

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Komplexnost a úplnost vedení ošetrovatelské dokumentace ve  
zdravotnickém zařízení**

Bakalářská práce

**Vedoucí práce:**  
Ing. Iva Brabcová

2009

**Autor:**  
Barbora Zámostná

## **Abstrakt**

This bachelor thesis deals with the topic “Complexity and completeness of keeping nursing care documentation in a selected medical facility“. The thesis is drafted in the theoretical part and empirical part. The objective of the empirical part of the investigation was to survey the complexity and completeness of keeping nursing care documentation in a selected medical facility. In accordance with the objective, we set two hypotheses. H1: Nurses keep nursing care documentation in accordance with the applicable standard. A H2: Nurses in surgery units keep nursing care documentation more complexly than nurses in internal departments. To collect data we chose the quantitative method of research by means of nursing care audit. The research sample consisted of 60 pieces of nursing care documentation, 30 pieces of documentation in a surgery unit and 30 pieces of documentation in the internal department of the Tábor Hospital, a.s. The overall success rate in the audit “Complexity of keeping nursing care documentation” was 99.73 per cent in the internal department and 91.12 per cent in the surgery department. At the same time, no audit index results have dropped below 76 per cent in the entire set (60 pieces of documentation), and below 53 per cent in partial sets (30 pieces of documentation). H1 hypothesis: Nurses keep nursing care documentation in accordance with the applicable standard, has been, on the grounds of the results obtained, confirmed. The overall success rate of the audit of the nursing care documentation in the internal department was almost by 8.5 per cent higher than that in the surgery department. For that reason, it is possible to make the conclusion that the H2 hypothesis: Nurses in surgery units keep nursing care documentation more complexly than nurses in internal departments, has not been confirmed. In the final discussion, results from the conducted audit in the two departments were summed up and, subsequently compared with literature. Practical use was set in the final part. The results of the bachelor thesis were given at the disposal of the staff nurse of the Tábor Hospital, a.s., to conduct improvement in keeping documentation or to conduct subsequent audits. Last but not least, a local standard for keeping nursing care documentation as the basis for drawing up a new standard in individual departments of the team of nursing care, was drafted and subsequently submitted.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Komplexnost a úplnost vedení ošetrovatelské dokumentace ve vybraném zdravotnickém zařízení, vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne .....

.....

Podpis studentky

**Poděkování:**

Chtěla bych poděkovat mé vedoucí bakalářské práce Ing. Ivě Brabcové za ochotu, trpělivost a povzbuzování při psaní mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala hlavní sestře Mgr. Heleně Plockové z Nemocnice Tábor, a.s. za poskytnutí informací a materiálů k provedení výzkumu. Poděkování patří i mé rodině, která mi dodávala sílu jít dál.

## **Osnova:**

1.	Současný stav .....	4
1.1	Ošetrovatelství.....	4
1.1.1	<i>Hlavní trendy rozvoje ošetrovatelství</i> .....	5
1.1.2	<i>Význam ošetrovatelství</i> .....	6
1.2	Ošetrovatelský proces .....	6
1.2.1	<i>Fáze ošetrovatelského procesu</i> .....	8
1.3	Zdravotnická dokumentace .....	12
1.3.1	<i>Fotodokumentace</i> .....	14
1.3.2	<i>Kontrola dokumentace</i> .....	14
1.3.3	<i>Nahlížení do dokumentace</i> .....	16
1.3.4	<i>Povinná mlčenlivost a dokumentace</i> .....	17
1.4	Zásady vedení dokumentace .....	19
1.4.1	<i>Pravdivost, věcnost, čitelnost, srozumitelnost a doplňování záznamů</i> .....	20
1.4.2	<i>Autorizace záznamů, slang, terminologie a subjektivní pocity sestry</i> .....	21
1.5	Legislativa aneb právní předpisy upravující zdravotnickou dokumentaci .....	22
1.6	Kvalita ošetrovatelské péče.....	24
1.6.1	<i>Metody a nástroje pro řízení a plánování kvality</i> .....	25
1.6.2	<i>Ošetrovatelské standardy</i> .....	26
1.6.3	<i>Typy a význam standardů</i> .....	26
1.6.4	<i>Tvorba standardu</i> .....	28
1.6.5	<i>Akreditace</i> .....	29
1.7	Ošetrovatelský audit .....	30
2.	Cíl a hypotézy.....	32
2.1	<i>Cíl práce</i> .....	32
2.2	<i>Hypotézy</i> .....	32
3.	Metodika .....	33
3.1	<i>Popis metodiky</i> .....	33
3.2	<i>Audit</i> .....	33
3.3	<i>Charakteristika výzkumného vzorku</i> .....	33

4.	Výsledky .....	34
5.	Diskuze .....	55
6.	Závěr .....	60
7.	Klíčová slova.....	62
8.	Seznam použitých zdrojů .....	63
9.	Přílohy.....	67

