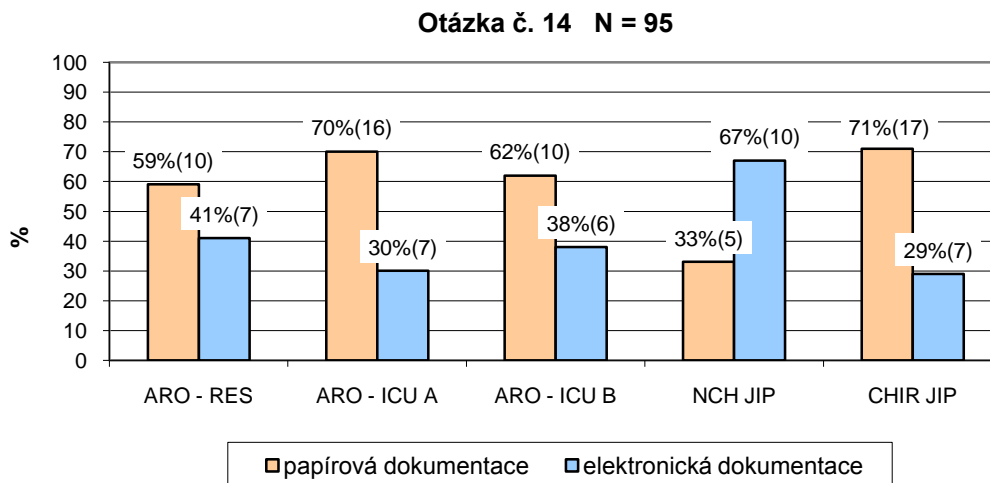


Graf 18a ukazuje, jaká doba je to pro sestry podle jejich názoru na jednotlivých odděleních. Dlouhá doba je to pro sestry na ARO – RES, kde tak odpovědělo 10 sester (59%).

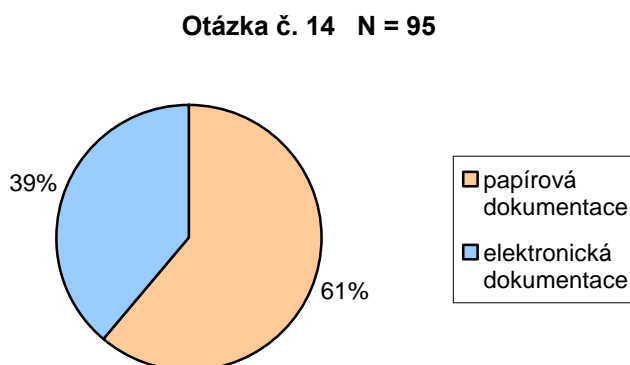
Graf 18b je ale důkazem, toto že v celkovém počtu odpovědí až 50 sester (53%) vybralo přiměřenou dobu pro vyplňování ošetrovatelské dokumentace a 37 sester (39%) zvolilo dobu dlouhou.

Otázka č. 14: Jaký typ ošetrovatelské dokumentace by vám více vyhovoval?

Graf 19 Typ preferované ošetrovatelské dokumentace na jednotlivých odd.



Graf 20 Typ preferované ošetrovatelské dokumentace z celkového počtu



Jednotlivé oddělení s tím, kde by více vyhovoval určitý typ ošetrovatelské dokumentace je znárodněno v grafu 19. Nejvíce preferovali papírovou podobu na CHIR JIP, a to 17 sester (71%). Na oddělení NCH JIP více preferují elektronickou dokumentaci, a to 10 sester (67%).

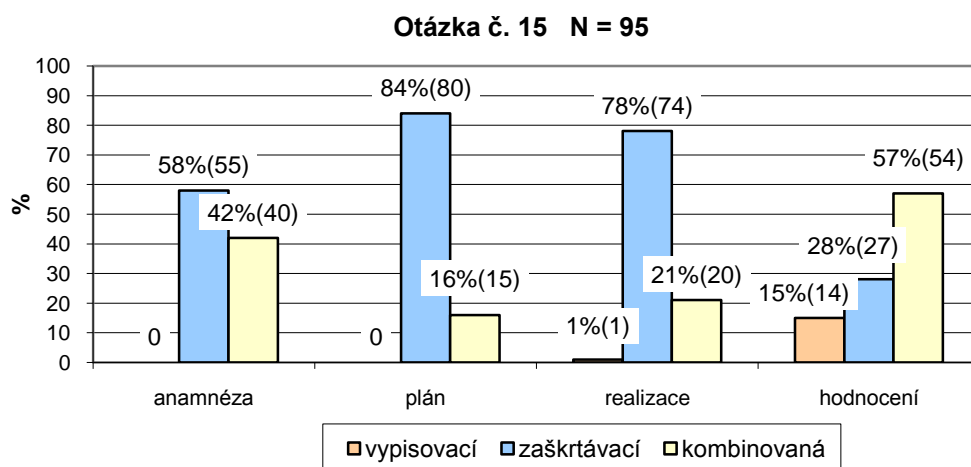
Graf 20 ukazuje, že 58 sester (61%) je pro papírový typ ošetrovatelské dokumentace a elektronický typ by využilo 37 sester (39%) z celkového počtu odpovědí.

Otázka číslo 15: Jakou formu byste upřednostňovali při vyplňování ošetrovatelské dokumentace v oblasti?

**Tab. 2 Upřednostňovaná forma ošetrovatelské dokumentace (Otázka č. 15)
N = 95**

		ARO - RES	ARO - ICU A	ARO - ICU B	NCH JIP	CHIR JIP
anamnéza	vypisovací	0	0	0	0	0
	zaškrťovací	10	10	11	7	17
	kombinovaná	7	13	5	8	7
plán	vypisovací	0	0	0	0	0
	zaškrťovací	12	17	16	13	22
	kombinovaná	5	6	0	2	2
realizace	vypisovací	1	0	0	0	0
	zaškrťovací	9	16	16	12	21
	kombinovaná	7	7	0	3	3
hodnocení	vypisovací	6	2	0	2	4
	zaškrťovací	6	5	5	5	6
	kombinovaná	5	16	11	8	14

Graf 21 Forma ošetrovatelské dokumentace na všech odděleních

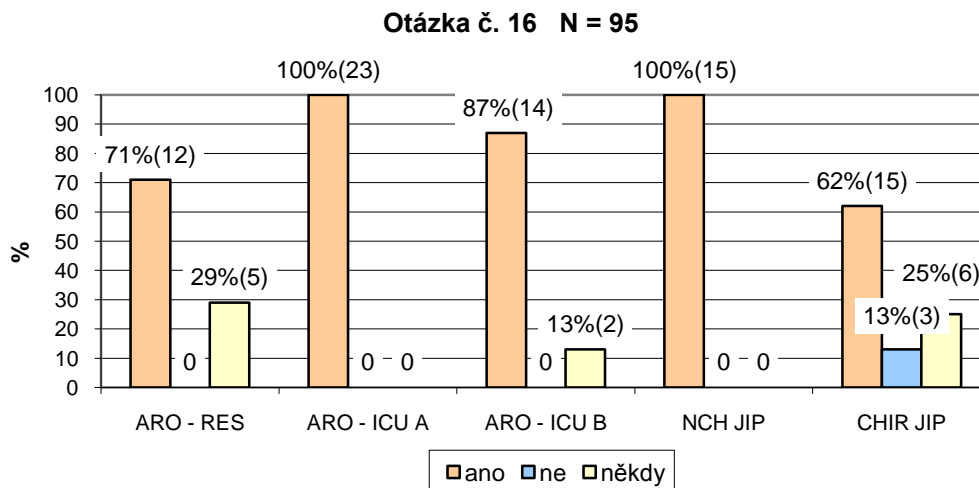


Tabulka č. 2 jsou uvedeny jednotlivé formy ošetrovatelské dokumentace při jejím vyplňování, jak odpovídali sestry na konkrétních odděleních.

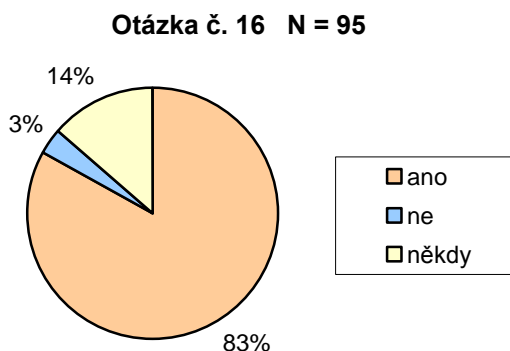
Graf 21 je celkovým přehledem, co sestry více u jednotlivých forem čeho zvolily. Nejvíce se shodly u ošetrovatelského plánu, kde 80 sester (84%) uvedlo zaškrťovací možnost před kombinovanou, kterou chtělo jen 15 sester (16%). Kombinovanou odpověď zvolili sestry u hodnocení ošetrovatelské péče, a to 54krát (58%). Zároveň zde sestry uvedly až 14 odpovědí (15%) pro vypisovací formu.

Otázka číslo 16: Máte při sobě ošetrovatelskou dokumentaci při předávání služby?

Graf 22 Při předávání služby využívají dokumentaci na jednotlivých odd.



Graf 23 Při předávání služby využívá dokumentaci z celkového počtu



Graf 22 je vidět, že oddělení ARO – ICU A a NCH JIP vždy používají dokumentaci při předávání služby. Sestry na oddělení CHIR JIP dokonce ve 3 případech (13%) uvádí, že ošetrovatelskou dokumentaci nevyužívají.

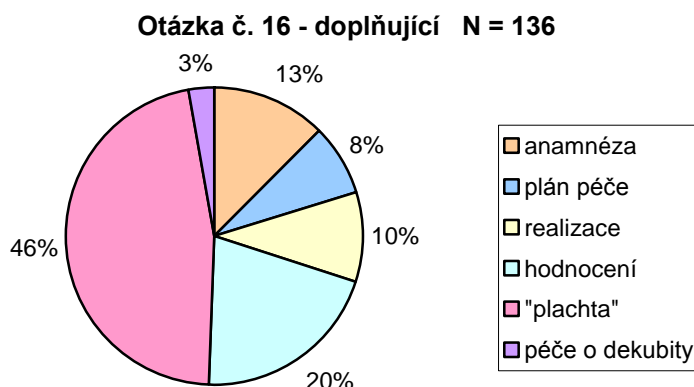
Graf 23 je ale důkazem toho, že je ošetrovatelská dokumentace využívána při předávání služby. Z celkového počtu je to 79krát (83%), kdy ji používají, 13krát (14%) ji používají někdy a 3krát (3%) uvedlo, že ji nepoužívají.

Otázka číslo 16 – doplňující: Pokud ano, kterou část ošetrovatelské dokumentace nejčastěji používáte?

Tab. 3 Část dokumentace používaná nejčastěji na jednotlivých odd. (Otázka č. 16 - doplňující) N = 136

	ARO - RES	ARO - ICU A	ARO - ICU B	NCH JIP	CHIR JIP
anamnéza	0	6	4	4	3
plán péče	0	3	0	3	4
realizace	4	4	0	3	4
hodnocení	5	6	5	7	6
"plachta"	10	18	11	10	12
péče o dekubity	0	2	0	1	1

Graf 24 Preferovaná část dokumentace při předávání služby z kladných odpovědí

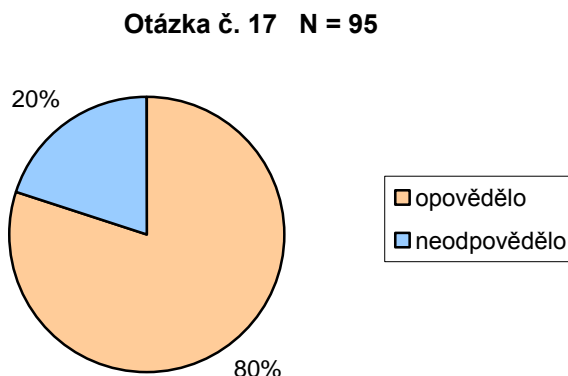


Tabulka č. 3 je přehled jednotlivých oddělení a konkrétní části ošetrovatelské dokumentace, které používají sestry při předávání pacienta.

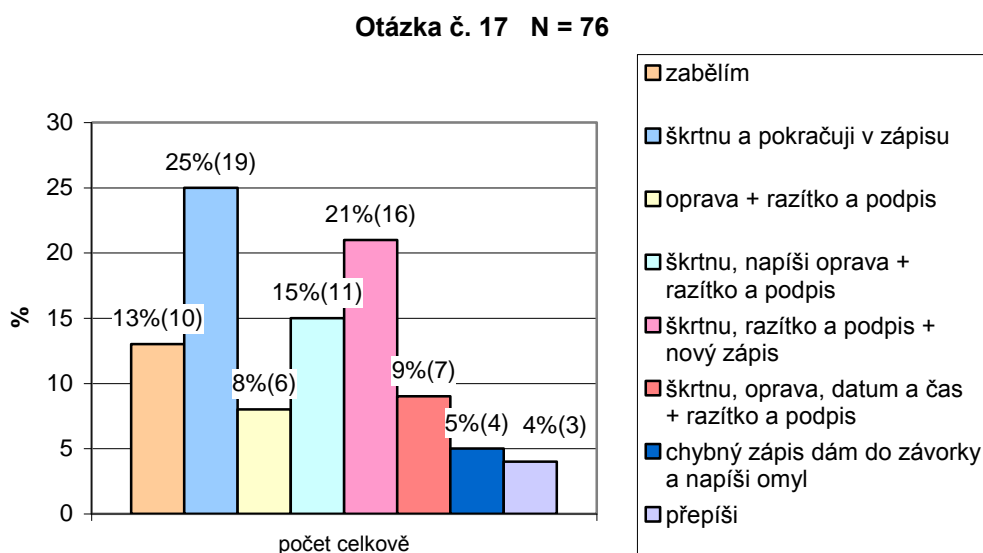
Z ošetrovatelské dokumentace nejvíce používají realizaci léčebné péče neboli „plachtu“, jak vyplývá na z grafu 24. To uvedlo 61 sester (46%) a další částí ve 29 (20%) uvedly, že nejvíce využívanou je hodnocení. Poslední možná varianta byla jiná část dokumentace, kde sestry 4krát (3%) z různých oddělení uvedly hodnocení péče o dekubity.

Otázka číslo 17: Pokud provedete chybný zápis, jak dále postupujete?

Graf 25 Postup při chybném zápisu z celkového počtu



Graf 26 Konkrétní postupy u chybného zápisu z celkového počtu

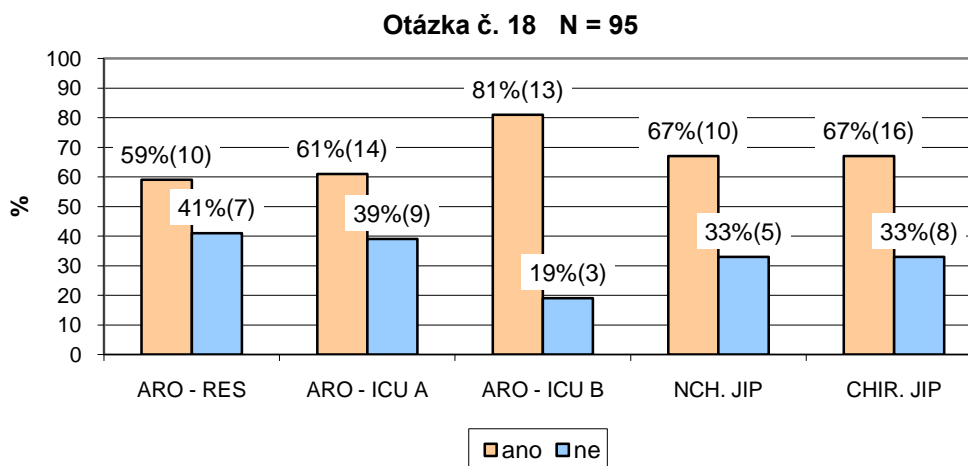


V grafu 25 je celkově znázorněno, kolik sester zodpovědělo otázku. Otázku zodpovědělo 76 sester (80%) a nezodpovědělo 19 sester (20%).

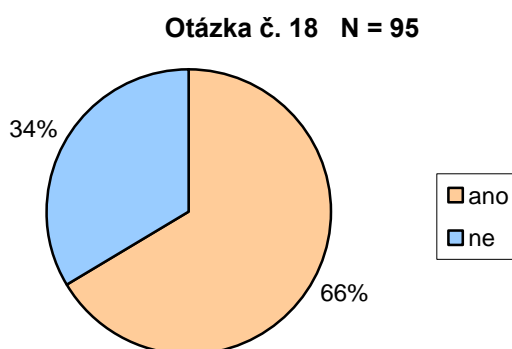
Konkrétní postupy, které sestry uváděly, jsou zachyceny v grafu 26. Nejčastěji uváděli, že zápis škrtnou a pokračují v psaní, to uvedlo 19 sester (25%). Většina odpovědí byla velice podobná a lišila se jen v maličkosti, jestli píšou i oprava, čas, razítko a podpis. Nejméně uváděli přepis zápisu, což uvedly 3 sestry (4%), který není takový přípustný. Další na co bych chtěla zaměřit pozornost je odpověď – zabělím, kterou uvedlo 10 sester (13%), která je zcela nepřípustná (viz kapitola 1.3.3.5)

Otázka číslo 18: Jste spokojena se stávající ošetrovatelskou dokumentací na vašem oddělení?

Graf 27 Vyjádření spokojenosti s dokumentací na jednotlivých odd.