## Úvod

Bakalářskou práci na téma „Komplexnost a úplnost vedení ošetrovatelské dokumentace ve vybraném zdravotnickém zařízení“ jsem si zvolila, protože ošetrovatelská dokumentace tvoří jednu z hlavních priorit ošetrovatelského plánování a poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Každá ošetrovatelská dokumentace by měla být vedena pravdivě a zodpovědně, aby mohla splňovat podmínky státních norem pro vedení ošetrovatelské dokumentace, které je zapsány ve vyhlášce č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění nebo v její novele zákona č. 64/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění. Tyto vyhlášky jasně a přehledně stanovují normy či podmínky za jakých musí být vedena řádná dokumentace. Jsou zde stanoveny například podmínky vedení dokumentace, skladba ošetrovatelské dokumentace či za jakých podmínek smí kompetentní osoby nahlížet do dokumentace. Ošetrovatelská dokumentace se tak stala platnou a uznávanou pomůckou při kontrole kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení. Výzkumnou metodou je v této práci audit ošetrovatelské dokumentace. Tento nástroj kontroly kvality nám pomáhá poodhalovat prázdná a chybná místa ve vedení dokumentace. Po řádném auditu je ovšem nutné vypracovat nápravná opatření a ověřit jejich plnění následným auditem. Audit je metoda, která nemá poškozovat ošetrovatelský personál, ale má nasměrovat péči o pacienty na správnou cestu. Tato forma kontroly pro mou bakalářskou práci byla nejpříjemnější a také mě obohatila o zkušenosti týkající se komunikace se zdravotnickým personálem, samotného auditu ošetrovatelské dokumentace či samostatnosti při zpracování práce. Hlavním cílem mé bakalářské práce je zmapovat komplexnost a úplnost vedení ošetrovatelské dokumentace v Nemocnici Tábor, a.s. V teoretické části jsem popisovala témata, která úzce souvisí se zadáním mé práce. Mezi tyto kapitoly patří teorie ošetrovatelství, ošetrovatelský proces, zdravotnická dokumentace, zásady vedení dokumentace, její legislativa, kvalita ošetrovatelské péče či ošetrovatelský audit. V praktické části jsou uvedeny výsledky z ošetrovatelského auditu na interním a chirurgickém oddělení, které následně budou předány hlavní sestře Nemocnice Tábor, a.s. k vytvoření nápravných opatření.

# 1. Současný stav

## 1.1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství je systém ošetřovatelských činností, které se týkají individuálních osob, rodin či skupin, které jim radí a pomáhají jak pečovat o své zdraví. Ošetřovatelský systém je zaměřen na podporu a udržení zdraví, navrácení zdraví a zvýšení soběstačnosti o sebe samého, zmírnění utrpení či zajištění klidného umírání. Proto můžeme do ošetřovatelství zahrnout prevenci, diagnostiku, léčbu či rehabilitaci (16).

„Ošetřovatelství je humanitní věda, jejíž schopnosti a praxe se zakládají na vědeckých poznacích. Ošetřovatelská praxe má nezávislé a kooperativní funkce, které pomáhají jedincům, skupinám a rodinám dosáhnout optimální biologický, sociální, osobní a duchovní stav (4, str. 13)“.

„Ošetřovatelství je integrovaná vědní disciplína, jejímž hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka způsobené nemocí a pomáhat těm, co se sami o sebe nemohou, neumí nebo nechtějí starat (4, str. 13)“.

Každá sestra by se měla zabývat lidskou osobou jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální, bytostí holistickou a ne jen komplexem částí a procesů. Holismus a jeho odvozenina pojem holistický můžeme odvodit od řeckého slova, který znamená celek. Tato teorie nám ukazuje, že všechny živé organizmy jsou jednotné celky v interakci, a jsou proto více než součtem jejich částí. Z této teorie nám vyplývá závěr, že každá porucha či dysfunkce jedné z jejich částí je poruchou celého systému. Teorie holismu, aplikovaná na lidi a jejich zdraví, potvrzuje skutečnost, že každá sestra musí brát v potaz lidskou bytost jako celek v její bio-psycho-sociální interakci (22).

Každý obor je z hlediska koncepcí neboli pojetí, vymezen vlastním mataparadigmatem. Mezi hlavní mataparadigmata oboru ošetřovatelství nevývratně patří koncepce člověk, zdraví, prostředí a ošetřovatelská činnost. Tyto ošetřovatelské mataparadigmata se utvářejí od časů, kdy Florence Nightingalová popsala ošetřovatelskou péči o člověka v souvislosti s působením vlivů na zdraví. Významný vliv na rozvoj ošetřovatelství měla její kniha „Poznámky o ošetřovatelství“, kterou



vydala v roce 1860. V jejím obsahu můžeme nalézt návody na uspokojování hygienických potřeb, potřeb výživy, čerstvého vzduchu, odpočinku, pohodlí, podnětného a příjemného prostředí. Také se Florence zabývala velkou měrou o vzdělání ošetřovatelek a tím i o zvyšování kvality ošetřovatelské péče, především pak nemocniční péče (13, 8).

Některé ošetřovatelské činnosti či tradice mají i historické kořeny ve vojenském ošetřovatelství, které můžeme zařadit do dob svatých válek. Zahrnujeme sem přísnou morálku sester při poskytování ošetřovatelské péče, vizity s lékaři a uspořádání ošetřovatelských jednotek či místností s pacienty, kteří se nacházeli v lehčích, těžkých či až kritických stavech. Odlišnosti v kvalitě opatrovnictví se datují do časů Krymské války. Velký důraz při zaškolování ošetřovatelek se kladl na rozvoj a důkladnost hygienických zásad. Důležitá úloha v rozvoji laické péče o pacienty je připisována švýcarskému kupci Henrymu Dunantovi, který navštívil v roce 1859 bojiště po bitvě u italského Solferina. Zde se setkal s naprosto nedostatečnou péčí o zraněné vojáky. Henry Dunant zmobilizoval civilní obyvatelstvo pro pomoc raněným. Navrhl postup jak spolupracovat s civilním obyvatelstvem při bitvách či jiných událostech v budoucnosti. Tento plán vedl v roce 1864 k založení Mezinárodní organizace Červeného kříže. Tato organizace poskytuje svoji humanitní činnost po celém světě dodnes (8).

### ***1.1.1 Hlavní trendy rozvoje ošetřovatelství***

V roce 1989 bylo sepsáno sedm hlavních trendů pro rozvoj moderního ošetřovatelství. V prvním trendu je popisováno snižování nákladů na zdravotní péči. Tento trend je charakteristický snižováním počtu akutních lůžek a personálu. Zároveň dochází ke zvýšené potřebě péče o pacienty mimo nemocnice. „To vyžaduje, aby ošetřovatelství definovalo standardy profese a ošetřovatelské péče a poskytovalo účinnou a finančně efektivní péči (13, str. 117)“. Výsledným závěrem tedy je, že sestra musí poskytnout kvalitní ošetřovatelskou péči za co nejnižší náklady. Následné trendy popisují stanovení ceny ošetřovatelské péče, zkracování délky pobytu v nemocnici, stoupající závislost na náročných diagnostických a léčebných technologiích, potřebu širších a hlubších znalostí v ošetřovatelství, potřebu úzké spolupráce a komunikace a posledním trendem je možnost používání informační techniky v plánování

ošetřovatelské péče. Díky moderním metodám vedení ošetřovatelské dokumentace získávají sestry více času na ošetřovatelskou péči u lůžka pacienta. Využívání ošetřovatelských plánů v počítačích napomáhá sestřám při administrativě. Některé počítačové systémy umějí pracovat s ošetřovatelskými plány péče a používají i ošetřovatelské diagnózy NANDA (13).

### **1.1.2 Význam ošetřovatelství**

Významným cílem oboru ošetřovatelství je zvýšení kvality života člověka, rodiny či skupiny neboli komunity a tím i zdravotního stavu. Abychom dosáhli tohoto cíle, musíme ošetřovatelské činnosti, které nám slouží k prevenci, podpoře a udržení zdraví či zvýšení kvality soběstačnosti či nezávislosti přeorientovat na tento výsledek. Jestliže z nějaké příčiny nelze dospět k cíli, musíme tyto činnosti opět přeorientovat na postupy, které pomáhají pacientovi při umírání (17).

Ošetřovatelská péče je poskytována prostřednictvím ošetřovatelských standardů, které stanovují jasná kritéria k jejímu poskytování a zpětnému hodnocení. Hlavní pracovní metodou sester je ošetřovatelský proces. Při plnění cílů musí sestra spolupracovat a komunikovat s ostatním zdravotnickým personálem. Do této skupiny můžeme řadit lékaře, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, sociální sestry, nutriční terapeuti a podobně (16).

## **1.2 Ošetřovatelský proces**

Termín ošetřovatelský proces se zrodil v roce 1955, kdy ho definovala Hallová, sestra pocházející z Ameriky. Samostatná teorie ošetřovatelství se zrodila na konci 60. let. Do evropského kontinentu se dostala ze Severní Ameriky jako koncepční model při ošetřování lidské bytosti. V současnosti se moderní ošetřovatelská praxe v nemocnici poskytuje metodou ošetřovatelského procesu, doprovázeného řádně vedenou ošetřovatelskou dokumentací (13).

„Ošetřovatelský proces je soubor specifických zákroků v péči o zdraví jednotlivce, rodin nebo celých komunit. V užším slova smyslu zahrnuje použití vědeckých metod pro určení zdravotních potřeb pacienta / rodiny nebo komunity a vymezení těch, které mohou být nejučinněji uspokojeny péčí sester. Patří sem plánování

způsobu uspokojování potřeb, realizace plánu, vyhodnocení výsledků či efektivity dané péče. Sestra, ve spolupráci s ostatními členy ošetrovatelského týmu i s jednotlivci či skupinami, o něž je pečováno, stanoví cíle, určí priority, navrhne potřebnou péči a mobilizuje potřebné prostředky. Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči buď přímo nebo zprostředkovaně. Následně vyhodnotí účinnost poskytnuté péče. Tato zpětná vazba by měla podněcovat žádoucí změny v dalších intervencích v podobných ošetrovatelských situacích. Tímto způsobem se ošetrovatelství stane dynamickým procesem, vedoucím k úpravám a zlepšením (8, str. 61)“.

Sestra poskytuje individualizovanou péči, která je založena na vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních, spirituálních a specifických potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Pojem potřeba vyjadřuje určitý nedostatek či omezení něčeho. Tím je lidská bytost nucena vyhledávat okolnosti či podmínky potřebné k životu či naopak při určitých nepříjemných podmínkách se jim vyhýbat. Neuspokojením lidských potřeb dochází k narušení jak fyzické tak psychické stránky člověka - jako například pozornost, myšlení, vnímání, emoce, a tak dále. Potřeby můžeme uspokojovat žádoucími či nežádoucími postupy. Mezi žádoucí způsoby řadíme ty, které neubližují nám, ani ostatním lidem, a jsou v souladu se sociálně – kulturními významy lidské bytosti a zákony dané země. Na druhé straně mezi nežádoucí způsoby řadíme takové, které splňují tato kritéria – mohou poškodit jinou osobu či jiné osoby, nejsou v souladu se sociálně-kulturními významy lidské bytosti nebo zákony dané země. Potřeby dále můžeme dělit na biogenní, fyziologické, psychogenní, sociogenní či psychologické. Potřeby dle hierarchie rozdělil americký psycholog Abraham H. Maslow. Dle Maslowa má každý člověk svůj seznam motivů, který je seřazen dle jeho priorit o životě. V základu této hierarchie potřeb se nacházejí potřeby fyziologické. Do těchto potřeb můžeme zařadit například potřebu pohybu, čistoty, výživy, spánku či sexuální potřebu. Nad těmito potřebami se vyskytují potřeby jistoty a bezpečí. Do této skupiny náležejí potřeby vyvarování se nebezpečí, ohrožení, touha po spolehlivosti či po důvěře. Poté jsou potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty, potřeby kognitivní, potřeby estetické a vrcholek hierarchie tvoří potřeby seberealizace. Tyto potřeby nejvíce mohou ovlivňovat faktory jako například

nemoc, osobnost lidské bytosti, interpersonální vztahy, vývoj člověka či podmínky, za jakých nemoc může vzniknout (22).

### ***1.2.1 Fáze ošetrovatelského procesu***

V roce 1973 byl v USA vydán „Standard ošetrovatelské praxe“. Tento standard popisoval použití ošetrovatelského procesu v praxi. Z tohoto standardu vzešlo pět fází ošetrovatelského procesu, a to zhodnocení, diagnostiku, plánování, realizaci a následné vyhodnocení (13).