Graf 28 Vyjádření spokojenosti s dokumentací z celkového počtu

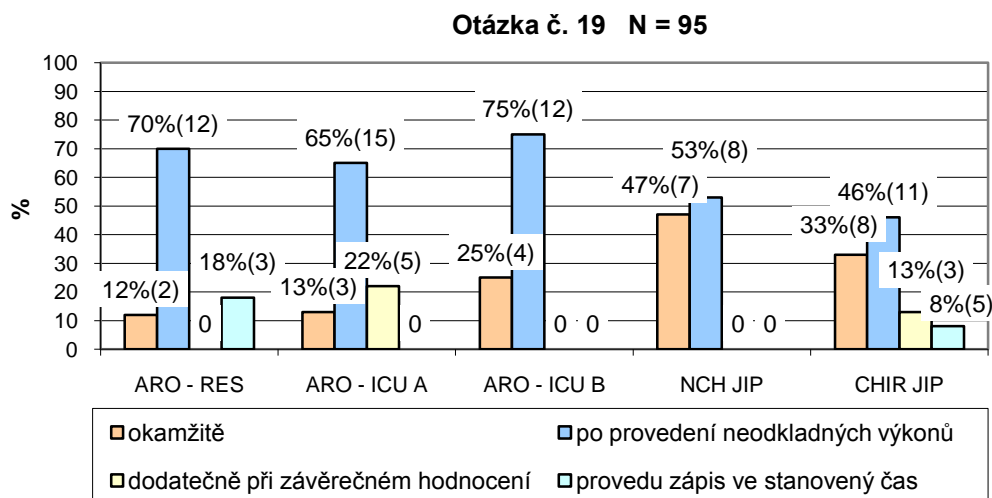


Jak je vidět z grafu 27, že nejvíce záporných odpovědí a to až 9 (39%) na ARO – ICU A, v přepočtu na jednu odpověď je pak vyšší procento na oddělení ARO – RES, kdy 10 sester (59%) uvedlo spokojenost a 7 sester (41%) uvedlo nespokojenost.

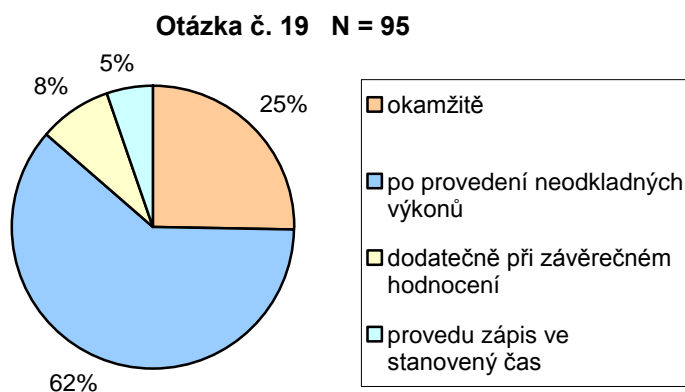
Z grafu 28, kde z celkového počtu uvedlo ano 63 sester (66%) a 32 sester (34%) uvedlo ne. Důvody nespokojenosti jsou vyjmenované u otázky č. 26.

Otázka číslo 19: Při náhlé změně fyziologických funkcí pacienta provádíte zápis?

Graf 29 Provedení zápisu při změně stavu pacienta na jednotlivých odd.



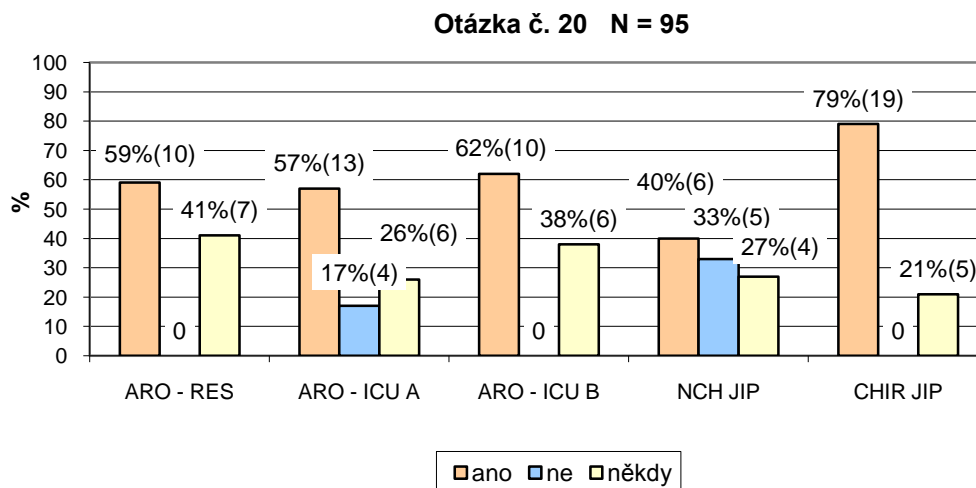
Graf 30 Provedení zápisu při změně stavu pacienta z celkového počtu



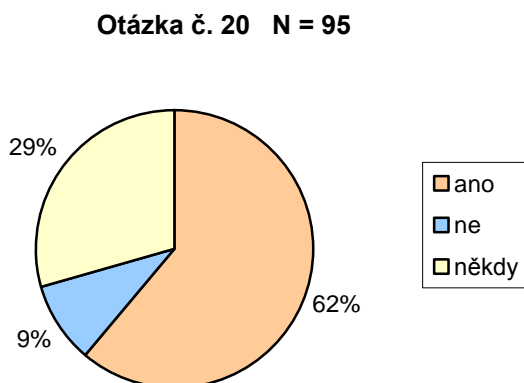
Graf 29 a 30 nám říká, jak sestry postupují při náhlé změně fyziologických funkcí u pacienta a kdy provádí v takové situaci zápis do ošetrovatelské dokumentace. Nejčastější odpovědí je po provedení neodkladných a terapeutických výkonů, což uvedlo 58 sester (62%). Nejméně sestry uváděly možnost, že zápis provedou ve stanovený čas dle standardu oddělení a to v 5 případech (5%), kdy úplně chybí v ošetrovatelské dokumentaci záznam o změně vitálních funkcí pacienta. Tuto skutečnost uvedly 3 sestry (18%) na oddělení ARO – RES a 5 sester (8%) na CHIR JIP.

Otázka číslo 20: U pacienta došlo k neočekávané události např.: KPR, pád, bezvědomí atd. – přehodnotíte ošetřovatelský plán?

Graf 31 Provádění přehodnocení plánu na jednotlivých odd.



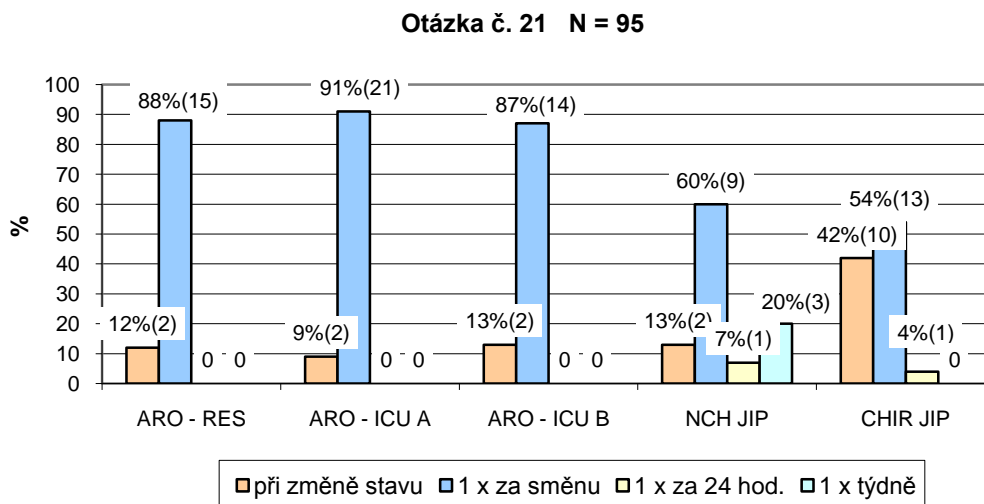
Graf 32 Provádění přehodnocení plánu z celkového počtu



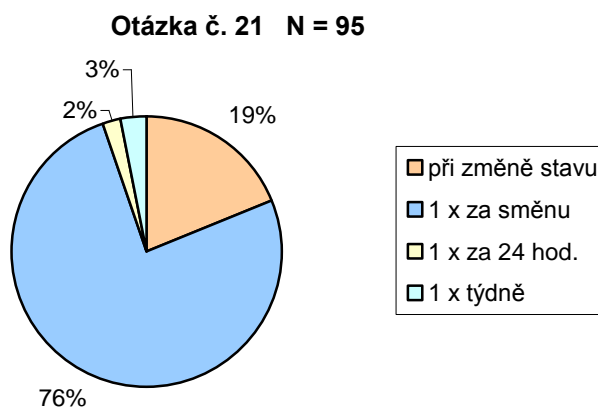
Sestry odpověděly, že nepřehodnocují ošetřovatelský plán péče a to na oddělení ARO – ICU A 4 krát (17%) a NCH JIP 5 krát (33%) i po neočekávané události, jako je KPR, pád nebo bezvědomí pacienta. Část sester uvedlo, že přehodnotí plán péče někdy, a to ve 28 odpovědích (29%). Nejvíc 58 sester (62%) uvedlo, že plán přehodnotí, jak je vidět na grafu 31 a 32.

Otázka číslo 21: Jak často provádíte hodnocení ošetrovatelské péče?

Graf 33 Hodnocení péče probíhá na jednotlivých odd.



Graf 34 Hodnocení péče probíhá z celkového počtu



Provádění hodnocení ošetrovatelské péče je znázorněno v grafu 33, podle jednotlivých oddělení. Nikdo z respondentů neuvedl možnost jinou, ale vždy zvolily sestry některou z uvedených možností. Na oddělení NCH – JIP byla 3 krát (20%) uvedena i možnost „1 x týdně“.

Z grafu 33 je patrné, že sestry provádí hodnocení 1x za směnu, to uvedlo 72 sester (76%), dále 18 sester (19%) uvedlo, že provádí hodnocení stavu při změně stavu.

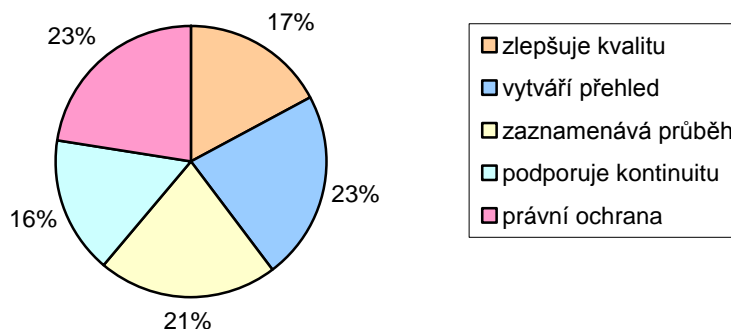
Otázka číslo 22: Myslíte, že je vedení ošetrovatelské dokumentace důležité?

Tab. 4 Důležitost vedení ošetrovatelské dokumentace (Otázka č. 22)
N = 382

		ARO - RES	ARO - ICU A	ARO - ICU B	NCH JIP	CHIR JIP
ano	zlepšuje kvalitu	13	16	13	10	14
	vytváří přehled	16	21	15	15	19
	zaznamenává průběh	14	21	14	15	17
	podporuje kontinuitu	11	17	10	10	15
	právní ochrana	15	22	15	14	20
ne	uved'te proč	0	0	0	0	0

Graf 35 Důvody vedení ošetrovatelské dokumentace z celkového počtu

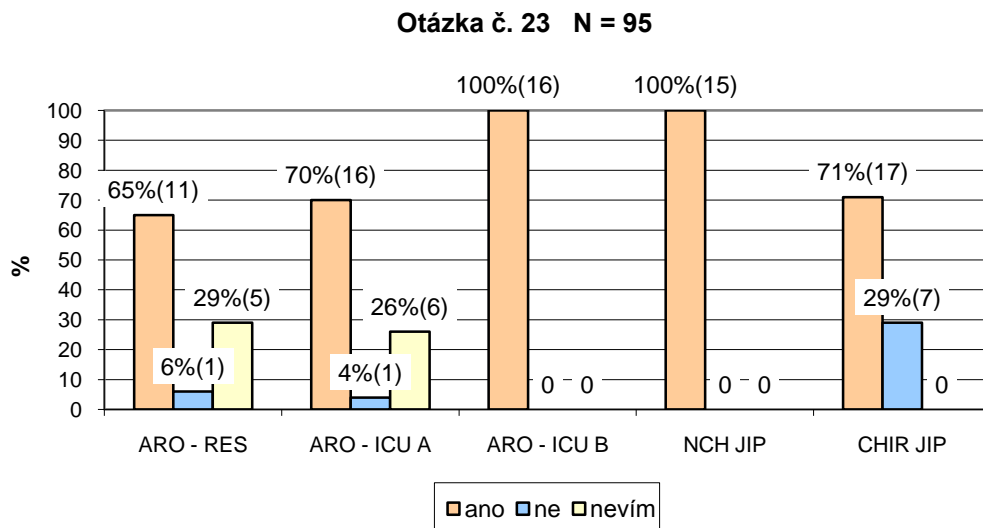
Otázka č. 22 N = 382



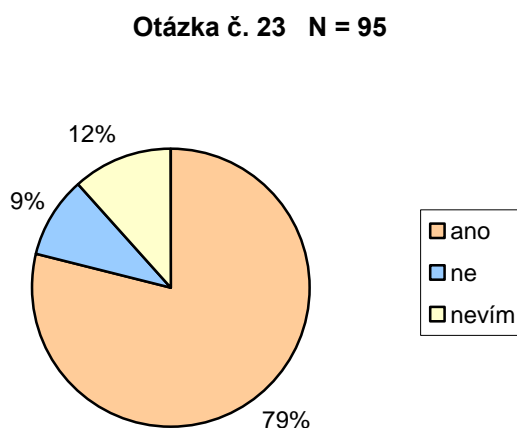
Z tabulky 4 a grafu 35 je patrné, jak sestry odpovídali na danou otázku, kdy žádná neuvedla možnost, že ošetrovatelská dokumentace není důležitá. U zvolené možnosti „ano“ mohly uvádět více možností. Nejvíce odpovědí 86 (23%) bylo u vytváření přehledu a právní ochrana. Nejméně sestry volily možnost, že ošetrovatelská dokumentace podporuje kontinuitu péče a to uvedlo 63 sester (16%). Zde je vidět, jak malé rozdíly byly v odpovědích.

Otázka číslo 23: Má vaše oddělení na pracovišti veden seznam pracovníků s podpisovými vzory?

Graf 36 Seznam pracovníků s podpisovými vzory na jednotlivých odd.



Graf 37 Seznam s podpisovými vzory celkově

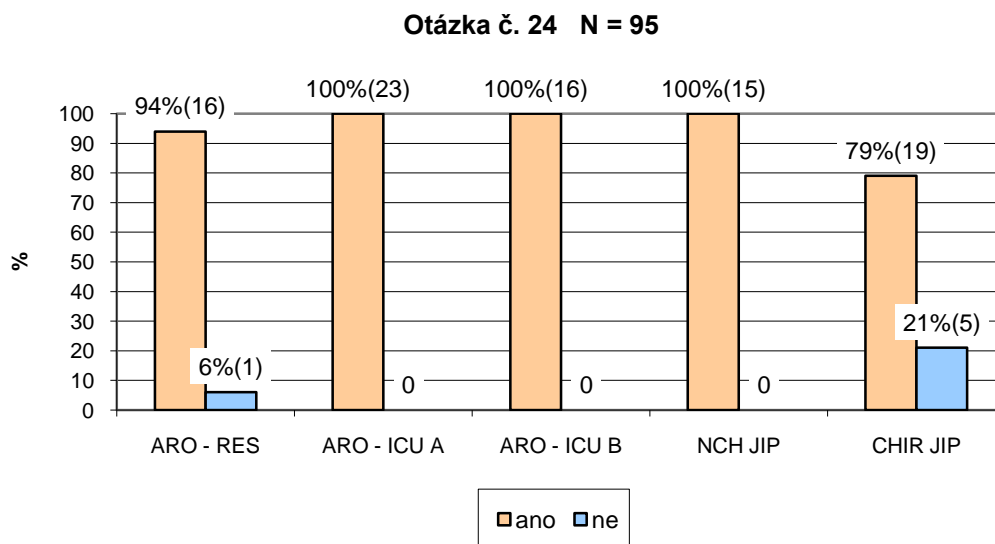


Z grafu 36 je vidět přehled sester, jestli mají na oddělení veden seznam s podpisovými vzory, který je součástí opiátové knihy. Největší přehled mají sestry na oddělení ARO – ICU B a NCH JIP, kde sestry uvedli pouze kladné odpovědi. Nejvíce záporných odpovědí, a to 7 (29%), bylo na CHIR- JIP.

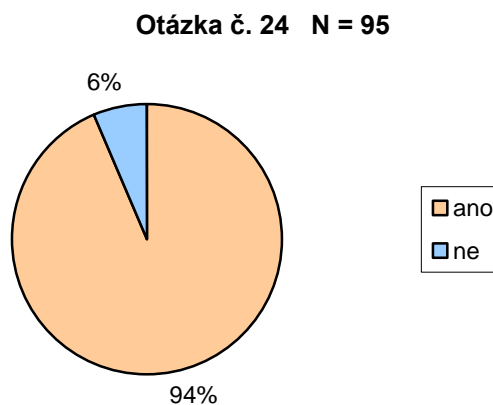
Celkově o seznamu pracovníků s podpisovými vzory v grafu 37 odpovědělo 9 sester (9%), že jejich oddělení nemá, 11 sester (12%), že neví a 75 sester (79%), že jejich oddělení má seznam.

Otázka číslo 24: Je zdravotnického zařízení povinnno vést zdravotnickou dokumentaci?

Graf 38 Povinnost vést dokumentaci na jednotlivých odd.



Graf 39 Povinnost vést dokumentaci z celkového počtu



Graf 38 a 39 dělá přehled o tom, jak sestry odpověděly na otázku, jestli je zdravotnické zařízení povinnno vést zdravotnickou dokumentaci. Záporně odpověděly jednou (6%) na oddělení ARO – RES a 5 krát (21%) na CHIR JIP, dohromady je to 6 odpovědí (6%) z celkového počtu. Kladně odpovědělo 89 sester (94%).

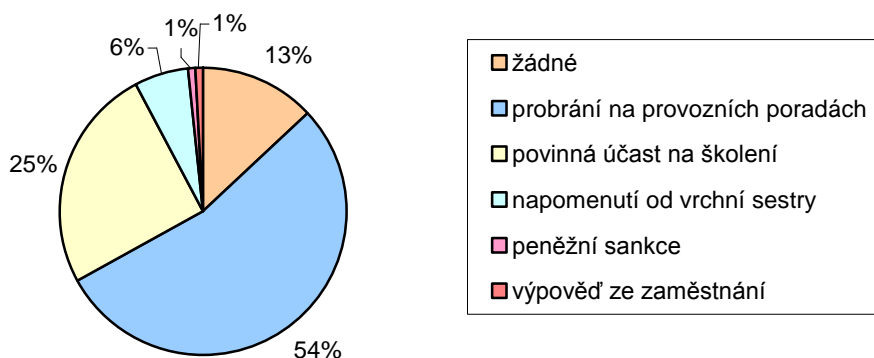
Otázka číslo 25: Jaké si myslíte, že by měly být dopady nesprávně vyplněné ošetrovatelské dokumentace?