Do první fáze zhodnocení zdravotního stavu pacienta nevyvratně patří získávání informací a údajů o pacientovi. Během této fáze sbíráme, ověřujeme a následně třídíme informace, které jsme získali o pacientovi. Tato fáze je prvotním krokem ke zvládnutí kvalitního ošetrovatelského procesu. Mezi typy hodnocení pacienta patří vstupní hodnocení, průběžné hodnocení a závěrečné hodnocení. Údaje o pacientovi můžeme dělit na několik typů, a to na objektivní, subjektivní projevy, proměnné či konstantní projevy. Do objektivních projevů můžeme zařadit zápach, bledost, dech, vztek. Naopak do subjektivních příznaků patří vše, co cítí sám pacient. Proměnné údaje jsou takové, které se mohou v průběhu procesu měnit, jako například krevní tlak. A nakonec konstantní údaje jsou údaje tak zvané statické. Tyto údaje se nemohou nijak měnit, proto sem můžeme zařadit například datum narození. Všechny tyto údaje, které zaznamenáváme do dokumentace, nám musí někdo nebo něco sdělit. Tyto osoby či jiné zdroje nazýváme termínem zdroje údajů. Mezi lidské zdroje údajů řadíme samotného pacienta, jeho blízké osoby neboli rodinu či přátele, ostatní zdravotnický pracovníky či spolupacienty. Mezi hmotné zdroje údajů můžeme řadit zdravotní záznamy či jiné záznamy a zprávy. Také do této patří metody shromažďování těchto údajů. Mezi nejvíce používané metody patří pozorování, rozhovor a samotné fyzikální vyšetření. V tomto vyšetření sestra sbírá objektivní data o pacientovi. Sestra provádí takzvané vyšetření od hlavy až k patě a dle systémů těla. Do tohoto vyšetření také patří například monitorování fyziologických funkcí, měření váhy, měření výšky, stav výživy, držení těla při chůzi nebo úroveň komunikace. Dle národních akreditačních standardů vydaných Spojenou akreditační komisí České republiky, musí mít každý pacient provedeno a řádně zdokumentováno vstupní ošetrovatelské vyšetření (ošetrovatelskou

anamnézu viz příloha 1) ošetřující sestrou do 24 hodin po přijetí na oddělení (13, 8, 19, 8, 13).

Diagnostika neboli druhá fáze, je zaměřena na zpracování údajů, nalezení pacientových zdravotních problémů, rizik či pozitiv a sestavení sesterských diagnóz. „Ošetřovatelskou diagnózu stanoví sestra na základě vyhodnocení získaných informací. Termín diagnóza je odvozen z řeckého „diagignoskein“, což znamená v překladu rozeznávat, odlišovat. Ošetřovatelská diagnóza znamená verbalizaci pacientových potřeb a problémů, které může ovlivnit správně zvolená (naplánovaná) ošetřovatelská péče. Diagnostikován je současný stav jeho zdravotního stavu. Ošetřovatelská diagnóza tak pomáhá při plánování vhodné ošetřovatelské péče, neboť sumarizuje závěry hodnocení nemocného sestrou (19, str. 24)“. Ošetřovatelské diagnózy může dělit na aktuální a potenciální. Každá aktuální ošetřovatelská diagnóza je sestavena ze tří částí. Na začátku diagnózy se nachází kód diagnózy, standardní název a definice dané problematiky. Následuje druhá část, která nám popisuje příčiny a související faktory a na konci diagnózy nacházíme charakteristické projevy. Tyto projevy jsou u každého člověka odlišné měrou citění daného pacienta. Potenciální ošetřovatelská diagnóza se skládá jen ze dvou částí. I tato diagnóza má na počátku kód diagnózy, standardní název a definici, po které následuje druhá část diagnózy, a to příčiny a související faktory. Odlišnost od aktuální ošetřovatelské diagnózy je v třetí části kdy v diagnóze chybějí charakteristické projevy. V každém diagnostickém procesu je zapotřebí soubor rozumových procesů, jako například objektivita, kritické myšlení, rozhodování, indukce či dedukce. Tento proces má také své fáze, jako jsou utřídění a vyhodnocení informací, stanovení zdravotních problémů pacienta a potřeb ošetřovatelské péče, formulování ošetřovatelské diagnózy a nakonec stanovení priority diagnóz. Ošetřovatelské diagnózy mají vlastní taxonomii. Taxonomie v překladu znamená klasifikační systém skupin, tříd a sérií. Mezi jednu z nejvíce používaných řadíme NANDA taxonomii neboli seznam ošetřovatelských diagnóz sepsaný Severoamerickou asociací sester pro ošetřovatelské diagnózy. Tyto diagnózy jsou seskupeny do třinácti základních skupin, které určují devět základních lidských reakcí. Tento seznam ošetřovatelských diagnóz je číselně kódován a seskupený od nejabstraktnějších po nejkonkrétnější. Mezi hlavní výhody této

taxonomie patří - přispívání ke zvýšení zodpovědnosti a samostatnosti ošetrovatelského personálu a umožňují organizační odklad pro vědeckou činnost. Mezi nejdůležitější výhody ošetrovatelských diagnóz patří např. vylepšení verbální i neverbální komunikace mezi zdravotnickým personálem, vyhodnocení úrovně zdraví pacienta, zjednodušení péče o pacienta při jeho překladu na jinou jednotku, oddělení či zdravotnické instituce, dle ošetrovatelských diagnóz lze pacientům poskytnout úplnou a souhrnnou péči a nakonec, ale neméně důležitou výhodou je poskytování podkladů o provedené péči pojišťovně při financování péče (8, 13, 19, 8, 13).