Tab. 5 Dopady nesprávně vypsané dokumentace (Otázka č. 25) N = 130

	ARO - RES	ARO - ICU A	ARO - ICU B	NCH JIP	CHIR JIP
žádné	4	3	1	2	7
probrání na poradách	13	18	10	12	17
povinná účast na školení	5	9	8	6	5
napomenutí od vrchní sestry	0	3	2	1	2
peněžní sankce	0	0	0	0	1
výpověď ze zaměstnání	0	0	0	0	1

Graf 40 Dopady nesprávně vypsané dokumentace z celkového počtu

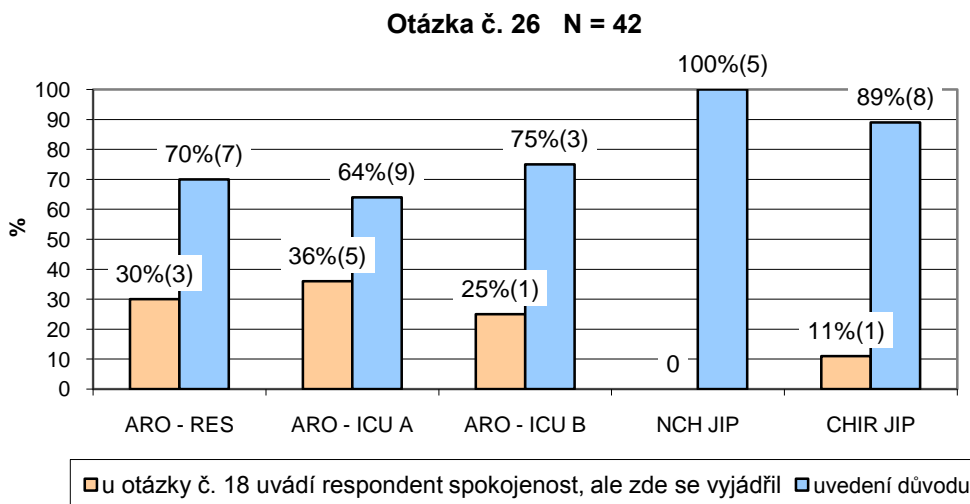
Otázka č. 25 N = 130



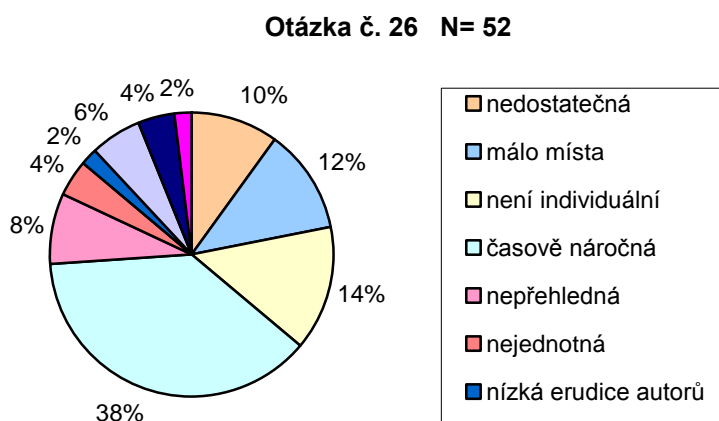
Nejčastěji sestry odpovídaly, že nesprávně vyplněná dokumentace by se měla probrat na provozních poradách, kdy tuto možnost zvolilo 70 sester (54%). Další velkou zastoupenou možností byla povinná účast na školení ohledně ošetrovatelské dokumentace a to odpovědělo 33 sester (25%). Odpověď „peněžní sankce“ a „výpověď ze zaměstnání“ uvedla jedna sestra na oddělení CHIR JIP, protože mohly zvolit i více možností. To je vidět v tabulce č. 5 a grafu 40.

Otázka číslo: Co vám vadí na současné ošetrovatelské dokumentaci?

Graf 41 Nespokojenost s dokumentací na jednotlivých odd.



Graf 42 Přehled důvodů nespokojenosti s dokumentací z celkového počtu



Graf 41 a 42 znázorňuje odpovědi sester, které se slovně vyjádřily na otázku č. 26. Započítaly se i odpovědi sester, které odpověděly kladně u otázky č.18: „Jste spokojena se stávající ošetrovatelskou dokumentací na vašem oddělení?“, ale i přesto zde odpověděly.

Odpovědi, které sestry nejčastěji používaly, jsou uvedeny v grafu 42. 19 sester (38%) uvedlo časovou náročnost, 7 sester (14%) napsalo, že není individuální a 6 sester (12%) odpovědělo nedostatek místa. Několik sester uvedlo i více možností najednou.

3 DISKUZE

Hypotéza číslo 1: Myslím si, že více než 50 % dotazovaných sester se setkalo s ošetrovatelskou dokumentací v rámci studia. Otázky číslo 7 a 10 ověřovaly tuto hypotézu v dotazníkovém šetření.

Kde 60 % z dotazovaných uvedlo, že se o dokumentaci dozvědělo při studiu. Zjistila jsem, že 65 % respondentů se setkalo s ošetrovatelskou dokumentací před nástupem do ÚVN. Na druhou stranu se ale ukázalo, že na některých odděleních nemají tolik zkušeností s ošetrovatelskou dokumentací. To může mít souvislost s vyšším věkem nebo se vzděláním sester (viz tabulkač.1). Podle mého názoru by mělo být o ošetrovatelské dokumentaci informováno daleko více sester před nástupem do praxe. Z toho vyplývá, že systém vzdělávání sester u nás je v této oblasti nedostatečný. V současné době je kladen na vzdělávání velký důraz. Sestry, které se účastnily dotazníkového šetření, byly v procentuálním zastoupení – SZŠ 46 %, VOŠ 31 % a VŠ 23 %. Vzhledem k četnosti praxí v nemocnici, teoretické výuky a praktických seminářů na téma dokumentace se dá předpokládat, že sestry budou mít mnohem větší přehled.

Dalším, čím jsem chtěla prokázat tuto hypotézu, byla návštěvnost seminářů na téma dokumentace. Semináře pořádají často nemocnice v rámci školení vlastního personálu, ale seminářů pro širokou odbornou veřejnost je málo. Sestry pak nemají dostatečnou možnost přihlásit se na ně i přes to, že mají zájem. Dotazníkovým šetřením jsem zjistila, že 62 % respondentů nevyužívá seminářů na téma ošetrovatelská dokumentace. Proč sestry seminářů nevyužívají, může být jedním z dalších cílů pro budoucí výzkum. Můžeme jen odhadovat příčiny. Není toto téma pro sestry dostatečně zajímavé? Mají dostatek informací již ze studia? Dozvěděli se vše potřebné z praxe? Je možné, že sestry toto téma tolik nezajímá nebo mají pocit, že o ošetrovatelské dokumentaci již všechno vědí.

Hypotéza se potvrdila, protože většina sester přichází do prvního zaměstnání už s informacemi o ošetrovatelské dokumentaci, které získaly během studia.

Hypotéza číslo 2: Domnívám se, že více než 80 % sester intenzivní péče bylo během nástupní praxe proškoleny o ošetrovatelské dokumentaci. Tato hypotéza byla v dotazníku ověřována pomocí otázek číslo - 8, 9 a 11.

Všechny sestry by měly být proškoleny v ošetrovatelské dokumentaci na jednotlivých odděleních. Dokumentace není jednotná a každé oddělení může mít svoje specifika. Dotazníkové šetření potvrdilo, že 88 % sester bylo seznámeno s ošetrovatelskou dokumentací. Menší část, 12 % sester, nebyla seznámena během nástupní praxe. Souvislostí může být více, například délka praxe, kdy si sestry nepamatují průběh nástupní praxe, v té době nebyla ošetrovatelská dokumentace taková, jak jí známe nyní, to je patrné z tabulky č. 1. Kdo školení prováděl, vyplývá z doplňující otázky, kdy nejčastější odpověď (41 %) byla sestra „školitelka“. Zajímavé je, že osobní prospěch ze školení uvedlo jen 63 % sester. Důležité není jen znát obsahovou stránku, ale i umět dobře ošetrovatelskou dokumentaci vypisovat a znát její význam. V dnešní době se více zdůrazňuje právní problematika a její důležitost s dokumentováním ošetrovatelské péče. Určité základní povinnosti nám ukládají zákony, ale je potřeba znát i vnitřní předpisy zdravotnického zařízení. Sestry z 94 % uvedly, že nemocnice ÚVN má směrnici nebo standard, který stanovuje obecné náležitosti a základní informace k jednotlivým částem zdravotnické dokumentace.

Hypotéza č. 3 Předpokládám, že více než 75 % sester intenzivní péče vyhovuje ošetrovatelská dokumentace v nemocnici konkrétního zdravotnického zařízení. Tato hypotéza byla ověřována otázkou s číslem 18 a 26.

Ošetrovatelská dokumentace v ÚVN byla změněna, jak je popsáno v kapitole 1.5.3, s tím, že jedním z důležitých kritérií bylo umožnit sestře zapsat všechny důležité informace i usnadnit práci s ošetrovatelskou dokumentací. Ošetrovatelská péče musí být zapsána, ale možností provedení tohoto zápisu je víc. Konkrétní formu ošetrovatelské dokumentace si volí zdravotnické zařízení, kde bude využívána.

Spokojenost s nynější ošetrovatelskou dokumentací uvedlo jen 66 % dotázaných, hypotéza se tedy nepotvrdila. Nejčastější důvody nespokojenosti s ošetrovatelskou dokumentací byly uváděny – časová náročnost, nerespektování individuality a nedostatek místa pro záznam. Časová náročnost je individuální pro každého z nás. Do určité míry zde hraje roli i zkušenost, stav a průběh péče

u pacienta nebo znalost ošetrovatelské dokumentace. I přes zmíněné ovlivňující faktory z průzkumu vyplývá, že 44 % sester vyplňují ošetrovatelskou dokumentaci do 30 minut a zároveň uvádí v 53 %, že je to pro ně doba přiměřená. Myslím si, že sestry stále berou ošetrovatelskou dokumentaci, jako nutné zlo. Přitom je součástí sesterské práce a může velmi usnadnit péči o pacienta.

Hypotéza č. 4: Myslím si, že více než 75 % sester usnadňuje současná podoba ošetrovatelské dokumentace péči o pacienty. Ověřovala jsem ji pomocí otázek - 12, 13, 14, 15, 16, 22.

Považuji ošetrovatelskou dokumentaci za celek, který by tak měl i fungovat. Má sestra možnost použít při zpracovávání ošetrovatelské dokumentace určitý vzor, standard nebo se jen dodržuje domluvený postup? Podle výsledků z výzkumu je patrné, že 44 % sester užívá domluvený postup. Jak je popsáno u hypotézy č. 3, není věnovaný čas podstatnou překážkou při práci s dokumentací. Není ale ani jednoznačné, jestli by práci s dokumentací usnadňoval jiný typ ošetrovatelské dokumentace, protože 61 % respondentů dává přednost papírové dokumentaci. Jeden z respondentů dokonce sdělil, že nemůže typy posoudit, protože zná jen papírový typ dokumentace. Fakt, že respondenti mají zkušenost jen s konkrétním typem ošetrovatelské dokumentace, mohl do určité míry ovlivnit jejich preference.

Výzkumem jsem chtěla rovněž zjistit, jakou formu ošetrovatelské dokumentace by sestry chtěly mít u jednotlivých částí ošetrovatelské dokumentace, pro její případné přepracování. Z odpovědí vyplývá, že forma zaškrtačací byla zvolena u formulářů pro anamnézu v 58 %, plán péče v 84 % a realizace 74 %, jen u formuláře pro hodnocení byla zvolena v 57 % forma kombinovaná. Až 83 % sester používá ošetrovatelskou dokumentaci při předávání služby. Z celkového pohledu můžeme říct, že se hypotéza jednoznačně nepotvrdila ani nevyvrátila.

Hypotéza č. 5: Domnívám se, že více než 90 % sester intenzivní péče pracuje s ošetrovatelskou dokumentací správně, v souladu s právními a vnitřními předpisy. Pomocí otázek číslo - 17, 19, 20 a 21 byla tato hypotéza ověřována.

Vnitřní předpisy ÚVN se stále týkají dokumentace platné do roku 2009. Nezahrnují nové změny v dokumentaci a její novou podobu, která má usnadnit

práci sestry s dokumentací a lépe zachytit všechny informace o pacientovi. Směrnice ředitele č. 03/2004, která je stále platná, neurčuje konkrétně, jak s dokumentací pracovat, pouze zahrnuje obecné informace. Proto sestry vycházejí spíše ze zvyklostí oddělení.

Z odpovědí vyplynulo, že postup při provedeném chybném zápisu není sestram přímo jasný. Na otázku odpovědělo 80 % respondentů, a z toho se odpovědi lišily jen v maličkostech. Několik odpovědí bylo i zcela nepřijatelných například „zabělím“ nebo „přepíši“.

Do ošetrovatelské dokumentace se zápis o zdravotním stavu pacienta provádí průběžně nebo doplňuje nejméně jedenkrát za 24 hodin. Určité situace vyžadují okamžitý záznam do ošetrovatelské dokumentace, jak uvádí právní předpis. O to více jsou zajímavé výsledky u otázky: „Při náhlé změně fyziologických funkcí pacienta provádíte zápis?“ Odpověď „Okamžitě“ odpovědělo jen 25 % respondentů, „Po provedení neodkladných a terapeutických výkonů“ uvedlo 62 % sester. Pokud zápis provádí sestra dodatečně, může už nastat chyba a důležitou informaci opomenout. Většina urgentních situací je řešena tak, že jeden člen ošetrovatelského týmu je pověřen záznamem do určeného místa v ošetrovatelské dokumentaci. Dnešní technické možnosti nám s podobnými zápisy pomáhají, kdy stačí jen vytisknout kompletní dokument a založit ho. Stává se pak součástí dokumentace nebo ji plně nahrazuje.

Jednotlivé části ošetrovatelské dokumentace se vypisují v různých časech, které by měly být určeny vnitřním předpisem zdravotnického zařízení. Plán ošetrovatelské péče je nyní jednoduší pro jeho shrnutí do 9 základních problémů a zachycuje činnosti, které sestra bude provádět v dalších 24 hodinách. Zatím zde nejsou možnosti přeplánovat péči a ani se to nevyužívá. Pokud je změna stavu pacienta podstatná, naplánuje další den sestra péči podle této změny. Přitom 62 % respondentů uvedlo, že plán přehodnocují.

Hodnocení péče se provádí na konci služby, což uvedlo jenom 76 % sester. Slouží pro zhodnocení celkového stavu pacienta a zachycení i informací, které v jiných částech dokumentace není možné zapsat

Možná kdyby byl zpracovaný podrobněji metodický pokyn, jak správně pracovat s touto dokumentací, předcházelo by se omylům, které vznikají. Hypotéza se možná právě proto nepotvrdila.

Hypotéza č. 6: Předpokládám, že více než 50 % sester si uvědomuje právní význam vedení ošetrovatelské dokumentace. To vyplynulo z odpovědí na otázky číslo - 17, 22, 23, 24, 25.

Podstatné je provádět záznamy správně, protože jediný chybný zápis znehodnotí celou dokumentaci. Všechny sestry považují ošetrovatelskou dokumentaci za důležitou, důvody už nejsou zcela jednoznačné. Výzkum ukázal, že uvedené možnosti, jako „zlepšuje kvalitu péče“, „vytváří přehled“, „zaznamenává průběh stavu pacienta“, „podporuje kontinuitu péče a právní ochranu sester“, jsou skoro vyrovnané. Sestry neupřednostňují ani jednu z možných odpovědí. Jen 79 % sester ví o seznamu podpisových vzorů, který může složit k prokázání sestry, jenž zápis provedla. Větší přehled znalosti právních předpisů u sester nám dává otázka: „Je zdravotnické zařízení povinno vést zdravotnickou dokumentaci?“ Kladně odpovědělo 94 % sester, přitom neznalost zákona neomlouvá. Ptali jsme se také, jakým způsobem by sestry chtěly řešit nápravu chyb ve vyplňování ošetrovatelské dokumentace. Celkem 54 % sester by chtělo chyby v ošetrovatelské dokumentaci řešit na provozních poradách, dalších 25 % uvedlo účast na školení a 13 % by to neřešila vůbec. Z toho se dá vyvodit závěr, že ošetrovatelská dokumentace je důležitá, stejně tak i znalosti o jejích právních úpravách, ale menší část sester už není schopna převzít odpovědnost, přesto je hypotéza potvrzena.

ZÁVĚR

Ošetrovatelská dokumentace je důležitá pro péči o pacienta. Každé zdravotnické zařízení je povinno vést zdravotnickou dokumentaci, včetně ošetrovatelské. Její podstatou je zaznamenávání průběhu zdravotního stavu pacienta, podporovat kontinuitu péče, vytvářet přehled péče, zlepšovat kvalitu a právní význam. Bez ošetrovatelské dokumentace by nemohla probíhat ošetrovatelská péče.

Výzkumem jsem chtěla zjistit, zda mají sestry povědomí o ošetrovatelské dokumentaci, zda jsou spokojeny s její současnou podobou v konkrétním zdravotnickém zařízení. Dále jak sestry pracují s ošetrovatelskou dokumentací a zda si uvědomují právní dopad vedení ošetrovatelské dokumentace.

Výzkum prokázal, že ošetrovatelská dokumentace na jednotkách intenzivní péče je důležitou součástí sesterské práce.

Potvrdily se hypotézy 1: „Myslím si, že více než 50 % dotazovaných sester se setkalo s ošetrovatelskou dokumentací v rámci studia“, hypotéza 2: „Domnívám se, že více než 80 % sester intenzivní péče bylo během nástupní praxe proškoleny o ošetrovatelské dokumentaci“, a hypotéza 6: „Předpokládám, že více než 50 % sester si uvědomuje právní význam vedení ošetrovatelské dokumentace“.