Třetí fází ošetrovatelského procesu je plánování ošetrovatelských činností ošetrovatelským personálem. V této fázi si sestra vytýčí ošetrovatelské strategie, taktiky či intervence, které jsou evidentní v dokumentaci (viz příloha 2). Cílem neboli konečným výsledkem, by měla být u této fáze prevence, redukce nebo vyvarování se zdravotních obtíží či problémů pacienta, které byly nalezeny v předešlé fázi. Plánování péče popisuje komplexní přehled o pacientových problémech a potřebách. Jde zde o shodu mezi potřebami či problémy pacienta, vytčenými cíli, plánováním strategií a činností, realizací a následným zhodnocením stavu. Seznam těchto ošetrovatelských činností by měl být flexibilní, aby do něj mohla sestra kdykoli dopisovat či měnit intervence dle pacientových potřeb. Příslušníci ošetrovatelského personálu by měli být z něho schopni vše potřebné pro jejich práci vyčíst. Jakost plánování závisí na sesterských odborných vědomostech, délce praxe, na pacientovi nebo jeho rodině a na současném materiálním či nemateriálním vybavení zdravotnického zařízení. Abychom dosáhli požadované kvality ošetrovatelského plánování, musíme si tento postup rozdělit do jednotlivých částí či etap. Na začátku plánování si musíme vytýčit priority problémů pacienta, poté si stanovíme cíle a výsledná kritéria. Ošetrovatelské cíle máme dvojího druhu – krátkodobý a dlouhodobý. Krátkodobý cíl je takový, který můžeme splnit v bezprostředně krátkém období - do několika hodin. Naopak dlouhodobý cíl směřuje ke vzdálenější budoucnosti. Tento cíl může mířit i do následující domácí a následné péče. Oba tyto druhy cílů mají být jednoduché a věcné. Výsledná kritéria mají vycházet z konkrétních reakcí či odpovědí pacienta. Po stanovení cílů a kritérií si začínáme plánovat ošetrovatelské strategie a následně zapisovat sesterské diagnózy do

ošetřovatelské dokumentace. Po těchto fázích dochází k sestavení samotné ošetřovatelské péče. Poslední fází je konzultování sestry s jiným ošetřovatelským personálem, například fyzioterapeutem, nutričním terapeutem či lékařským personálem, například diabetologem či jiným odborným lékařem. Do této fáze plánování musíme také zařadit druhy plánů ošetřovatelské péče – plán ošetřovatelské péče zaměřený na ošetřovatelské diagnózy, denní plán péče a standardní plán péče. Plán ošetřovatelské péče společně s dalšími částmi zdravotnické dokumentace podávají doklad o poskytování kvantity, kvality, vhodnosti ošetřovatelské péče každému pacientovi (19, 8, 13, 15).

Předposlední fází ošetřovatelského procesu je fáze realizace ošetřovatelského plánu (viz příloha 3). „Realizace, tedy vykonání nebo zásah, je uplatnění ošetřovatelských strategií, zaznamenaných v plánu ošetřovatelské péče v praxi. Je to ošetřovatelská činnost zaměřená na dosažení žádoucího výsledku nebo pacientových cílů (8, str. 71)“. Tato fáze spojuje ty předešlé v jeden komplex, protože pokud ošetřovatelská péče nebude naplněna, nepocítí daný pacient účinnost ošetřovatelské péče a tím tento proces bude mít charakter spíše administrativní než praktický. Ze všech fází procesů se dle průzkumu, zdá sestrám nejkvalitnější, protože v této fázi se s pacientem pracuje přímo. Provádějí se u něho ošetřovatelské intervence. Realizace má také své druhy činností, a to nezávislé, závislé a součinné. Nezávislá je činnost, kterou sestra provádí dle jejích znalostí a dovedností. Závislá činnost je postup, který sestra provádí na základě ordinací nebo dle směrnice. Konečná součinná činnost je taková, kterou sestra provádí kolektivně s ostatními příslušníky daného lékařského či ošetřovatelského týmu. Také se fáze realizace dělí na několik etap. Na počátku realizace provádíme takzvaně opakované posouzení pacienta. V této etapě, dochází k monitorování přeměn pacientových potřeb či problémů a následně k jejich zaznamenávání do ošetřovatelského plánu. Dále dochází k ověření plánu ošetřovatelské péče a posouzení potřeb asistence jiného zdravotnického odborného personálu. Předposlední fází realizace je realizace ošetřovatelských strategií a v poslední fázi realizace se provádějí záznamy ošetřovatelských činností do ošetřovatelské dokumentace, které se musejí podepsat danou sestrou (19, 8).

Konečnou fází ošetrovatelského procesu je fáze vyhodnocení (viz příloha 4). „Vyhodnocení je posouzení pacientovy odpovědi na ošetrovatelské zásahy a její porovnání se stanovenými normami (výsledná kritéria). Zhodnotit v ošetrovatelství znamená zjistit, zda bylo dosaženo pacientových cílů a do jaké míry. Hodnocení je velmi významným aspektem ošetrovatelského procesu, protože jeho závěry určují, zda se mají ošetrovatelské zásahy skončit, pokračovat, revidovat nebo změnit (8, str. 72)“. Při zhodnocení sestrou dochází ke zhodnocení objektivních známek či projevů pacienta a také k vyhodnocování například spolupráce s pacientem nebo s rodinou. Pacient také může provést zhodnocení tím, že nám vylíčí svoje subjektivní pocity a názory o ošetrovatelské péči. Jestliže má pacient negativní názor, musí sestra společně s pacientem nalézt nové řešení. Hodnocení může mít trojí závěr – cíl se splnil, cíl se splnil částečně a cíl se nesplnil. Dle časového rozpětí hodnocení se také dělí na termínované, průběžné a souhrnné. Výsledné zhodnocení poté sestra zapíše do ošetrovatelské dokumentace i se svým podpisovým vzorem (19, 8, 19, 8).

Mezi výhody, které vyplývají z vedení ošetrovatelského procesu, patří zvýšení kvalitní individualizované péče, komplexnost ošetrovatelské péče, spolupráce s pacientem či jeho rodinou. Pro sestru by měl tento postup práce přinášet pocit uspokojení z dobře vykonané péče, profesionální rozvoj, komplexní a dlouhodobou seberealizaci. Ošetrovatelský proces také může posloužit jako podklad pro justici při nejrůznějších kauzách. Také musíme mezi výhody počítat sestavování a vyhodnocování vykonání postupů dle standardů ošetrovatelské praxe (13).

### **1.3 Zdravotnická dokumentace**

Zdravotnická dokumentace je postup, při kterém zaznamenáváme a ukládáme informace na nejrůznějších písemných či zvukových nosičích. Zdravotnická dokumentace existuje v současné době ve třech formách, které se vzájemně doplňují a podmiňují, a to zdravotnická dokumentace vedená lékaři, ošetrovatelská dokumentace a provozní dokumentace. Dokumentace, kterou vedou lékaři, zaznamenává informace o zdravotní péči, například ordinace léků či výsledky vyšetření. Ošetrovatelskou dokumentaci vede ošetrovatelský personál a vztahuje se k ošetrovatelské péči o daného pacienta. Do této dokumentace patří například ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelský



plán, denní záznam příjmu potravy či bilance tekutin (viz příloha 5). Pokud jsou lékařská a ošetrovatelská dokumentace vedeny odděleně, musí na sebe přesně navazovat a nikdy si nesmějí konkurovat a tím i protiřečit. Poslední dokumentací, která patří do zdravotnické dokumentace je dokumentace provozní. Tato dokumentace zaznamenává fakta, týkající se správné organizace provozu zdravotnického zařízení a ukládá se zde například kniha „Evidence návykových látek“ (27, 30).

Ošetrovatelská dokumentace je chápána jako systematické a komplexní uchování a zaznamenávání faktů týkajících se ošetrovatelské péče o daného pacienta. V ošetrovatelské dokumentaci můžeme nalézt jak písemné, tak i zvukové či grafické zápisy od sester, které prováděly ošetrovatelské činnosti u pacienta. Tato dokumentace slouží jako složka ošetrovatelského procesu (27).

Pokud má ošetrovatelská dokumentace sloužit svému účelu, musí být smysluplná pro každého zdravotnického pracovníka, vedená jednoduchým způsobem, přístupná a musí nám poskytovat důležitá a pravdivá data o daném pacientovi (18).

Existuje více typů vedení ošetrovatelské dokumentace. Každé zdravotnické zařízení může využívat jiný systém. Tyto systémy se od sebe liší dle vypracování ošetrovatelského procesu. Některým zařízením mohou sloužit systémy dokumentace orientované na problém, tradiční popisné zapisování, systém problém – intervence hodnocení, fokus, zaznamenávání podle výjimek, FACT (systém založený na čtyřech elementech – formuláře při posouzení se základními parametry, výstižné a komplexní záznamy o stavu pacienta, formuláře dokumentující stav a reakce pacienta a aktuální zápisy pořízené při každém poskytnutí péče), DAR (tři elementy – data, akce a reakce) nebo systémy zaměřené na výsledky. Zařízení také mohou zpracovávat data na počítačích (11).

Mezi nejdůležitější významy vedení ošetrovatelské dokumentace patří zaručení verbální i neverbální komunikace mezi ošetrovatelským personálem a bezpečné poskytování ošetrovatelské péče pacientovi. K významným důvodům pro vypracování ošetrovatelské dokumentace patří doložení kvality ošetrovatelské péče a provedení péče dle ordinací lékaře a zdravotního stavu pacienta a následně vykonání péče dle standardů

či určených postupů lege artis. Ošetrovatelská dokumentace může také posloužit jako pomůcka pro vědeckou či výzkumnou činnost (30).

### ***1.3.1 Fotodokumentace***

Tuto metodu řadíme mezi typy vedení ošetrovatelské dokumentace. Fotodokumentace je důležitá pro přesné uchování dat a jejich následné vyhodnocení. Tento postup slouží jako významný prostředek při vedení ošetrovatelské dokumentace či průkazu správné ošetrovatelské péče o pacienta. Nejširší využití zaujímá fotodokumentace v ošetrovatelské péči o dekubity, kde zaznamenává ošetrovatelský postup při jejich léčbě. Touto metodou se dá také hodnotit účinnost ošetrovatelské péče o další onemocnění jako například bércové vředy, popáleniny či jiné poškození kůže. Fotodokumentace hraje důležitou roli při iatrogenních poškozeních, při poškození kožního krytu po paravenózních aplikacích léčebných přípravků, zaměnění dezinfekčních prostředků či elektrody. Fotodokumentace se hojně využívá při vyšetřování kriminálních případů, ve kterých hlavní roli hraje podezření na syndrom týraného dítěte neboli syndrom CAN. Vypracování fotodokumentace je možné pouze po verbálním či písemném souhlasu od daného pacienta. Při a po provedení fotodokumentace pochopitelně musíme mít na paměti dodržení zdravotnické etiky a zřetel na stav pacienta. Tuto metodu může vykonávat pouze pověřený zdravotnický pracovník. Při snímkování nesmí být přítomna jiná osoba než zdravotnický personál, který se staral o daného pacienta. V některých případech může pacient vyžadovat okopírování daného snímku při propuštění. V tomto případě lze pacientovi ustoupit za daný poplatek, ale pouze v případě, že originální fotozáznam zůstane ve zdravotnické dokumentaci (30).

### ***1.3.2 Kontrola dokumentace***

Úplnost a komplexnost vedení ošetrovatelské dokumentace je sledované pravidelným, kontinuálním mechanismem vedení. Při auditu dokumentace se nevyhledávají nedostatky zdravotního personálu, ale je zde snaha o nalezení mezer v ošetrovatelské dokumentaci. Po kvalitně provedené kontrole dokumentace by měla

být vypracována zpráva s potenciálními zjištěnými chybami. Následují sankce při nesplnění těchto chyb (30).

„Zákoník práce stanovuje vedoucím pracovníkům povinnost organizovat, řídit, kontrolovat a posuzovat práci podřízených. Z tohoto ustanovení pak vyplývá oprávnění a povinnost vrchní i staniční sestry kontrolovat formální i obsahovou stránku vedení ošetrovatelské dokumentace a podle výsledku kontroly přijímat potřebná opatření. Kontrola ošetrovatelské dokumentace má být uvedena v náplni práce vrchní a staniční sestry. Také primář oddělení je oprávněn kontrolovat ošetrovatelskou dokumentaci (27, str. 18)“.