Nepotvrdily se hypotézy 3: „Předpokládám, že více než 75 % sester intenzivní péče vyhovuje ošetrovatelská dokumentace v nemocnici konkrétního zdravotnického zařízení“, a 5: „Domnívám se, že více než 90 % sester intenzivní péče pracuje s ošetrovatelskou dokumentací správně, v souladu s právními a vnitřními předpisy“.

Hypotéza 4: „Myslím si, že více než 75 % sester usnadňuje současná podoba ošetrovatelské dokumentace péči o pacienty“ se jednoznačně nepotvrdila ani nevyvrátila.

Sestry mají o ošetrovatelské dokumentaci základní přehled, ale není jednotný systém při jejím zaznamenávání. Sestrám ošetrovatelská dokumentace nevyhovuje, ale záleží, jestli by další úprava přinesla zlepšení. Jak ukázal výzkum, navrhované změny se z větší části shodují se současnou podobou ošetrovatelské dokumentace. Zvětší části tak odpověděly sestry, což uvádí graf 21. Pokud by se ujednotily zásady pro její vedení, možná by sestry

ošetřovatelskou dokumentaci více využívaly a byly by s ní pak i více spokojené. Právní význam si sestry uvědomují, ale neznají dostatečně právní a vnitřní předpisy. Je tak patrné například z grafu 29, kdy správnou odpověď uvedla pouze ¼ dotázaných. Zvýšením počtu přednášek na toto téma, by sestry dostaly možnost zjistit více informací a efektivněji by pak mohly ošetřovatelskou dokumentaci využívat. Doporučuji zpracování hlavních zásad zaznamenávání do dokumentace do směrnice ředitele. Tyto úpravy jsou nutné k definování jednotného postupu k zaznamenávání do ošetřovatelské dokumentace. To přispěje k eliminaci řešení sporných otázek pouze domluvenými postupy.

Cíle diplomové práce byly splněny a výzkumné otázky zodpovězeny.

Práce bude po obhájení poskytnuta Oddělení řízení kvality zdravotní péče ÚVN k jejímu dalšímu využití. Doufám, že to povede k zlepšení stávajícího systému a k nápravě nedostatků, na které se během výzkumu přišlo.

V příštím výzkumu bych se ráda zaměřila na konkrétní podobu ošetřovatelské dokumentace. Její podoba by měla odpovídat požadavkům sester jednotek intenzivní péče. Ráda bych blíže specifikovala konkrétní úpravy v jednotlivých částech ošetřovatelské dokumentace. Je nutné se zaměřit nejen na obsah, ale i na vzhled ošetřovatelské dokumentace.

Seznam použitých knižních zdrojů

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Ošetrovatelská péče*, 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006. 103-119 s. ISBN 80-246-1113-9
2. BERGER, J. *Informatika v klinické praxi pro lékaře a klinické biology*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1993, 15 - 39 s. ISBN 80-85623-78-1.
3. CARPENITO, L., J. *Handbook of Nursing Diagnosis*, 9.vyd. Lipincott Wiliam & Wilkins: Philadelphia, 2002, 669 s. ISBN 978 -0-7817-3366-9
4. CARPENITO, L., J. *Nursing Care Plans and Documentation: Nursing Diagnoses and Collaborative*, 5 edice Lipincott Wiliam & Wilkins: Philadelphia, 2008, 3 a 59 s. ISBN 978-0-7817-7064-4
5. DOENGES, M., MOORHOUSE, M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, 2.vyd. Praha: Grada, 2001, 25–38 s. ISBN 80-247-0242-8
6. HERDMAN, T. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice & klasifikace*, 1.vyd. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-3423-1
7. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 167–169 s. ISBN 978-80-247-1830-9
8. KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací*, 1.vyd. Praha: Grada, 2002, ISBN 80-247-0278-9
9. KOLEKTIV AUTORŮ. *Managment ve zdravotnictví*, 1.vyd Brno: Computer Press, 2003 ISBN 80-7226-996-8
10. KOZIEROVÁ B. *Ošetrovatelstvo: koncepci, ošetrovatelský proces a prax I.*, 1.vyd. Martin: Osveta 1995, 142-240 s. ISBN 80-217-0528-0
11. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*, 1.vyd. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-3224-4
12. LEMON 1, 1.vyd. Brno: *Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví*, 1996, ISBN 80-7013-234-5
13. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 17 – 40s. a 259 – 262 s. ISBN 80-247-1399-3
14. MARX, D., STANĚK I. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, 3.vyd. Praha: Grada, 2008 ISBN 978-80-247-2436-2
15. MARX, D., VLČEK, F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*, Praha: TIGIS, 2009 25-29 s. ISBN 978-80-903750-6-2

16. NIGHTINGALEOVÁ, F. *Kniha o ošetřování nemocných*, Praha nakladatelství J. OTTO, 1874, č. XIV, 153s.
17. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*, 1.vyd. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1211-3
18. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*, 1.vyd. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-2358-7
19. ROZSYPALOVÁ M. a kolektiv *Ošetřovatelství*, 2. vyd. Praha: AVICENUM, 1988 ISBN 08-002-89
20. STAŇKOVÁ, M. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 1: Koncepce českého ošetřovatelství, Základní terminologie*, 2.vyd. Brno: NCO NZO, 2005, ISBN 80-7013-420-8
21. STAŇKOVÁ, M. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 2: Zajišťování kvality ošetřovatelské péče, Etický kodex, Charty práv pacientů*, 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2009 ISBN 80-7013-270-1
22. STAŇKOVÁ, M. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*, 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2005 ISBN 80-7013-282-5
23. STAŇKOVÁ, M. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 4: Jak provádět ošetřovatelský proces*, 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2009 ISBN 80-7013-283-3
24. STAŇKOVÁ, M. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 6: Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*, 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-323-6
25. STAŇKOVÁ, M. *Ošetřovatelství 1*, 1. vyd. Praha: AVICENUM, 1988 ISBN 08-024-88
26. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetřovatelství*, Praha: Karolinum, 1996, ISBN 80-7184-243-5
27. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Základy ošetřovatelství*, 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006 ISBN 80-246-1091-4
28. ŠIMÁČKOVÁ, C. *Ošetřovatelství 1*, 1.vyd. Praha: AVICENUM, 1985 ISBN 08-097-85
29. ŠKRLA, P. *Kreativní ošetřovatelský management*, 1.vyd. Praha: Advent - Orion, 2003, ISBN 80-7172-841-1
30. ŠPULDA, D. et al. *Zdravotnická informatika*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. s.87 – 96 ISBN 978-80-249-1378-9.

31. UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-2658-8
32. VAŠÁTKOVÁ, I. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*, 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN:80-7013-327-9
33. VONDRÁČEK, L. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*, 1.vyd. Praha: Galén 2006, ISBN 80-7262-392-3
34. VONDRÁČEK, L. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*, 1.vyd. Praha: Grada, 2003, ISBN 80-247-0704-7
35. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ V. *Právní minimum pro sestry*, 1.vyd. Praha: Grada, 2009, ISBN 979-80-247-3132-2
36. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*, 1.vyd. Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-1198-2
37. VONDRÁČEK, L. *Sestra a její dokumentace*, 1.vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2763-9

Seznam použitých časopisů

38. ČABLOVÁ, E. O taxonomii a zdravém rozumu, *Sestra*. Praha: 2010, 20, 1, s. 7 ISSN 1210-0404
39. FRANTÁLOVÁ, D., KOPECKÁ, E. Dokumentace nesmí být nutným zlem. *Sestra*. Praha: 2007, 17, 11 s. 7 ISSN 1210-0404
40. GEBAUEROVÁ E., KALETOVÁ, Š. Monitorování pádů pacienta, *Sestra*. Praha: 2007, 17, 6, s.35 ISSN 1210-0404
41. HERMANOVÁ, M. Ošetrovatelská dokumentace v nemocničním systému, *Sestra*, Praha: 2007, 17, 6, 11s. ISSN 1210-0404
42. ILLÉS, T., J. Aplikace ošetrovatelského procesu v urgentní medicíně, *Sestra*. Praha: 2010, 20, 7-8, s.84 ISSN 1210-0404
43. JANČOVÁ, M., NOVÁKOVÁ, B. Dokumentace HINZ na oddělení klinické farmakologie FN Plzeň – Bory, *Sestra*, Praha: 1996, 6, s.5-6 ISSN 1210-0404
44. KLÁNOVÁ, M. Zdravotnická dokumentace. *Sestra*. Praha: 2009, 19, 6 s.12 ISSN 1210-0404

45. KOCOURKOVÁ, J., MIČUDOVÁ, E. Ošetrovatelská dokumentace v nemocničním informačním systému, Sestra, Praha: 2006, 16, 3, 25s. ISSN 1210-0404
46. KOLEKTIV AUTORŮ. Zkušenosti se zaváděním sesterské dokumentace, Sestra, Praha: 1994, 2, příloha s.9-16 ISSN 1210-0404
47. LACINOVÁ, M. *Dokumentace anesteziologických sester v ÚVN Praha*, Sestra. Praha: 2007, 17, 7, s.59 ISSN 1210-0404
48. MAREČKOVÁ, J., PŘIKRYLOVÁ, L. *Nanda klasifikace*, Sestra. Praha: 2005, 15, 2, s.8 ISSN 1210-0404
49. MARX, D. *Některé zahraniční systémy hodnocení kvality související s akreditacemi ve zdravotnictví*, Zdravotnické noviny, Praha: 2007, č.33 ISSN 0044-1996
50. MAZÁČOVÁ, J. Ošetrovatelská dokumentace, Sestra, Praha: 1994, 4, s.11-12 ISSN 1210-0404
51. MINARÍKOVÁ, P. *Monitorace pacienta*, Sestra, Praha: 2008, 18, 7, s. 42 ISSN 1210-0404
52. MYSLIVCOVÁ, N. *Sesterská dokumentace v Plzni* Sestra, Praha: 1993, 4, s. 12-14 ISSN 1210-0404
53. NEUBAUEROVÁ, D. Je sesterská dokumentace jen další administrativa?, Sestra, Praha: 1992, 2, s.21 ISSN 1210-0404
54. PÁTKOVÁ, D. *Elektronická ošetrovatelská dokumentace – úspora času ošetrovatelského personálu*, Sestra - příloha Zdravotnické interiéry a technika, Praha: 2007, 17, 6 s.9 ISSN 1210-0404
55. PROCHÁZKOVÁ, E. *Plány přímé péče pro dlouhodobou péči v Rakousku*, Sestra. Praha: 2011, 21, 1, s.22 ISSN 1210-0404
56. ŠČEPONCOVÁ, S. *NANDA taxonomie II*. Sestra, Praha: 2009, 19, 11, s 20. ISSN 1210-0404
57. ŠČEPONCOVÁ, S. *Zdravotnická dokumentace*, Sestra, Praha: 2009, 19, 11, s 28. ISSN 1210-0404
58. ŠKUBOVÁ, J. Plzeň – Lochotín a sesterská dokumentace, Sestra, Praha: 1995, 2, s.7-9 ISSN 1210-0404
59. TOMEK, V. Ošetrovatelská dokumentace, Florenc. Praha: 2007 ISSN 1801-464X

60. URBANČÍKOVÁ, P. Nad dokumentací stále nejasno, *Sestra*, Praha: 1994, 1, s.14 ISSN 1210-0404
61. WALTER, I. Naše zkušenosti s ošetrovatelským procesem, *Sestra*, Praha: 1995, 3, s.5-6 ISSN 1210-0404
62. ZUZÁKOVÁ, E. Fyzikální vyšetření – metoda získávání a objektivizace údajů v ošetrovatelském procesu. *Sestra*. Praha: 2009, 19, 1, s.29 ISSN 1210-0404

Seznam použitých právních předpisů

63. Listina základních práv a svobod, ve znění zákona č. 2/1993 Sb. v platném znění
64. Gutová, L. Marx, D. a kol. Směrnice ředitele č.3/2004: Zásady vedení zdravotnické dokumentace v ÚVN Praha, ze dne 25.3.2004 v platném znění přístupná na intranetu ÚVN Praha
65. Věstník MZ ČR, částka 9, 2004, Metodické opatření č. 9
66. Vyhláška č.385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci, ze dne 21. července 2006 v platném znění
67. Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, ze dne 17.3.1966 v platném znění
68. Zákon č. 40/1964 Sb. občanský zákoník, ze dne 26.1.2011 v platném znění
69. Zákon č. 40/2009 Sb. trestný zákoník, ze dne 8.1.2009 v platném znění
70. Zákon č. 97/1974 Sb. o archivnictví, ze dne 30.10.1974 v platném znění
71. Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ze dne 25.4.2000 v platném znění
72. Zákon č. 123/2000 Sb. o zdravotnických prostředcích, ze dne 15.4.2000 v platném znění
73. Zákon č. 160/1992 o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ze dne 19.3.1992 v platném znění
74. Zákon č. 227/2000 Sb. o elektrickém podpisu a o změně některých dalších zákonů, ze dne 26.7.2000 v platném znění
75. Zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce ze dne 21.4.2006 v platném znění

Seznam použitých webových stránek

76. Metodický pokyn pro vedení ošetrovatelské dokumentace [online]. Dostupné z: <fondyeu.kr-stredocesky.cz/viewDocument.asp?document=17398> [cit. 2011-02-29]
77. *Vedení zdravotnické dokumentace* [online]. Dostupný z <<http://www.cnna.cz/vedeni-oseetrovatelske-dokumentace.html>> [cit. 2011-02-27]

Seznam zkratek

ANA	American Nurses Association, Sdružení amerických sester
ARO	anesteziologicko resuscitační péče
atd.	a tak dále
Bc.	titul absolventa bakalářského studia na vysoké škole
COP	care of patients, péče o pacienty
č.	číslo
ČAS	Česká asociace sester
EFQM	European Foundation for Duality Management, Evropská nadace pro řízení kvality
GSC	Glasgow Coma Scale, Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí
JCAHO	Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organisations, Spojená komise pro akreditační organizaci
JCIA	Joint Commission International Accreditation, Spojená komise pro mezinárodní akreditaci
JIP	jednotka intenzivní péče
Mgr.	titul absolventa magisterského studia na vysoké škole
MZ	Ministerstva zdravotnictví
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association, Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy
např.	například
NIC	klasifikace ošetrovatelských intervencí – Nursing Interventions Classification
NOC	klasifikace výsledků ošetrovatelské péče – Nursing Outcomes Classification
NIS	nemocniční informační systém
odd.	oddělení
OŘKZP	Oddělení řízení kvality zdravotní péče
odst.	odstavec
příp.	případně
resp.	respektive
SAK	Spojená akreditační komise
sestra	všeobecná sestra
Sb.	Sbírky
SZŠ	střední zdravotnická škola
tab.	tabulka
tzn.	to znamená
ust.	ustanovení
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
VOŠ	vyšší odborná škola
VŠ	vysoká škola
WICHE	Western Interstate Commission on Higher Education, Západní mezistátní komise o vyšším vzdělání

Seznam tabulek

- Tab. 1 Charakteristika výzkumného vzorku
- Tab. 2 Upřednostňovaná forma ošetrovatelské dokumentace
- Tab. 3 Část dokumentace používaná nejčastěji na jednotlivých odd.
- Tab. 4 Důležitost vedení ošetrovatelské dokumentace
- Tab. 5 Dopady nesprávně vypsání dokumentace

Seznam grafů

- Graf 1 Zkušenosti s ošetrovatelskou dokumentací na jednotlivých odd.
- Graf 2 Zkušenosti s ošetrovatelskou dokumentací z celkového počtu
- Graf 3 Zdroj informací o ošetrovatelské dokumentaci na jednotlivých odd.
- Graf 4 Zdroj informací o ošetrovatelské dokumentaci z celkového počtu
- Graf 5 Seznámení s dokumentací během nástupní praxe na jednotlivých odd.
- Graf 6 Seznámení s dokumentací během nástupní praxe z celkového počtu
- Graf 7 Školení v ošetrovatelské dokumentaci prováděl na jednotlivých odd.
- Graf 8 Školení v ošetrovatelské dokumentaci prováděl z celkového počtu
- Graf 9 Přínos školení o dokumentaci na jednotlivých odděleních
- Graf 10 Přínos školení z celkového počtu odpovědí
- Graf 11 Využití semináře v rámci celoživotního studia na jednotlivých odd.
- Graf 12 Využití semináře v rámci celoživotního studia z celého počtu
- Graf 13 Vypracovaná vnitřní směrnice pro dokumentaci na jednotlivých odd.
- Graf 14 Vypracovaná vnitřní směrnice pro dokumentaci z celkového počtu
- Graf 15 Podklady k vyplňování dokumentace na jednotlivých odd.
- Graf 16 Podklady k vyplňování dokumentaci z celkového počtu
- Graf 17a Věnovaný čas dokumentaci na jednotlivých odd.
- Graf 17b Věnovaný čas dokumentaci z celkového počtu
- Graf 18a Jejich názoru na dobu na jednotlivých odd.
- Graf 18b Jejich názor na dobu z celkového počtu
- Graf 19 Typ preferované ošetrovatelské dokumentace na jednotlivých odd.
- Graf 20 Typ preferované ošetrovatelské dokumentace z celkového počtu
- Graf 21 Forma ošetrovatelské dokumentace na všech odděleních

Graf 22 Při předávání služby využívají dokumentaci na jednotlivých odd.
Graf 23 Při předávání služby využívá dokumentaci z celkového počtu
Graf 24 Preferovaná část dokumentace při předávání služby z kladných odpovědí
Graf 25 Postup při chybném zápisu z celkového počtu
Graf 26 Konkrétní postupy u chybného zápisu z celkového počtu
Graf 27 Vyjádření spokojenosti s dokumentací na jednotlivých odd.
Graf 28 Vyjádření spokojenosti s dokumentací z celkového počtu
Graf 29 Provedení zápisu při změně stavu pacienta na jednotlivých odd.
Graf 30 Provedení zápisu při změně stavu pacienta z celkového počtu
Graf 31 Provádění přehodnocení plánu na jednotlivých odd.
Graf 32 Provádění přehodnocení plánu z celkového počtu
Graf 33 Hodnocení péče probíhá na jednotlivých odd.
Graf 34 Hodnocení péče probíhá z celkového počtu
Graf 35 Důvody vedení ošetrovatelské dokumentace z celkového počtu
Graf 36 Seznam pracovníků s podpisovými vzory na jednotlivých odd.
Graf 37 Seznam s podpisovými vzory celkově
Graf 38 Povinnost vést dokumentaci na jednotlivých odd.
Graf 39 Povinnost vést dokumentaci z celkového počtu
Graf 40 Dopady nesprávně vypsání dokumentace z celkového počtu
Graf 41 Nespokojenost s dokumentací na jednotlivých odd.
Graf 42 Přehled důvodů nespokojenosti s dokumentací z celkového počtu

Seznam příloh

- Příloha č. 1 Ošetřovatelská dokumentace – moje zpracování plánu a hodnocení ošetřovatelské péče
- Příloha č. 2a Plán ošetřovatelské péče - přední strana
- Příloha č. 2b Plán ošetřovatelské péče - zadní strana
- Příloha č. 3a Hodnocení ošetřovatelské péče – přední strana
- Příloha č. 3b Hodnocení ošetřovatelské péče – zadní strana
- Příloha č. 4 Vedení a uchování ošetřovatelské dokumentace – ČAS
- Příloha č. 5 Směrnice ředitele č. 03/2004
- Příloha č. 6 Dotazník

**Příloha č. 1 Ošetrovatelská dokumentace – moje zpracování plánu a
hodnocení ošetrovatelské péče**

Plán a hodnocení ošetrovatelské péče ARO, JIP			
1) Dýchání	<input type="checkbox"/> UPV <input type="checkbox"/> Ayre - T <input type="checkbox"/> spontální ventilace <input type="checkbox"/> kyslíková maska <input type="checkbox"/> kyslíkové brýle <input type="checkbox"/> jiná <input type="checkbox"/> nebulizace <input type="checkbox"/> toleruje <input type="checkbox"/> netoleruje <input type="checkbox"/> odkašlávání <input type="checkbox"/> nutno odsávat odsává se : <input type="checkbox"/> nic <input type="checkbox"/> málo <input type="checkbox"/> hodně barva : <input type="checkbox"/> bílé <input type="checkbox"/> žluté <input type="checkbox"/> jiné příměsí : <input type="checkbox"/> světlé krve <input type="checkbox"/> tmavé krve <input type="checkbox"/> jiné charakter : <input type="checkbox"/> husté, vazké <input type="checkbox"/> jiné		
cíl	plán		
<input type="checkbox"/> udržení průchodnosti dých.cest <input type="checkbox"/> nevznikne infekce DC <input type="checkbox"/> bez známek hypoxie	<input type="checkbox"/> prav. sterilní odsávání, sleduj vzhled sputa <input type="checkbox"/> zvlhčování vdech.směsí <input type="checkbox"/> stálá kontrola funkce ventilátoru <input type="checkbox"/> zvol vhodnou polohu <input type="checkbox"/> prováděj dech. RHB, nácvik odkašlávání <input type="checkbox"/> poskytni pacientovi psychickou podporu		
denní služba :			
noční služba :			
2) Vědomí	<input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> sedace <input type="checkbox"/> mírná <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> hluboká		
	kontakt :	bariéry v kom. :	
	<input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> zřížený <input type="checkbox"/> nelze navázat	<input type="checkbox"/> fyzické <input type="checkbox"/> psychické <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> neschopnost řeči <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> smyslová	
	komunikace :		
	<input type="checkbox"/> verbální <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> nonverbální		
	psych. stav :	<input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> spolupracující <input type="checkbox"/> výzvě vyhoví <input type="checkbox"/> neklidný <input type="checkbox"/> nespolupracující <input type="checkbox"/> výzvě nevyhoví <input type="checkbox"/> depresivní <input type="checkbox"/> apatický <input type="checkbox"/> zmatený <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> jiné	
cíl	plán		
<input type="checkbox"/> pac.bude udržen v sedaci <input type="checkbox"/> pac. bude spolupracovat <input type="checkbox"/> snížit riziko úrazu / pádu <input type="checkbox"/> zlepšení komunikace, najít vhodné metody nonverb. komunikace	<input type="checkbox"/> sleduj příznaky nedost. sedace <input type="checkbox"/> všiměj si a zaznamenej chování pac. <input type="checkbox"/> poskytni pac. psychickou podporu <input type="checkbox"/> zajisti pomůcky k nonverbální komunikaci <input type="checkbox"/> pouč pac. o riziku úrazu / pádu <input type="checkbox"/> uprav vhodně okolí lůžka		
denní služba :			
noční služba :			
3) Výživa	<input type="checkbox"/> parenterální <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> enterální <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> NJS <input type="checkbox"/> jiná odpady - barva : množství : <input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> menší <input type="checkbox"/> větší		
	<input type="checkbox"/> příjem per os <input type="checkbox"/> tekutiny <input type="checkbox"/> přesnídávky, jogurty <input type="checkbox"/> dieta č.: příjem : <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> s problémy pomůcky : <input type="checkbox"/> stříkačkou <input type="checkbox"/> hrneček s pítkem <input type="checkbox"/> hrnek <input type="checkbox"/> lžičkou <input type="checkbox"/> příbor <input type="checkbox"/> jiné		

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nevolnost/ zvracení		barva : /	frekvence : ... / ...	množství : /
cíl		plán		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> udržení objemu tekutin na opt. úrovni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bezproblémový příjem parent. výživy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bezproblémový příjem enter. výživy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> příjem p.o.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zaznamenej příjem / výdej tekutin a potravy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sleduj známky dehydratace a podvýživy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zajisti příjem sondou <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zajisti příjem tekutin, vhodné pomůcky <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zajisti příjem kašovitě stravy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> plný příjem p.o. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> při zvracení zajisti vhodnou polohu, pomůcky, výplach DÚ		
denní služba :				
noční služba :				
4) Vyprazdňování				
• moče	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PMK hodnocení - barva : - příměsi : <input type="checkbox"/> " zaštipování" PMK	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> močí spontálně <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> světlá <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sraženiny	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oranžová <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hnis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> růžová <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tmavohnědá <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jiná
• stolice	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ano, počet hodnocení - barva : - charakter : - příměsi :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ne, datum poslední stolice <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hnědá <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tuhá <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> krev	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> acholická <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> měkká <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hlen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meléna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hnis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> steatorea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tekutá <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> paraziti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jiná <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jiné
• pocení	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nadměrné			
cíl		plán		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zabránění vzniku moč. infekce <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dosažení fyziol. způsobu vyprazd. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pac. netrpí zácpou / průjmem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pac. se pravidelně vyprazdňuje		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sleduj příjem a výdej, barvu a příměsi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zajisti soukroví při vyprazdňování <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dbej na hygienu genitálií <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pouč o vhodném výběru stravy, důležitosti pitného režimu		
denní služba :				
noční služba :				
5) Soběstačnost		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> částečná - dopomoc při :		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hygieně <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mobilitě <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> příjmu tekutin a potravy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vyprazdňování <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oblékání		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zcela nesoběstačný - veškerou péči přebírá ošetř. personál		
		polohování : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> s problémy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nepolohován pro		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bazální stimulace :		
cíl		plán		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> osvojení si způsobů umožňujících opětovné provádění činností <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> znovuobnovení soběstačnosti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nevzniknou dekubity, opruzeniny <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> neobjeví se žádné příznaky TEN		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zjistí stupeň soběstačnosti nem. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> prováděj hygien. péči, krmení oblékání <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zajisti pomůcky, uprav okolí lůžka <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> aktivně zapojuj rodinu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> přizpůsobuj se schopnostem nem.		
denní služba :				
noční služba :				

Příloha č. 2a Plán ošetrovatelské péče - přední strana

Příjmení: _____
 Jméno: _____
 R.č.: _____

Ošetrovatelský plán pro intenzivní péči

list č.: _____ Datum: _____

Ošetrovatelský problém	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelské intervence
1) Dýchání	<input type="checkbox"/> udržení průchodnosti dýchací cesty	zvlhčování a ohřívání vdechované směsi
	<input type="checkbox"/> včasné rozpoznání příznaků hypoxie	aseptické odsávání, viz SOP C8
		sledování vzhledu sputa
		sledování SpO ₂ , EtCO ₂
2) Vědomí		zvolení vhodné polohy
		provádění dech. cvičení, nácvik odkšlávání
		oxygenoterapie, viz SOP C3
	<input type="checkbox"/> pacient bude udržen v sedaci in ex	sledování kvality a hloubky vědomí (GCS, RSS)
3) FF	<input type="checkbox"/> pacient bude spolupracovat	zaznamenání změn v chování pacienta
	<input type="checkbox"/> najít vhodné metody nonverb. komunikace	zajištění pomůcek k nonverbální komunikaci
	<input type="checkbox"/> snížit riziko úrazu/pádu	přítomnost os. personálu u lůžka
		omezení v lůžku viz SOP E1, E7
4) Bolest akutní		poučení pacienta o riziku úrazu/pádu
		poskytnutí psychické podpory
	<input type="checkbox"/> včasné odhalení změn	monitoring - kontrola TK, P, TT, CVP
		kontrola zornic
5) Výživa		kontrola ICP, CPP
		sledování bilance tekutin
		přiložení termoregulační přikrývky
		aplikace infuzní terapie přes ledový vak
	fyziální chlazení	poučení pacienta o sledování FF
	<input type="checkbox"/> odhalení nonverbálních projevů bolesti	postupuj dle SOP A5
	<input type="checkbox"/> včasné odhalení nedostatků příjmu potravy	zaznamenání příjmu/výdeje tekutin a potravy
	<input type="checkbox"/> včasné odhalení nedostatků příjmu tekutin	zajištění podání parenterální výživy
		zajištění příjmu sondou, viz SOP B12
		zajištění příjmu tekutin, vhodné pomůcky
		zajištění příjmu kasovitě stravy
		plný příjem per os
		zajištění vhodné polohy při zvracení
		zajištění vhodné polohy (nízko aspirace)
		zajištění zubní protezy

Příloha č. 2b Plán ošetrovatelské péče - zadní strana

Ošetrovatelský problém	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelské intervence	Datum
6) Vyprazdňování	<input type="checkbox"/> včasné odhalení změn ve vyprazdňování stolice	sledování a záznam bilance tekutin	
	<input type="checkbox"/> návčik spontánního močení	zajištění soukromí při vyprazdňování péče o hygienu genitálií	
7) Riziko infekce <input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> EDK <input type="checkbox"/> CZK <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> ART <input type="checkbox"/> TSK <input type="checkbox"/> ETR <input type="checkbox"/> PŽK	<input type="checkbox"/> včasné odhalení komplikací	péče o invazivní vstupy dle příslušného SOP kontrola polohy a průchodnosti PMK kontrola vzhledu a množství moči kontrola okolí invazivního vstupu kontrola rány	
	8) Kůže <input type="checkbox"/> nedojde k porušení integrity	prevenční opatření dle MN č. 1/2008 provádění pasivního cvičení aktivní cvičení pacienta zvyšovaná péče/kontrola predilekčních míst polohování, mikropolohování péče o defekt, viz formulář péče o ranu supervize sestry specializky/NT	
9) Soběstačnost	<input type="checkbox"/> zjištění stupně soběstačnosti	celková koupel na lůžku	
	<input type="checkbox"/> návčik soběstačnosti v jednotlivých oblastech	celková koupel v koupelně na vozíku asistence při hygienické péči návčik péče o dutinu ústní asistence při jídle a pití/krajeni, mazání návčik úchopu pomůcek / hmku, příboru návčik vyprazdňování pac. na pojezdném WC asistence při oblékání návčik změny polohy v lůžka návčik sedu s DK z lůžka/v kresle návčik stoje bazální stimulace	
Týdenní přehodnocení plánu:			
Podpis a razítko sestry:			
Podpis a razítko sestry:			
Podpis a razítko sestry:			
Podpis a razítko sestry:			

Příloha č. 3a Hodnocení ošetrovatelské péče – přední strana

Příjmení:
Jméno:
R.č.:

Hodnocení a posouzení stavu nemocného pro intenzivní obory



List č.:

1) Dýchání	<input type="checkbox"/> UPV	<input type="checkbox"/> Ayre - T		
	<input type="checkbox"/> spontánní ventilace		<input type="checkbox"/> kyslíkové brýle	<input type="checkbox"/> jiná
	<input type="checkbox"/> kyslíková maska		<input type="checkbox"/> toleruje	<input type="checkbox"/> netoleruje
	<input type="checkbox"/> nebulizace		<input type="checkbox"/> nutno odsávat	
	<input type="checkbox"/> odkašlává			
	odsává se: <input type="checkbox"/> nic	<input type="checkbox"/> málo	<input type="checkbox"/> hodně	<input type="checkbox"/> tachypnoe
	barva sputa: <input type="checkbox"/> bílé	<input type="checkbox"/> žluté	<input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> eupnoe
	příměsí: <input type="checkbox"/> světlé krve	<input type="checkbox"/> tmavé krve	<input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> bradypnoe
	charakter: <input type="checkbox"/> husté, vazké	<input type="checkbox"/> zpěněné	<input type="checkbox"/> jiné	
	příznaky IS <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	jaké:	
denní služba :				
noční služba :				
2) Vědomí	<input type="checkbox"/> při vědomí	<input type="checkbox"/> bezvědomí	<input type="checkbox"/> vegetativní stav	
	<input type="checkbox"/> porucha vědomí	<input type="checkbox"/> somnolence	<input type="checkbox"/> sopor	
	<input type="checkbox"/> sedace	<input type="checkbox"/> mírná	<input type="checkbox"/> střední	<input type="checkbox"/> hluboká
	kontakt: <input type="checkbox"/> bez omezení			
	<input type="checkbox"/> ztížený			
	<input type="checkbox"/> nelze navázat			
	komunikace: <input type="checkbox"/> verbální	<input type="checkbox"/> žádná		
	<input type="checkbox"/> nonverbální			
	psych. stav: <input type="checkbox"/> klidný	<input type="checkbox"/> spolupracující	<input type="checkbox"/> výzvě vyhoví	
	<input type="checkbox"/> neklidný	<input type="checkbox"/> nespolupracující	<input type="checkbox"/> výzvě nevyhoví	
denní služba :				
noční služba :				
3) FF	TK	P	TT	
	<input type="checkbox"/> hypertenze	<input type="checkbox"/> tachykardie	<input type="checkbox"/> hypertermie	<input type="checkbox"/> pacient chlazen
	<input type="checkbox"/> hypotenze	<input type="checkbox"/> bradykardie	<input type="checkbox"/> hypotermie	<input type="checkbox"/> pacient zahříván
	<input type="checkbox"/> normotenze	<input type="checkbox"/> arytmie	<input type="checkbox"/> subfebrilie	
		<input type="checkbox"/> normokardie	<input type="checkbox"/> normotermie	
denní služba :				
noční služba :				
4) Bolest	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nelze	<input type="checkbox"/> kont. analgosedace
				<input type="checkbox"/> kont. analgezie
	Paralingvistické projevy: <input type="checkbox"/> neklid	<input type="checkbox"/> vzdychání	<input type="checkbox"/> sykání	<input type="checkbox"/> pláč
	<input type="checkbox"/> grimasy		<input type="checkbox"/> nařikání	jiné:
	Pohyby končetin: <input type="checkbox"/> ustrnutí	<input type="checkbox"/> ucuknutí	<input type="checkbox"/> tření příslušné oblasti	jiné:
	Posturologické projevy: <input type="checkbox"/> ustrnutí v určité poloze	<input type="checkbox"/> napínání končetin, těla	jiné:	
	Aktivita autonomního nerv. systému: <input type="checkbox"/> tachykardie	<input type="checkbox"/> hypertenze	<input type="checkbox"/> mydriáza	<input type="checkbox"/> nauzea
denní služba :				
noční služba :				

Příloha č. 3b Hodnocení ošetrovatelské péče – zadní strana

5) Výživa		<input type="checkbox"/> parenterální	<input type="checkbox"/> částečná	<input type="checkbox"/> úplná	<input type="checkbox"/> NGS	<input type="checkbox"/> NJS	<input type="checkbox"/> jiná.....
<input type="checkbox"/> enterální	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> množství :	<input type="checkbox"/> žádné	<input type="checkbox"/> menší	<input type="checkbox"/> větší	
příměs:	<input type="checkbox"/> hematin	<input type="checkbox"/> žluč	<input type="checkbox"/> nutrison	<input type="checkbox"/> stolice	<input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> žádná	
<input type="checkbox"/> příjem per os	<input type="checkbox"/> tekutiny	<input type="checkbox"/> přesnídávky, jogurty	<input type="checkbox"/> dieta č.:				
<input type="checkbox"/> nevolnost/ zvracení	barva :	/	frekvence : ...	množství :	/		
příznaky IS	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	jaké:				
denní služba :							
noční služba :							
6) Vyprazdňování							
• moče	<input type="checkbox"/> PMK	<input type="checkbox"/> močí spontánně	<input type="checkbox"/> jiné				
barva :	<input type="checkbox"/> světlá	<input type="checkbox"/> růžová	<input type="checkbox"/> tmavá	<input type="checkbox"/> jiná			
příměs :	<input type="checkbox"/> krev	<input type="checkbox"/> hnis	<input type="checkbox"/> jiné				
<input type="checkbox"/> nácvik mikčního reflexu u PMK							
• stolice	<input type="checkbox"/> ano, počet	počet dní bez stolice	<input type="checkbox"/> stomie				
barva :	<input type="checkbox"/> hnědá	<input type="checkbox"/> acholická	<input type="checkbox"/> meléna	<input type="checkbox"/> jiná ...			
charakter :	<input type="checkbox"/> tuhá	<input type="checkbox"/> měkká	<input type="checkbox"/> kašovitá	<input type="checkbox"/> tekutá			
příměs :	<input type="checkbox"/> krev	<input type="checkbox"/> hlen	<input type="checkbox"/> hnis	<input type="checkbox"/> jiné			
• pocení	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> nadměrné					
příznaky IS	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	jaké:				
denní služba :							
noční služba :							
7) Soběstačnost							
<input type="checkbox"/> úplná	<input type="checkbox"/> částečná - dopomoc při :	<input type="checkbox"/> hygieně	<input type="checkbox"/> mobilitě	<input type="checkbox"/> příjmu tekutin a potravy	<input type="checkbox"/> vyprazdňování	<input type="checkbox"/> oblékání	
<input type="checkbox"/> zcela nesoběstačný - veškerou péči přebírá ošetř. personál							
polohování :	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepolohován pro				
bazální stimulace :	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	viz dokumentace BS				
denní služba :							
noční služba :							
8) Kůže + infekce							
<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> suchá	<input type="checkbox"/> vlhká	<input type="checkbox"/> dekubity viz. Záznam péče o dekubity a rány				
<input type="checkbox"/> opruzeniny	<input type="checkbox"/> zarudlá	<input type="checkbox"/> hematomy	<input type="checkbox"/> otoky	<input type="checkbox"/> jiný			
<input type="checkbox"/> PMK	<input type="checkbox"/> PŽK	<input type="checkbox"/> ČŽK	<input type="checkbox"/> ART	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> EDK		
<input type="checkbox"/> ZKD	<input type="checkbox"/> Redon	<input type="checkbox"/> Penrose	<input type="checkbox"/> ETR	<input type="checkbox"/> TSK	<input type="checkbox"/> jiné		
<input type="checkbox"/> op. rána	příznaky IS	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	jaké:			
denní služba :							
noční služba :							

datum.....čas.....předal/a:.....

datum.....čas.....předal/a:.....

datum.....čas.....převzal/a:.....

datum.....čas.....převzal/a:.....