Každá staniční sestra má právo na zajištění kontroly ošetrovatelské dokumentace na své jednotce příslušného oddělení. Stejně tak i vrchní sestra na svém oddělení a hlavní sestra může provádět kontroly po veškerých odděleních zdravotnického zařízení. Skladba kontroly dokumentace musí zahrnovat hledisko formálního charakteru, to znamená srozumitelnost údajů, jednoduchost, pravdivost, stručnost tak i konkrétnost a věcnost údajů (30).

Za každý daný zápis v ošetrovatelské dokumentaci je zodpovědná vždy konkrétní sestra, která zápis zaznamenala do dokumentace. Pokud se objeví chyby v zápisech opakovaně musí staniční sestra sjednat okamžitou nápravu dokumentace a v některých případech i udělit příslušné sestře či sestrám sankce za pochybení (30).

„Odpovědnost lze obecně definovat jako povinnost strpět sankce za protiprávní jednání. U zdravotnických pracovníků je při poskytování zdravotní péče protiprávním jednáním také postup non lege artis (29, str. 13)“. Dle typu protiprávního chování a následně také dle velikosti a závažnosti následků se vymezují druhy odpovědností – trestněprávní, občanskoprávní, pracovněprávní a správněprávní odpovědnost. Mezi trestněprávní odpovědnost ve zdravotnictví řadíme například neposkytnutí první pomoci podle § 207 Trestního zákona, trestní čin neoprávněného nakládání s osobními údaji podle § 178 Trestního zákona či § 223 a 224 Trestního zákona ublížení na zdraví. Za trestněprávní odpovědnost je zodpovědný každý jednotlivý zaměstnanec. Naproti tomu v občanskoprávní odpovědnosti, kdy se jedná nejčastěji o škodu na majetku či zdraví, zodpovídá za ušlou škodu zaměstnavatel. Zaměstnanec ovšem zodpovídá dle

občanského zákoníku práce za část škody svého zaměstnavatele. Do občanskoprávní odpovědnosti můžeme zařadit i odpovědnost smluvní. Tato odpovědnost je nejčastěji spojována s poskytováním péče v domácí péči. Porušením smlouvy dochází, pokud sestra, která poskytuje domácí péči, poskytuje péči non lege artis, nedodrží stanovenou pracovní dobu či poskytovala péči v odlišeném rozsahu, než ordinoval lékař. V pracovněprávní odpovědnosti se jedná o porušení povinností zaměstnance při plnění úkolů týkajících se zaměstnání či jiných zvláštních odpovědností. Mezi tyto zvláštní odpovědnosti můžeme řadit odpovědnost za rozdíl jemu svěřených hodnot, odpovědnost za pozbytí svěřených věcí či odpovědnost za porušení kázně či povinnosti k odvrácení škody na majetku či zdraví. Také můžeme zařadit do této problematiky odpovědnost funkční, která je odpovědná za správné plnění stanovených povinností hlavní, vrchní či staniční sestry (29, 28, 26).

### ***1.3.3 Nahlížení do dokumentace***

Zákon č. 20/1966 Sb., o zdraví lidu nám přesně definuje, kdo má právo k nahlížení do zdravotnické dokumentace: „Určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě, a to při přijetí k poskytování zdravotní péče nebo kdykoliv po přijetí; pacient při určení osoby, která může být informována o jeho zdravotním stavu, zároveň určí, zda této osobě náleží též práva podle písmen b) a c); pacient může určení osoby nebo vyslovení zákazu kdykoliv odvolat; právo pacienta na určení osoby nebo na vyslovení zákazu se nevztahuje na postup podle odstavců 10 a 11 a dále na podávání informací a na právo nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo na pořizování výpisů, opisů nebo kopií podle zvláštních právních předpisů upravujících poskytování zdravotní péče, popřípadě činnosti související se zdravotní péčí; jde-li o pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, které mohou být o jeho zdravotním stavu informovány, mají právo na aktuální informace o jeho zdravotním stavu osoby blízké (33)“.

Jestliže se jedná o zařízení, kde se provádí zdravotní péče formou výuky, pak je potřeba, aby daný pacient podepsal souhlas s nahlížením do dokumentace i osobám, které se teprve zaučují v oboru nebo si zkvalitňují a obohacují odbornost o vyšší stupně. Pokud je pacient zasilán na vyšetření, může si svou dokumentaci odnést sám. Pokud ji

nemůže pacient držet, nese mu jí odpovědná sestra nebo pověřený sanitář, kteří jsou povinni dodržovat slib povinné mlčenlivosti. Pokud nastane situace, kdy pacient chce nahlídnout do zdravotní dokumentace, musí sestra nejprve oznámit vše svým vedoucím, primáři oddělení a vrchní sestře. Nikdy sestra nesmí sama rozhodnout tuto situaci (30).

Do každé zdravotnické dokumentace jsou oprávněni nahlížet tyto osoby i bez souhlasu pacienta: ošetřující lékař, sestry, konziliární lékař, psychologové, logopedové, fyzioterapeuti, revizní lékaři, členové znaleckých komisí či lékaři orgánů sociálního zabezpečení. Se souhlasem od daného pacienta také mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace: soudní znalci, pověřeni členové komor (České lékařské komory a České stomatologické komory), lékaři a zaměstnanci správních úřadů ve zdravotnictví při prověřování stížností a právní zástupci (25).

#### **1.3.4 Povinná mlčenlivost a dokumentace**

Právní předpisy ukládají zdravotnickému personálu povinnost dodržování povinné mlčenlivosti o všech informacích, které nabyl v průběhu svého zaměstnání ohledně pacientů. Tato povinnosti vyplývá ze zákonů č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a změně některých zákonů, v platném znění a dále č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění (30, 24).

V § 55, odst. 2, písm. d) zákona 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, je stanoveno toto: „Každý zdravotnický pracovník je povinen zejména zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděl při výkonu svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby; povinnost oznamovat určité skutečnosti uložená zdravotnickým pracovníkům zvláštním právním předpisem<sup>10a</sup>) není tím dotčena. 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 (33)“.

Také s touto problematikou úzce souvisí zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. V §9, písm. a), b) a c) je popsáno, jak se mají citlivé údaje zpracovávat: „Citlivé údaje je možné zpracovávat jen jestliže; **a)**

subjekt údajů dal ke zpracování výslovný souhlas. Subjekt údajů musí být při udělení souhlasu informován o tom, pro jaký účel zpracování a k jakým osobním údajům je souhlas dáván, jakému správci a na jaké období. Existenci souhlasu subjektu údajů se zpracováním osobních údajů musí být správce schopen prokázat po celou dobu zpracování. Správce je povinen předem subjekt údajů poučit o jeho právech podle § 12 a 21, **b**) je to nezbytné v zájmu zachování života nebo zdraví subjektu údajů nebo jiné osoby nebo odvrácení bezprostředního závažného nebezpečí hrozícího jejich majetku, pokud není možno jeho souhlas získat zejména z důvodů fyzické, duševní či právní nezpůsobilosti, v případě, že je nezvěstný nebo z jiných podobných důvodů. Správce musí ukončit zpracování údajů, jakmile pominou uvedené důvody, a údaje musí zlikvidovat, ledaže by subjekt údajů dal k dalšímu zpracování souhlas, **c**) se jedná o zpracování při zajišťování zdravotní péče, ochrany veřejného zdraví, zdravotního pojištění a výkon státní správy v oblasti zdravotnictví podle zvláštního zákona<sup>15</sup>) nebo se jedná o posuzování zdravotního stavu v jiných případech stanovených zvláštním zákonem, <sup>15a</sup>) (32)“.

V neposlední řadě jsou práva pacientů zaznamenána v Úmluvě o lidských právech a biomedicině. V čl. 10 odst. 1 je popisováno toto: „Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdravotním stavu. Při poskytování zdravotní péče jsou získávány, zpracovávány a uchovávány citlivé údaje o pacientovi. Toto ustanovení garantuje právo pacienta na ochranu získaných informací. Současně ukládá zdravotnickým pracovníkům povinnost získané údaje chránit před zneužitím. České právo oblast důvěrnosti a povinné mlčenlivosti upravuje v několika právních předpisech. Stanovuje také sankce za porušení povinné mlčenlivosti. Je výhodné, pokud pacient při přijetí do zdravotnického zařízení určí, komu mohou být poskytovány informace o jeho zdraví (24, str. 18)“.

V § 178 Trestního Zákona, odst. 2 o neoprávněném nakládání s osobními údaji, se popisují přestupky při poskytování ošetrovatelské péče zdravotnickým personálem (28). V odst. 2 je zaznamenáno toto: „Kdo osobní údaje o jiném, získané v souvislosti s výkonem svého povolání, zaměstnání nebo funkce, byť i z nedbalosti, sdělí nebo

zpřístupní, a tím poruší právním předpisem stanovenou povinnost mlčenlivosti (24, str. 24)“.

Poskytnutí informací o daném pacientovi lze podat jen osobám, které si určí sám pacient nebo osobám, které zahrnuje zákon. Souhlas pacienta může být verbální, písemný či jen konkludentní (například pokývání hlavou). V zákoně č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu je popsáno právo určení osob na základě rozhodnutí pacienta o podávání informací o jeho zdravotním stavu. Tyto osoby také mohou nahlížet do pacientovy zdravotnické dokumentace či si mohou požádat o provedení opisů či kopií z dokumentace. Pacient má ovšem také právo na zakázání podávání informací o jeho stavu osobám, které si určí a to v době přijetí, během hospitalizace či po jeho propuštění. Tento zákaz může kdykoli odvolat. Dále v zákoně je ustanoven případ, kdy pacient není schopen určit osoby k podávání informací z důvodu jeho zdravotního stavu. Zde vycházejí do popředí osoby pacientovi blízké a dále členové domácnosti, kteří nejsou osobami blízkými. Na poskytování informací o zemřelém se vztahuje podobné ustanovení. Právo na informace mají osoby, které si určil sám pacient za svého života s rozsahem oprávnění, osoby blízké nebo zákonný zástupce zemřelého. Při podání informací orgánům činným v trestním řízení musí dát pacient opět souhlas. V případě, kdy orgány nemají souhlas od pacienta, musejí si vyžádat souhlas od soudce podle § 8, odst. 5 Trestního řádu (28).

#### **1.4 Zásady vedení dokumentace**

Za kvalitní vedení ošetrovatelské dokumentace je odpovědná náměstkyně pro ošetrovatelskou péči či hlavní sestra zdravotnického zařízení. Na jednotlivých odděleních dohlíží nad dokumentací vrchní sestra nebo sestra staniční (23).

Jakýkoli zápis do ošetrovatelské dokumentace nazýváme záznamem v ošetrovatelské dokumentaci. Sestra tímto způsobem zaznamenává různé ošetrovatelské postupy či výkony, jejich následné výsledky, chování či zdravotní stav pacienta nebo další záznamy o pacientovi. Záznamy by měly provádět sestry během směn i po její ukončení. Záznamy o pacientovi jsou psány dvojitým způsobem. Tím prvním je psaní záznamů pomocí počítače a doplňování informací písemnou formou. Druhým způsobem je pouze ruční písemnou formou. Vhodné při zaznamenávání

informací je používání barevných psacích potřeb. Používání barev v dokumentaci musí mít však nějaký systém. V odlišném případě hrozí výskyt chyb v záznamech (30).

Pokud má zdravotnická dokumentace plnit svůj účel, musí být vypracována pravdivě, čitelně a srozumitelně. Každá zdravotnická dokumentace musí být zaznamenávána v písemné neboli textové, audiovizuální nebo grafické formě. Záznamy musí být upraveny v elektronickém či listinném formátu. Z toho vyplývá, že dokumentace, má-li být vedena dle předpisů, musí být čitelná, pravdivá, jednoduchá