Příloha č. 4 Vedení a uchovávání ošetrovatelské dokumentace – ČAS

Vedení ošetrovatelské dokumentace

Obsah

- I. Předmluva
- II. Úvod
- III. Obsah a forma
- IV. Přístup a vlastnictví
- V. Informační technologie a počítačová dokumentace
- VI. Audit
- VII. Právní záležitosti a stížnosti
- VIII. Souhrn

I. Předmluva

Česká asociace sester (ČAS) je přesvědčena, že sestry, porodní asistentky a sestry v komunitní péči mají pracovat metodou ošetrovatelského procesu. Na zdokumentování jeho jednotlivých kroků a veškerých ošetrovatelských činností je důležité vedení ošetrovatelské dokumentace. ČAS poskytuje poradenskou službu pro sestry, porodní asistentky a sestry v komunitní péči pokud jde o dokumenty (směrnice) odborné praxe. V roce 2002 vydává ČAS první dokument „Vedení a uchovávání ošetrovatelské dokumentace“, aby poskytla uvedeným profesím návod pro tyto činnosti. ČAS by ráda poděkovala všem, kdo se na přípravě tohoto dokumentu jakýmkoliv způsobem podíleli.

Podobně jako všechny ostatní publikace ČAS, ani toto není brožurka nařízení, která přinese odpověď na každou otázku a každý problém týkající se vedení ošetrovatelské dokumentace, které se kdy vyskytnou. Nedomníváme se, že je úkolem ČAS v tomto ohledu stanovit pevný rámec pro obsah a formu vedení dokumentace. Místo toho chceme poskytnout návod, který vám, jak doufáme, pomůže promyslet některé problémy a procvičit si svůj profesionální úsudek jako spolehlivá sestra, porodní asistentka nebo sestra komunitní péče. Z těchto důvodů podporovali ti, s nimiž ČAS při přípravě textu konzultovala, naše rozhodnutí nazvat tuto publikaci spíše Směrnice pro vedení a uchovávání ošetrovatelské dokumentace než Standardy pro vedení a uchovávání ošetrovatelské dokumentace.

Doufáme, že tato brožurka bude užitečná pro vás a pro vaši profesionální praxi. ČAS bude tuto publikaci revidovat v roce 2004. Přivítáme vaše komentáře, které je třeba zaslat písemně na adresu:

Česká asociace sester
prezidium
U Nemocnice 2
120 00 Praha

Říjen 2002

II. Úvod

Ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví z roku 1998, částka 6 je jako metodické opatření vydána Koncepce ošetrovatelství, kde je definovaná ošetrovatelská dokumentace jako součást zdravotnické dokumentace.

Od 1. 7. 2001 nabyl účinnosti zákon č. 260/2001 Sb. Zákon v § 67 a) b) uvádí povinnosti zdravotnického zařízení při vedení zdravotnické dokumentace. Vedení ošetrovatelské dokumentace je nedílnou součástí práce sester, porodních asistentek a sester komunitní péče. Je nástrojem profesionální praxe, který by měl podporovat proces péče. Nedá se od tohoto procesu oddělit, ani to není volitelný doplněk, který se používá pouze tehdy, dovolují-li to okolnosti.

Dobré vedení ošetrovatelské dokumentace pomáhá chránit pacienty/klienty tím, že bude zajišťovat:

- standard ošetrovatelské péče;
- kontinuitu péče;
- lepší komunikaci a předávání informací mezi členy víceoborového zdravotnického týmu;
- přesný popis plánu péče a poskytované péče;
- možnost včas vyhledávat možné vznikající problémy, např. změnu stavu pacienta/klienta.

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

Neexistuje metoda ani šablona pro vedení ošetrovatelské dokumentace. Nejlepší ošetrovatelská dokumentace je taková, která vzniká na základě konzultací a diskusí, které probíhají na místní úrovni mezi všemi členy víceoborového zdravotnického týmu i s pacientem/klientem. Je to taková ošetrovatelská dokumentace, která je hodnocena a upravována podle potřeb pacientů/klientů a která umožňuje, aby o pacienta/klienta pečovala sestra, porodní asistentka nebo sestra komunitní péče bez ohledu na stadium procesu péče nebo prostředí péče. Je vhodné při sestavování ošetrovatelské dokumentace použít systematických ošetrovatelských modelů. Získáte tím ucelený přehled o pacientovi/klientovi a máte jistotu, že jste neopomněli sledovat určitou oblast potřeb.

Ošetrovatelská dokumentace je neocenitelný způsob podpory komunikace v rámci zdravotnického týmu a mezi zdravotnickými pracovníky a jejich pacienty/klienty. Dobře vedená ošetrovatelská dokumentace je tedy zároveň produktem dobré týmové práce i důležitým nástrojem zvyšování kvality zdravotnické péče.

Principy popsané v tomto dokumentu se týkají jak ručně psané, tak počítačové dokumentace všech zdravotnických zařízení. ČAS připouští, že do té doby, než bude schválena celostátní dohoda o standardech a formátu, se může dokumentace lišit v závislosti na potřebách pacienta/klienta. Dokumentace však musí dodržovat logickou a metodickou posloupnost se zřetelnými mezníky a cíli procesu vedení dokumentace v rámci ošetrovatelského procesu.

III. Obsah a forma

K efektivnímu vedení ošetrovatelské dokumentace přispívá řada faktorů:

- u každého pacienta/klienta je vedena samostatná ošetrovatelská dokumentace
- ošetrovatelská dokumentace by měla obsahovat tyto základní složky: ošetrovatelskou anamnézu, záznam vývoje stavu pacienta/klienta, ošetrovatelský plán a překladovou/pro-pouštěcí zprávu. Dle individuálních problémů pacienta/klienta lze použít další složky ošetrovatelské dokumentace, např. plán péče o dekubity, záznam bolesti apod.
- každá složka ošetrovatelské dokumentace musí být identifikovatelná, tzn. musí obsahovat osobní údaje pacienta/klienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a označení zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo
- dokumentace pacienta/klienta by měla být konkrétní, logicky navazující a přesná;
- zápis by měl být učiněn co možná nejdříve poté, co k události došlo, dokumentace by měla poskytovat aktuální informace o péči a stavu pacienta/klienta. Záznam má být pouze interpretací toho, co sestra viděla, slyšela, cítila nebo změřila nebo obsahuje pacientovy výroky a jeho reakci na péči / zákrok;
- všechny záznamy, změny a doplňky musí být opatřeny datem, časem a podpisem 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;
- dokumentace by neměla obsahovat nespisovné výrazy, bezvýznamné fráze, irelevantní spekulace a urážlivé subjektivní výroky;
- dokumentace by měla identifikovat problémy, které se vyskytly, a kroky, které byly podniknuty k jejich vyřešení;
- dokumentace musí poskytovat jednoznačný důkaz o sdělených informacích, přijatých rozhodnutích, poskytnuté péči a sdělených informacích.

IV. Přístup a vlastnictví

Právo jiných pracovníků na přístup k dokumentaci

ČAS podporuje princip sdílené dokumentace, podle něhož všichni členové zdravotnického týmu zapojení do péče a terapie jednotlivých pacientů/klientů vkládají zápisy do jedné dokumentace v souladu se schváleným místním standardem. Možnost získat informace při dodržování soukromí pacienta/klienta je velmi důležitá. Zápis každého člena zdravotnického týmu do této dokumentace by měl být považován za stejně důležitý. To odráží širší hodnotu spolupráce ve víceoborovém zdravotnickém týmu.

Uchovávání

Období, po něž se vyžaduje, aby záznamy pacientů/klientů byly uchovávány, závisí na platné legislativě. Je vhodné, aby mělo zařízení vypracované směrnice s uvedením požadavků na uchovávání veškerých záznamů, které je nutno dodržovat.

Vlastnictví záznamů

Organizace, které zaměstnávají profesionální pracovníky, kteří vedou dokumentaci, jsou právními vlastníky této dokumentace. To však neznamená, že kdokoliv v organizaci má automaticky právo na přístup k této dokumentaci nebo v ní obsažených informacím. Je vaší povinností chránit důvěrnost dokumentace pacienta/klienta na základě zákona č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Zdravotní dokumentace patří organizaci, ale informace v ní obsažené jsou důvěrné a měly by být poskytovány dokonce i pracovníkům této organizace pouze se souhlasem pacienta/klienta.

Výzkum, výuka a přístup

Záznamy pacienta/klienta mohou být použity pro výzkumné účely, při výuce a při klinickém dohledu pouze dle pravidel etické komise a její použití by mělo být schváleno místní etickou komisí. Platí zde stejné principy pro přístup a důvěrnost a mělo by být respektováno právo pacienta/klienta odmítnout přístup k jeho záznamům. V případě, že je záznamů k těmto účelům použito, musí být v dokumentaci písemný souhlas pacienta/klienta.

V. Informační technologie a počítačem vedené záznamy

Mnoho sester, porodních asistentek a sester komunitní péče nyní k záznamů svých plánů, hodnocení a poskytování péče používá informační technologie. Má to zřejmě výhody. Počítačové záznamy se snadněji čtou, jsou méně objemné, odstraňují potřebu duplicity a zlepšují komunikaci mezi členy zdravotnického týmu. Avšak stejné základní principy, které platí pro ručně psanou dokumentaci, musí být uplatňovány i u počítačových záznamů. Všechny samostatné části zdravotnické dokumentace musí obsahovat elektronický podpis osoby, která zápis provedla. V případě, že zápisy nemají elektronický podpis, musíte uchovávat tištěnou formu dokumentace s podpisy. Bezpečnostní kopie datových souborů musí být prováděny nejméně jednou za pracovní den. Uložení archívních kopií se vytváří nejméně jedenkrát za rok, je provedeno způsobem znemožňujícím do nich provádět dodatečné zásahy.

Bezpečnost, přístup a důvěrnost

Princip důvěrnosti informací, které zaznamenáváte o svých pacientech/klientech, je stejně důležitý u počítačových záznamů jako u všech ostatních záznamů. Jste profesionálně povinna zabezpečit, aby kterýkoliv používaný systém byl plně bezpečný. Měly by být vytvořeny jasné místní standardy, které by specifikovaly, kteří pracovníci mají k počítačem vedeným záznamům přístup. Pacienti/klienti nemají právo omezovat množství informací relevantních pro jejich péči nebo stav, které jsou zařazovány do jejich dokumentace. Mohou však omezit přístup k určitým informacím o sobě a vy musíte toto jejich právo respektovat. Tímto právem by se měly zabývat místní směrnice a standardy.

VI. Audit

Audit je jednou ze součástí procesu managementu a jeho konečným cílem je zvyšování kvality poskytované péče. Cíle je dosaženo, pokud je v průběhu zdravotní péče dosaženo zlepšení, rizika pro pacienta/klienta jsou minimalizována a náklady pro zaměstnavatele sníženy, je cíle dosaženo.

Audit může hrát důležitou roli při zajišťování kvality poskytované péče a to platí stejně i o procesu vedení ošetrovatelské dokumentace. Při auditu vámi vedené dokumentace můžete posoudit její úroveň a identifikovat oblasti, kde by mělo dojít ke zlepšení a poučení pracovníků. Nástroje auditu ke sledování úrovně zápisů by tedy měly být stanoveny na místní úrovni a měly by sloužit jako základ jak pro hodnocení, tak pro diskusi. Ať je použit jakýkoliv nástroj nebo systém auditu, měl

by být primárně zaměřen na to, aby spíše sloužil zájmům vašich pacientů/klientů než pohodlí organizace. Nutnost zachovávat důvěrnost informací o pacientovi/klientovi platí v auditu stejně tak jako v samotném procesu vedení dokumentace.

VII. Právní záležitosti a stížnosti

Ošetrovatelská dokumentace pacientů/klientů je někdy vyžadována jako důkaz u soudu a nebo za účelem vyšetření stížnosti na místní úrovni. Jako důkaz mohou být požadovány všechny složky ošetrovatelské dokumentace. Musíte si uvědomit, že veškeré zápisy, které učiníte do ošetrovatelské dokumentace pacienta/klienta, mohou být v určitém okamžiku podrobně zkoumány. Soudy mají k vedení ošetrovatelské dokumentace takový přístup, že „pokud něco není zaznamenáno, nebylo to ani provedeno“.

Etická komise ČAS posuzuje stížnosti na neprofesionální chování sester, porodních asistentek a sester komunitní péče.

Jako sestra, porodní asistentka nebo sestra komunitní péče máte jak profesionální, tak zákonnou povinnost poskytovat péči. Ošetrovatelská dokumentace, kterou vedete, by se měla řídit Obsahem a formou, kap. č.III.

Frekvence zápisů bude určována jak vašim profesionálním úsudkem, tak místními standardy a předpisy. Zápis v ošetrovatelské dokumentaci musí být učiněn vždy při změně zdravotního stavu pacienta/klienta a pacient/klient by měl být zhodnocen ošetřujícím personálem za každou pracovní směnu.

Sestra, porodní asistentka nebo sestra komunitní péče je profesionálnězodpovědná za to, aby všechny úkoly, byly splněny při zachování stanovené míry kvality. Jestliže např. pověříte vedením ošetrovatelské dokumentace studentky ošetrovatelství, studující porodní asistentky, musíte nad nimi zajistit řádný dohled a musíte se přesvědčit, zda jsou schopné tento úkol splnit. Každý takovýto zápis musíte čitelně parafovat a musíte si být vědoma toho, že jste profesionálně zodpovědná za důsledky takovýchto zápisů. Musíte zajistit, aby každý zápis, který do ošetrovatelské dokumentace uděláte, bylo možno snadno identifikovat. Proto je důležité mít na pracovišti veden seznam pracovníků s podpisovými vzory.

VIII. Souhrn

- Vedení ošetrovatelské dokumentace je nedílnou součástí ošetrovatelské praxe
- Profesionální vedení ošetrovatelské dokumentace je známkou kvalifikovaného pracovníka
- Základní složky ošetrovatelské dokumentace jsou: ošetrovatelská anamnéza, záznam vývoje stavu pacienta/klienta, ošetrovatelský plán a překladová/propouštěcí zpráva.
- Záznamy by neměly obsahovat, nespisovné výrazy, bezvýznamné fráze, irelevantní spekulace a urážlivé subjektivní výroky
- Záznamy by měly být konkrétní, soustavné a přesné
- Záznamy by měly být psány přehledně a tak, aby text nemohl být vymazán
- Je třeba zajistit, aby každý zápis do ošetrovatelské dokumentace byl snadno identifikovatelný
- Veškeré zápisy, které uděláte do záznamů pacienta/klienta, mohou být v určitém okamžiku podrobně posuzovány
- Ošetrovatelské záznamy mají být pořizovány vždy při změně pacientova/ klientova zdravotního stavu, za každou pracovní směnu a volná místa proškrtnutá.
- Při auditu ošetrovatelské dokumentace můžete posoudit její úroveň a identifikovat oblasti, kde by mělo dojít ke zlepšení příp. k poučení pracovníků
- Použití dokumentace při výzkumu by mělo být schváleno vaší místní etickou komisí
- Princip důvěrnosti zaznamenávaných informací o vašich pacientech/klientech je také u počítačových záznamů stejně důležitý jako u všech ostatních záznamů
- Vaší povinností je chránit důvěrnost dokumentace pacienta/klienta
- Příspěvek každého člena ošetrovatelského týmu do ošetrovatelské dokumentace by měl být považován za stejně důležitý
- Dobré vedení dokumentace pomáhá dodržet stanovenou kvalitu péče pro pacienty/klienty.

Příloha č. 5 Směrnice ředitele č. 03/2004



ÚVN

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
PRAHA

Pom : 180 / 2004 - ÚVN

V Praze dne 25.
března 2004
Výtisk číslo: 1
Počet listů: 10
Přílohy
neutajované:
6/27

Schvaluji :

Ředitel Ústřední vojenské nemocnice Praha
plukovník MUDr. Štefan BRUNCLÍK, MBA

Směrnice ředitele č. 03 / 2004

Zásady vedení zdravotnické dokumentace v ÚVN Praha

- Zpracován doplněk č. 1, vydán dne 7.5.2004.**
- Zpracován doplněk č. 2, vydán dne 10.10.2004.**
- Zpracován doplněk č. 3, vydán dne 1.6.2006.**
- Zpracován doplněk č. 4, vydán dne 26.9.2006.**
- Zpracován doplněk č. 5, vydán dne 15.3.2007 (příloha č. 3).**
- Zpracován doplněk č. 6, vydán dne 1.9.2007.**
- Zpracován doplněk č. 7, vydán dne 3.11.2008 (Vstupní vyšetření pacienta po oddělení).**
- Zpracován doplněk č. 8, vydán dne 1.5.2009 (ruší se článek IVa.).**
- Zpracován doplněk č. 9, vydán dne 3.6.2009 (příloha č. 6).**
- Zpracován doplněk č. 10, vydán dne 20.7.2009.**

Předmět úpravy

- 1) Tato směrnice stanoví závazný postup při vedení zdravotnické dokumentace v ÚVN a při její archivaci.
- 2) Zdravotnickou dokumentací se rozumí:
 - a) ambulantní chorobopisy pacientů ÚVN (ambulantní karty),
 - b) chorobopisy hospitalizovaných pacientů včetně veškerých příloh (laboratorní vložky, preskripční karty atd.),
 - c) operační protokoly a listy o prohlídce mrtvého,
 - d) pitevní protokoly a pitevní diagnózy (zprávy),
 - e) ošetřovatelská dokumentace pacientů ÚVN.
- 3) Dokumentace uvedená v článku I, odst. 2, písm. a - d se souhrnně označuje jako lékařská dokumentace.
- 4) Zdravotnická dokumentace se zakládá ihned při přijetí (vyšetření) pacienta, nejpozději však do 24 hodin po přijetí. V případě opakované hospitalizace pacienta v ÚVN bez ohledu na oddělení, na kterém byl dříve hospitalizován, zajistí přijímající pracoviště v souladu s článkem IV této směrnice, předcházející dokumentaci z centrálního archivu. Dokumentace pacientů z Psychiatrického oddělení je zapůjčována pouze lékařům tohoto oddělení a Oddělení řízení kvality zdravotní péče.
- 5) Operační protokol se zpracovává ihned po provedení výkonu. List o prohlídce mrtvého se vyplňuje co nejdříve po úmrtí pacienta (před jeho transportem na patologické oddělení nebo ústav soudního lékařství). Pitevní protokol je vypracován po pitvě zemřelého. Pitevní diagnóza se odesílá na oddělení úmrtí pacienta po dokončení všech vyšetření a uzavření případu.
- 6) Bez ohledu na to, co je dále stanoveno o obsahových náležitostech záznamů ve zdravotnické dokumentaci, musí každý záznam o provedeném zdravotnickém výkonu obsahovat také veškeré údaje prokazující, že ten který zdravotní výkon podle aktuálního seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami¹ byl v plném rozsahu skutečně proveden a dále údaje o případném použitém zdravotnickém prostředku klasifikační třídy IIb nebo III.
- 7) Zápis zdravotnické dokumentace na paměťové médium výpočetní techniky se převede na paměťový nosič (tiskovou sestavu), opatří se datem a podpisem osoby, která zápis provedla a zařadí se do zdravotnické dokumentace pacienta. Přitom jednotlivé tiskové sestavy se považují za samostatné části zdravotnické dokumentace.

Článek II.

Obecné náležitosti lékařské dokumentace

- 1) Každý list zdravotnické dokumentace musí být čitelně označen jménem a příjmením pacienta, rodným číslem pacienta a názvem pracoviště. Veškeré záznamy do zdravotnické dokumentace se provádějí čitelně (počítačovým systémem, psacím strojem, rukou). Každý záznam ve zdravotnické dokumentaci je podepsán osobou, která zápis provedla a je připojen otisk jmenovky této osoby, nebo je vypsáno její jméno hůlkovým písmem.²
- 2) **Ambulantní chorobopis** musí vždy obsahovat anamnestické údaje pacienta včetně údajů o zjištěných alergiích, při jednotlivých návštěvách se pak se uvede datum návštěvy, čas vyšetření, záznam nynějšího onemocnění, záznam fyzikálního nálezu, ordinace laboratorních či konsiliárních vyšetření, diagnostický závěr, doporučená terapie a termín kontrolního vyšetření. Rozsah vyšetření odpovídá vykázanému kódu komplexního, cíleného nebo

¹ vyhláška MZ ČR č. 134/1998 Sb. v platném znění

² ustanovení §67b odst. 4 zák. č. 20/1966 Sb.

kontrolního vyšetření.³ V případě, že pacient není ke kontrolnímu vyšetření pozván, uvede se, kam byl předán.

- 3) Na základě anamnestických údajů je do 24 hod. stanoven plán dalších diagnostických, terapeutických, preventivních případně sociálních opatření včetně plánování propuštění u pacientů, kteří nemají v domácím prostředí péči zajištěnu. Stanovený plán se průběžně doplňuje, mění a hodnotí na základě aktuálního zdravotního stavu pacienta. Chorobopis hospitalizovaného pacienta musí vždy obsahovat následující údaje: důvod přijetí pacienta, rodinnou anamnézu, osobní anamnézu včetně anamnézy farmakologické, pracovní a sociální, nynější onemocnění, údaje o zjištěných alergiích pacienta, krvácivých projevech, předchozích operacích. Cíleně se u všech pacientů uvede, zda se neléčí pro diabetes mellitus I. či II. typu, tuberkulózu či sexuálně přenosná onemocnění. Dále se uvede komplexní fyzikální vyšetření odpovídající aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta a příslušné specializaci stanovený vnitřním předpisem daného oddělení, vždy se uvedou údaje o hmotnosti pacienta, výšce pacienta, aktuální hodnoty krevního tlaku, tepové frekvence, tělesné teploty. Rozsah vstupního vyšetření musí odpovídat komplexnímu vyšetření dané odbornosti.⁴
- 4) **Dekurz** hospitalizovaného pacienta obsahuje denně následující záznamy: datum, pořadový den pobytu, kategorii pacienta, předpis stravy pro daný den (v souladu s příslušným vnitřním předpisem ÚVN), údaje o subjektivních potížích pacienta, objektivní nález týkající se současného onemocnění pacienta a jeho případných komplikací. Veškerou předepsanou léčbu, přičemž musí být jasně vyznačeno, který lék je příslušný den vysazen a který je nasazen, při podávání antibiotik a cytostatik se dny podávání těchto léčiv označují pořadovými čísly. Do dekurzu se dále zaznamenávají bez zbytečného odkladu veškeré údaje o změně zdravotního stavu pacienta během dne – každý takový záznam o náhlé změně stavu je označen časovým údajem a čitelně podepsán lékařem a je připojena identifikace lékaře (otisk jmenovky nebo vypsání jména hůlkovým písmem).
- 5) Záznamy lékaře v dekurzech pacientů Oddělení následné rehabilitační a ošetrovatelské péče se provádí ve frekvenci stanovené vnitřním předpisem oddělení.
- 6) K provádění rehabilitační léčby musí dekurz obsahovat předpis (ordinaci) ošetřujícího lékaře.
- 7) Dekurz hospitalizovaných pacientů obsahuje minimálně 1x týdně zapsanou výstižnou epikrízu, jejíž součástí je vždy uvedení důvodu hospitalizace, průběhu hospitalizace a stručný diagnostický a terapeutický program. Epikrízu zapisuje ošetřující lékař. Primáři jednotlivých oddělení stanoví vnitřním předpisem den, kdy se u všech hospitalizovaných pacientů epikrízy zapíší.
- 8) Pokud je u neklidných pacientů na základě indikace ošetřujícího lékaře nutno volit farmakologické zklidnění, či technickou imobilizaci, je třeba o tomto postupu učinit záznam do dekurzu s uvedením časového údaje, indikace a formy imobilizace. Další záznam se provede po ukončení imobilizace - vždy se uvede, zda nedošlo během imobilizace ke komplikacím (i minimálním - např. exkoriace).
- 9) **Operační dokumentaci** tvoří operační protokol a záznam v knize operovaných příslušného operačního sálu (skl. č. 41/Z-NV-8-6664/88, skl. č. 41/Z-NV-8-5901/80, DITIS 114 029 0, 41/Z-NV-8-3182). Za vyhotovení obou těchto záznamů bezprostředně po skončení operace odpovídá operátor. Operační protokol obsahuje minimálně následující údaje: jméno a příjmení pacienta, jeho rodné číslo, pooperační diagnosu, název operačního výkonu, záznam o ev. odběru vzorků, jméno operátora, jména asistentů a instrumentářky, jméno anesteziologa, datum výkonu, a popis operačního výkonu. Součástí operačního protokolu je vždy údaj o provedené kontrole počtu operačních roušek a tamponů („sušení“) - toto se netýká výkonů neurochirurgické kliniky, ORL oddělení a očního oddělení. Záznamy v knize operovaných obsahují minimálně následující údaje: pořadové číslo výkonu, datum výkonu, jméno pacienta, rok narození nebo rodné číslo pacienta, číslo chorobopisu, klinickou diagnosu pacienta, operační diagnosu pacienta (označení výkonu), kódy výkonů, jména členů operační skupiny, jméno anesteziologa. Kniha operovaných musí být na první straně označena názvem příslušného oddělení a musí mít očíslovány jednotlivé listy.

³ Metodika VZP a vyhláška MZ ČR č.101/2002 Sb.

⁴ Metodika VZP a vyhláška MZ ČR č.101/2002 Sb.

- 10) **Překladová zpráva** - postup při ukončení pobytu pacienta na oddělení a dokumentace překladu v rámci ÚVN je upraven Metodickým návodem č. 20/2004 Nakládání se zdravotnickou dokumentací při překladu pacienta v ÚVN.
- 11) **Propouštěcí zpráva** se vyhotovuje při propuštění pacienta z nemocničního ošetřování a obsahuje minimálně následující údaje: Jméno a příjmení pacienta, rodné číslo, označení pacientovy zdravotní pojišťovny, bydliště pacienta, označení příslušného pracoviště ÚVN, datum počátku a ukončení hospitalizace, rodinnou anamnézu, osobní anamnézu, pracovní a ev. alergickou anamnézu pacienta, popis nynějšího onemocnění se zaměřením na důvod přijetí k hospitalizaci, status presens při přijetí pacienta, výsledky provedených laboratorních, zobrazovacích a konsiliárních vyšetření, u operovaných datum a název operačního výkonu, epikritické shrnutí průběhu hospitalizace včetně event. přehledu medikace významné pro návaznou péči, diagnosu (diagnosy) při propuštění pacienta, doporučení dalšího postupu včetně případně doporučené medikace, datum zpracování a údaj o tom, komu byla zpráva odeslána či předána. Propouštěcí zprávu podepisuje lékař, který ji vyhotovuje (obvykle ošetřující lékař, v době ÚPS službukonající lékař) a parafuje ji primář oddělení. Propouštěcí zpráva se vydá pacientovi nebo se odesílá praktickému lékaři pacienta, případně jinému lékaři, který pacienta ošetřuje. Při pochybnostech, zda pacientovi vydat jeho propouštěcí zprávu (sdělení závažného diagnostického závěru) se postupuje dle směrnice ÚVN č. 2/2000 (Informovaný souhlas). Pokud ze závažných důvodů nelze vyhotovit propouštěcí zprávu při propuštění pacienta, zpracuje ošetřující lékař předběžnou propouštěcí zprávu, kde uvede jméno a příjmení pacienta, rodné číslo, adresu, označení pracoviště, na kterém byl pacient hospitalizován, datum přijetí a propuštění pacienta, diagnosu při propuštění a doporučení dalšího postupu včetně terapie. Předběžnou propouštěcí zprávu vyhotovuje ošetřující lékař (v době ÚPS lékař službukonající). Pokud není při propuštění pacienta vyhotovena definitivní propouštěcí zpráva, musí být vyhotovena a odeslána nejpozději do 10 dní po propuštění. Pokud ani v tomto termínu nejsou k dispozici některé informace (například výsledky všech laboratorních vyšetření), učiní o tom ošetřující lékař do zprávy záznam a výsledky vyšetření sdělí praktickému lékaři (resp. jinému ošetřujícímu lékaři) pacienta ihned po jejich obdržení.
- 12) **List o prohlídce mrtvého**⁵ se vyhotovuje na formuláři SEVT 14 105 0. List o prohlídce mrtvého vyhotovuje prohlízející lékař pacienta, případně během ÚPS službu mající lékař. List o prohlídce mrtvého podepisuje další na oddělení přítomný lékař, který nebyl ošetřujícím lékařem zemřelého a který má specializaci II. stupně nebo specializaci nástavbovou. Není-li v době ÚPS na příslušném oddělení přítomen lékař, který nebyl ošetřujícím lékařem zemřelého a má specializaci podle předcházející věty, podepisuje List o prohlídce mrtvého internista z Emergency. List o prohlídce mrtvého se vyhotovuje ihned poté, co bylo lékařem konstatováno úmrtí ve 4 výtiscích. Ošetřující lékař vyhotoví lékařskou zprávu, kterou společně s Listem o prohlídce mrtvého odešle k pitvě.
- 13) **Dokumentaci intervenčních výkonů** nechirurgických pracovišť (endoskopie, invazivní kardiologie, RDG pracoviště) tvoří knihy pro evidenci výkonů obsahující minimálně následující údaje: datum a hodinu vyšetření, pořadové číslo vyšetření, jméno pacienta, rok narození či rodné číslo pacienta, diagnosu, označení výkonu, jméno vyšetřujícího lékaře. Tato kniha musí být na první straně označena názvem příslušného oddělení a musí mít očíslované jednotlivé listy.
- 14) **Pitevni protokol** vypracovává pitvající lékař ihned po provedené pitvě. Schvaluje jej primář oddělení. V případě soudní pitvy je zpracováván dvěma soudními znalci. Pitevni protokol obsahuje údaje o identitě pacienta, klinickou diagnózu a pitevni diagnózu. Součástí pitevniho protokolu je zpráva klinického lékaře k pitvě (epikríza), kopie Listu o prohlídce mrtvého, podrobný pitevni nálezn (v českém jazyce), výsledky histologického vyšetření, případně jiných laboratorních vyšetření, eventuálně výsledek bioptického vyšetření získaných za života pacienta. Po ukončení všech potřebných laboratorních vyšetření je vypracována pitevni diagnóza, případně posudek a pitevni protokol je po schválení primářem zakládán do archivu oddělení. Pitevni diagnóza (na patologicko- anatomickém oddělení je zpracovávána v latině, na soudním lékařství v českém jazyce) je po schválení primářem odesílána na oddělení úmrtí pacienta a případně na vyžádání (ošetřující praktický lékař, transplantáční centrum apod.) dalším zařízením, jeden výtisk je zakládán spolu s pitevním protokolem v archivu patologického oddělení nebo ústavu soudního lékařství.

⁵ § 3, Vyhlášky MZ ČSR č. 19/1988 Sb. o postupu při úmrtí a pohřbívání

- 15) **Anesteziologická dokumentace** je upravena samostatným vnitřním předpisem ÚVN.⁶
- 16) Součástí chorobopisu hospitalizovaných pacientů je i list – **přehled vykázaných zdravotních výkonů**. Do tohoto listu se budou zaznamenávat zdravotní výkony provedené pacientovi během hospitalizace, které je možno vykázat zdravotním pojišťovně, bez ohledu na to, zda je možno vykázat v rámci hospitalizačního účtu nebo na poukaz. Zdravotní výkony vykazuje lékař ev. jiný nositel výkonu, kód ošetrovacího dne vykazuje referent, který zpracovává dokumentaci při propuštění. Tento tiskopis (příloha č. 2) bude veden pod pořadovým č. 18 v jednotném chorobopisu ÚVN. Pokud je výkon nebo léčivo schváleno revizním lékařem, stává se schválená Žádanka o schválení (povolení) výkonu-léčivého přípravku-ZP součástí zdravotnické dokumentace.

Článek III.

Obecné náležitosti ošetrovatelské dokumentace

- Každý list ošetrovatelské dokumentace musí být čitelně označen jménem a příjmením pacienta, rodným číslem pacienta a názvem pracoviště. Veškeré záznamy do ošetrovatelské dokumentace se provádějí čitelně. Záznam o zdravotním stavu pacienta učiněný v ošetrovatelské dokumentaci (hodnocení plánu péče) je při každém předání směny opatřen podpisem a čitelně vypsáním jménem sestry, případně otiskem její jmenovky.
- Každý nemocný přijatý do ústavního léčení ÚVN, má založenu ošetrovatelskou dokumentaci v rozsahu odpovídajícímu jeho zdravotnímu stavu, nejpozději do 24 hodin od přijetí.
- S ošetrovatelskou dokumentací pracují a záznamy do ní provádějí všichni pracovníci na úseku léčebné a ošetrovatelské péče (lékaři, sestry, fyzioterapeuti, dietní sestry, sociální pracovníce, nižší zdravotnický personál).

Ošetrovatelskou dokumentací rozumíme:

- Obecný souhlas s hospitalizací v ÚVN** – zakládá sestra při vstupním ošetrovatelském vyšetření.
- Obecný souhlas s ambulantní péčí** – zakládá sestra u pacientů přijatých do ambulantní péče v ÚVN (obnova souhlasu po 5 letech).
- Ošetrovatelské vyšetření** - vstupní ošetrovatelské vyšetření obsahuje základní údaje o nemocném, které jsou nezbytné pro zahájení léčebné i ošetrovatelské péče, pro stanovení ošetrovatelské diagnózy (problému), cíle a plánování ošetrovatelských činností (stav vědomí, fyzikální funkce - hodnoty krevního tlaku, tepové frekvence, tělesné teploty, zhodnocení soběstačnosti a pohybové aktivity pacienta, jeho schopnosti komunikace, psychického stavu, stavu výživy, vyprazdňování stavu kůže, výskytu alergií, kvality spánku, přítomnosti bolesti, informace o běžných návycích, sociálních a ekonomických podmínkách, duchovních potřebách event. další informace v rámci sociálního šetření). Ošetrovatelské vyšetření odeberá a zpracovává příjmová, skupinová nebo primární sestra. Ošetrovatelské vyšetření je opatřeno podpisem sestry a ošetřujícího lékaře a jejich identifikací. U všech pacientů se povinně vyplňují veškeré údaje formuláře ošetrovatelského vstupního vyšetření vč. určení rizik ICHS, SDN, rizika vzniku dekubitů, určení nutričního stavu a zjištění rizika pádu (viz. 2. str. oš. vyšetření).
- Ošetrovatelský záznam – krátkodobá hospitalizace** - je zakládán u pacientů hospitalizovaných méně než 3 dny. Pokud dojde k prodloužení hospitalizace, je zpracováno kompletní ošetrovatelské vyšetření včetně plánu ošetrovatelské péče. Záznam obsahuje základní údaje o nemocném, které jsou nezbytné pro zahájení léčebné i ošetrovatelské péče, pro stanovení ošetrovatelské diagnózy (problému), cíle a plánování ošetrovatelských činností při krátkodobé hospitalizaci (ne delší než 72 hodin) - hodnoty krevního tlaku, tepové frekvence, tělesné teploty, zhodnocení soběstačnosti, psychického stavu, přítomnosti bolesti, stavu výživy, vyprazdňování, stavu kůže, výskytu alergií a další informace v rámci sociálního šetření. Ošetrovatelský záznam - krátkodobá hospitalizace obsahuje **Plán ošetrovatelské péče, Realizaci ošetrovatelské péče a Hodnocení plánu**. Vstupní ošetrovatelské vyšetření

⁶ Směrnice ředitele č. 19/2001

odebírá a zpracovává příjmová, skupinová nebo primární sestra a je opatřeno podpisem sestry a ošetřujícího lékaře a jejich identifikací.

- e) **Plán ošetrovatelské péče** obsahuje:
- ea) **Ošetrovatelský problém** (diagnosu), potřebu nemocného – nekopíruje diagnózu lékařskou. Lékařská diagnóza označuje nemoc či poruchu zdraví, ošetrovatelská diagnóza určuje, jak a do jaké míry nemoc zasahuje do života postiženého člověka, jak mění jeho soběstačnost, jaké problémy a trápení mu přináší. Cílem péče postavené na ošetrovatelské diagnóze je dosáhnout maximálního stupně psychické a fyzické pohody nemocného.
 - eb) **Cíl péče** – předpokládaný výsledek, cíl vyjadřuje žádoucí tělesný, psychický nebo sociální stav pacienta a v jaké míře ho chceme dosáhnout. Cíl má být jasný a srozumitelný pro sestry i pro pacienta. Cíl má být konkrétní a měřitelný, aby bylo možné objektivně zhodnotit dosažený efekt péče. Cíl musí být reálný. Je třeba se ptát, zda je pacient schopen skutečně cíle dosáhnout. Stanovené cíle tvoří základ pro pozdější hodnocení účinnosti poskytnuté péče.
 - ec) **Plán ošetrovatelských činností** (intervencí) – v ÚVN jsou vytvořeny standardizované plány, dále je možno plány individualizovat – k obecně stanoveným ošetrovatelským diagnózám se formulují individuální specifické problémy pacienta. Do plánu je zaznamenán datum stanovení oš. dg, vč. podpisu sestry. Problém je ukončen v souladu se zlepšením a stabilizací zdravotního stavu pacienta.
- f) **Realizace ošetrovatelského plánu** - všechny aktivity ošetrovatelského personálu naplánované pro nemocného (hygienická péče, výživa, pohybová aktivizace – rehabilitační ošetrovatelství, ošetrovatelské výkony, aplikace a péče o katétry, péče o rány, příprava k výkonům, edukace a další výkony dle odbornosti) jsou zaznamenány s datem a podpisem sestry, která výkony provedla. Počty výkonů jsou zapsány na konci směny číslicí.
- fa) **Denní/noční realizace léčebné péče ARO, JIP** – je záznam všech léčebných intervencí u pacientů přijatých na ARO, JIP.
- g) **Hodnocení plánu péče** - hodnocení úspěšnosti ošetrovatelských aktivit. Dosažené výsledky porovnáváme s plánovanými cíli, v případě, že cíle nebylo dosaženo, změním na základě výsledku hodnocení plán péče, při každé změně směny sester bude předání pacienta na oddělení provedeno současně se záznamem v dokumentaci. Do hodnocení je zapisována aktuální změna potřeb pacienta v závislosti na změně zdravotního stavu a na změně léčebného plánu v průběhu směny. Do hodnocení nepatří ordinace lékaře. Plán péče hodnotí všichni členové týmu (sestra, fyzioterapeut, nutriční terapeut, zdravotně-sociální pracovník, kaplan).
- h) **Pooperační záznam** - je založen pacientům po výkonech vyžadujících anestézii - obsahuje záznam stavu pacienta při převzetí po výkonu obvykle na dospávací pokoj (stav vědomí, dýchání, hodnoty fyziologických funkcí), průběh péče a ordinace pro pacienta po překladu na oddělení.
- i) **Hodnocení bolesti** - záznam sledování a kontroly bolesti je zakládán, jestliže pacient trpí bolestí a po operačních výkonech. Výskyt bolesti je sledován nejméně tři dny po operaci a dále dle potřeby. Záznam je opatřen čitelným podpisem lékaře a sestry, která hodnocení provedla (Metodický návod č. 2/2005 – Organizace péče o pacienta s bolestí; Ošetrovatelský standard č. 24 - Kontrola bolesti).
- ia) **Sledování bolesti /ambulantní/**
záznam sledování a kontroly bolesti je zakládán, jestliže pacient trpí bolestí v ambulantní péči. Výskyt bolesti je sledován a zaznamenán při každé návštěvě pacienta. Záznam je opatřen čitelným podpisem lékaře a sestry, která hodnocení provedla.
- j) **Záznam fyziologických funkcí.**
- k) **Bilance tekutin** – záznam je zakládán nemocnému dle ordinace lékaře.
- l) **Plán péče o dekubity a jiné kožní defekty , Péče o rány, Péče o dekubity** - záznam je zakládán nemocnému u kterého došlo k porušení integrity kůže.
- m) **Hlášení dekubitu** – dle metodického návodu č. 10/2004.

- n) **Glykemická křivka** – záznam je zakládán nemocnému dle ordinace lékaře.
- o) **Záznam o průběhu rehabilitační péče** - zpracovává fyzioterapeut, obsahuje průběh péče fyzioterapeutů, zakládá se dle potřeb jednotlivých odborných oddělení. Pacientům léčeným ambulantně se Záznam o průběhu rehabilitační péče zakládá na Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny.
- p) **Ošetrovatelská překládová zpráva** - doprovází každého nemocného, který je překládán v rámci ÚVN nebo do jiného zdravotnického zařízení (kopie zůstává v chorobopise pacienta).
- q) **Sociálně zdravotní záznam** - je zpracováván sociální pracovníci, je zakládán nemocným, u kterých je při vstupním ošetrovatelském vyšetření zjištěna potřeba nutnosti plánování propuštění sociální pracovníci.
- r) **Edukační záznam** – slouží k záznamům všech členů zdravotnického týmu podílejících se na edukaci pacienta ev. jeho blízkých. Informace sdělené v průběhu hospitalizace stvrdí pacient při propuštění svým podpisem.
- s) **Dokumentace operačních sálů** – tiskopis je zakládán každému nemocnému v době plánování operačního výkonu, slouží k záznamům perioperačních sester a k dokumentování průběhu péče na operačním sále.
- t) **Záznam ošetrovatelské péče anesteziologické sestry** – je zakládán každému nemocnému za účelem plánování péče anesteziologické sestry v průběhu anestézie, je dokumentován průběh péče anesteziologické sestry, která pacienta předává k další péči na dospávací pokoj nebo JIP.
- u) **Emergency** – pohotovostní a úrazová ambulance - záznam slouží k dokumentaci průběhu péče na Emergency oddělení.
- v) **Záznam oční lokální medikace** - je zakládán nemocnému dle ordinace lékaře očního oddělení.
- w) **Doklad o úschově osobních věcí pacienta.**

Článek IV.

Ukládání zdravotnické dokumentace na odděleních ÚVN

- 1) Zdravotnická dokumentace se během pobytu pacienta na lůžkových odděleních ÚVN ukládá v jednotných pořadačích, pořadí jednotlivých součástí dokumentace se řídí přílohou č. 1 této směrnice.
- 2) Zdravotnická dokumentace s výjimkou RTG snímků musí být v souladu s čl. XV, odst. 5 Provozního řádu ÚVN nepřetržitě dostupná v archivu ÚVN (viz SŘ č. 11/2004 Ukládání dokumentace do centrálního nemocničního archivu ÚVN). Zdravotnická dokumentace musí být vždy uložena tak, aby informace v ní obsažené byly chráněny v souladu s příslušnými předpisy⁷. Ke zdravotnické dokumentaci mají přístup výhradně lékaři a další zdravotničtí pracovníci vázání mlčenlivostí ve smyslu § 55, odst. 2, písm. d) zákona číslo 20/1966 Sb. v platném znění o péči o zdraví lidu, ostatní osoby pouze tehdy, jsou-li vázány služební mlčenlivostí⁸.
- 3) Po propuštění pacienta z ÚVN kompletuje administrativní pracovník oddělení, na kterém pacient naposledy pobýval chorobopis tak, aby jeho jednotlivé části byly řazeny v souladu s přílohou č. 1 této směrnice. Nejpozději do 1 měsíce po propuštění předá proti podpisu zástupce oddělení chorobopis do centrálního archivu ÚVN. Zdravotnická dokumentace zemřelých pacientů se odevzdává do CNA odděleně od ostatní dokumentace, je označena červeně písmenem „E“ a sepsána na samostatném seznamu (viz SŘ č. 11/2004 Ukládání dokumentace do centrálního nemocničního archivu ÚVN).
- 4) RTG snímky se na RDG oddělení archivují po dobu 5 let.
- 5) Dokumentace na Oddělení nukleární medicíny (popisy a obrazový archiv vyšetření na gamakamerách) se uchovává 10 let.

⁷ zejména zákon č. 101/2000 Sb. a zákon č. 20/1966 Sb. v platném znění

⁸ článek XVI Provozního řádu ÚVN.

- 6) Žádanky o provedení vyšetření se na pracovištích komplementu archivují 5 let.
- 7) Osoby, které nejsou zaměstnanci ÚVN (stážisté, studenti LF, studenti zdravotnických škol všech stupňů aj.) a nevztahuje se na ně ustanovení § 55 zákona č. 20/1966 Sb. mají přístup ke zdravotnické dokumentaci pouze v případě, že podepíší závazek mlčenlivosti o všech údajích obsažených ve zdravotnické dokumentaci.

Článek V.

Používání zkratk ve zdravotnické dokumentaci ÚVN

- 1) Ve veškeré zdravotnické dokumentaci je dovoleno používat pouze zkratky uvedené v Seznamu zkratk používaných v ÚVN, který tvoří přílohu č. 3 této směrnice, a dále zkratky obecně uznávané (ČR, ÚVN atd.). Zkratky biochemických vyšetření jsou uvedeny v samostatném seznamu, který tvoří přílohu č. 1 směrnice č. 2/2006.
- 2) Pozměňovací návrhy k tomuto seznamu zkratk lze zasílat průběžně cestou OŘKZP náměstkovi ředitele.
- 3) Aktualizace Seznamu bude probíhat nepravidelně podle potřeby a o proběhlé aktualizaci budou všichni zaměstnanci zpraveni obvyklou formou.

Článek VI.

Závěrečná ustanovení

- 1) Za dodržení postupu dle této směrnice odpovídají primáři a vrchní sestry jednotlivých oddělení.
- 2) Tato směrnice nabývá účinnosti dnem 1. dubna 2004.
- 3) Tato směrnice bude zveřejněna na intranetu ÚVN, originální výtisk bude uložen ve spisovně pracoviště ochrany informací, jeden stejnopis obdrží právní oddělení.
- 4) Vedoucí osobního oddělení ve spolupráci s kabinetem vzdělávání a právním oddělení zajistí formulář pro zajištění závazku mlčenlivosti od osob uvedených v čl. IV, odst. 6 této směrnice. Tento formulář budou uvedené osoby podepisovat na příslušném oddělení ihned po nástupu. Podepsaný formulář bude evidován a uložen u primářů jednotlivých oddělení po dobu pobytu osob uvedených v čl. IV, odst. 6 této směrnice na daném oddělení, po ukončení stážového pobytu bude formulář do 3 pracovních dnů odeslán k evidenci a uložení v kabinetu vzdělávání.
- 5) Primáři oddělení předloží nejpozději do 30 dnů od účinnosti této směrnice náměstkovi ředitele informaci o stanoveném spektru vstupního vyšetření pro své pracoviště (čl. II, odst. 3 této směrnice) a o dni zápisu epikrizy (čl. II, odst. 7 této směrnice).
- 6) Ruší se Směrnice ředitele číslo 6/2000 včetně doplňků.
- 7) Do zajištění nových tiskopisů Obecného souhlasu s hospitalizací a Obecného souhlasu s ambulantní péčí se u každého pacienta přijatého k hospitalizaci či k ambulantnímu léčení v ÚVN vyplní Záznam o poučení pacienta (viz příloha č 5), který je k dispozici na intranetu ÚVN.
- 8) Zpracovali: MUDr. David Marx, Mgr. Lenka Gutová, MBA, Mgr. Veronika Schlehferová, Bc. Miloslava Mašková
- 9) Seznam příloh:
 - Příloha č. 1 ke SŘ 3/2004 – Pořadí zdravotnické dokumentace v ÚVN Praha
 - Příloha č. 2 ke SŘ 3/2004 – Hospitalizační účet - vykazování zdravotních výkonů
 - Příloha č. 3 ke SŘ 3/2004 – Seznam zkratk používaných v ÚVN Praha
 - Příloha č. 4 ke SŘ 3/2004 - Záznam o zpřístupnění zdravotnické dokumentace
 - Příloha č. 5 ke SŘ 3/2004 - Záznam o poučení o poskytování informací o zdravotním stavu
 - Příloha č. 6 ke SŘ 3/2004 - Vstupní vyšetření pacienta po oddělení

Příloha č. 6 Dotazník

Vážené kolegyně a kolegové,
jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia obor Intenzivní péče na 1.LFUK v Praze. Tento dotazník poslouží jako zdroj informací pro mou diplomovou práci, která je zaměřena na téma: „Ošetrovatelská dokumentace na JIP.“ Cílem práce je zjistit, zda je vaše ošetrovatelská dokumentace na oddělení komplexní, individuálně zaměřená a jestli vám její forma při práci vyhovuje. Výsledná zjištění budou prospěšná pro zlepšení stávající dokumentace.
Děkuji Bc. Lenka Matoušková

- 1) **Vaše oddělení:**
- 2) **Věk:**
- 3) **Jste:**
 - žena
 - muž
- 4) **Nejvyšší dosažené vzdělání pro výkon zdravotnického povolání:**
 - SZŠ
 - VOŠ
 - VŠ – Bc.
 - VŠ – Mgr.
- 5) **Máte specializační způsobilost pro práci na oddělení ARO/JIP?**
 - ano, uveďte kterou
 - ne
- 6) **Jak dlouho pracujete na ARO/ JIP?**
 - 0 – 2 roky
 - 3 – 5 let
 - 6 – 10
 - 11 a více let
- 7) **Setkali jste se s ošetrovatelskou dokumentací zpracovanou podle ošetrovatelského procesu před nástupem do ÚVN?**
 - ano
 - ne

Pokud ano, uveďte kde?

 - při studiu ve škole
 - odborná literatura
 - předchozí zaměstnání
 - jinde
- 8) **Byli jste seznámeni během nástupní praxe s ošetrovatelskou dokumentací používanou na vašem oddělení?**
 - ano
 - ne

Pokud ano, kým?

- sestrou „ školitelkou „
- nadřízenou (např.: staniční sestrou)
- vedoucí směny
- jinou kolegyní
- jinou osobou

9) Bylo pro vás školení o ošetrovatelské dokumentaci při nástupní praxi přínosné?

- ano
- ne

10) Využili jste v rámci celoživotního vzdělávání semináře zaměřeného na ošetrovatelskou dokumentaci?

- ano
- ne

11) Má vaše nemocnice vypracovaný standard nebo směrnici pro zásady vedení zdravotnické dokumentace včetně ošetrovatelské?

- ano
- ne
- nevím

12) Při vyplňování ošetrovatelské dokumentace využíváte? Můžete uvést více možností.

- vypracovaný vzor (např.: staniční sestrou)
- standard vašeho oddělení
- postup domluvený v rámci oddělení
- nevyžíváte nic z uvedeného
- jiné

13) Kolik času věnujete při vyplňování ošetrovatelské dokumentace u jednoho pacienta během směny celkem?

- do 15 min.
 - do 30 min.
 - do 45 min.
 - déle než 45 min.
- Je to podle vašeho názoru doba:
- krátká
 - přiměřená
 - dlouhá

14) Jaký typ ošetrovatelské dokumentace by vám více vyhovoval?

- papírová dokumentace
- elektronická dokumentace

15) Jakou formu byste upřednostňovali při vyplňování ošetrovatelské dokumentace v oblasti?

	vypisovací	zaškrťovací	kombinovaná
Ošetrovatelská anamnéza			
Plán ošetrovatelské péče			
Realizace ošetrovatelské péče			
Hodnocení ošetrovatelské péče			

(v tabulce vyberte formu vyplňování u jednotlivých oblastí ošetrovatelské dokumentace – vámi zvolený označte x)

16) Máte při sobě ošetrovatelskou dokumentaci při předávání služby?

- ano
- ne
- někdy

Pokud ano, kterou část ošetrovatelské dokumentace nejčastěji používáte?

- ošetrovatelské vyšetření pro intenzivní obory „anamnéza“
- plán ošetrovatelské péče
- realizace ošetrovatelské péče
- hodnocení ošetrovatelské péče
- realizace léčebné péče pro intenzivní obory „plachta“
- jiná část ošetrovatelské dokumentace

17) Pokud provedete chybný zápis, jak dále postupujete?

.....
.....

18) Jste spokojena se stávající ošetrovatelskou dokumentací na vašem oddělení?

- ano
- ne

19) Při náhlé změně fyziologických funkcí pacienta provádíte zápis?

- okamžitě
- po provedení neodkladných a terapeutických výkonů
- dodatečně při závěrečném hodnocení ošetrovatelské péče na konci služby
- provedu zápis ve stanovený čas dle standardu oddělení bez ohledu na předchozí změnu fyziologických funkcí

20) U pacienta došlo k neočekávané události např.: KPR, pád, bezvědomí atd. – přehodnotíte ošetrovatelský plán?

- ano
- ne
- někdy

21) Jak často provádíte hodnocení ošetrovatelské péče?

- při změně stavu
- 1x za směnu (12 hod.)
- 1x za 24 hod.
- 1 x týdně
- jiná možnost

22) Myslíte, že je vedení ošetrovatelské dokumentace důležité? Můžete uvést více možností.

- ano je, uveďte proč
 - zlepšuje kvalitu ošetrovatelské péče
 - vytváří přehled ošetrovatelské péče

- zaznamenává průběh zdravotního stavu
- podporuje kontinuitu péče
- právní ochrana sester
- ne není, uveďte proč

.....

23) Má vaše oddělení na pracovišti veden seznam pracovníků s podpisovými vzory?

- ano
- ne
- nevím

24) Je zdravotnického zařízení povinné vést zdravotnickou dokumentaci?

- ano
- ne

25) Jaké si myslíte, že by měli být dopady nesprávně vyplněné ošetrovatelské dokumentace?

Můžete uvést více možností.

- žádné
- probrání častých chyb na provozních poradách vašeho oddělení
- účastnit se povinně školení o ošetrovatelské dokumentaci
- napomenutí od vrchní sestry
- peněžní sankce
- výpověď ze zaměstnání

26) Co vám vadí na současné ošetrovatelské dokumentaci?

.....
.....

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora. Byl/a jsem seznámena se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis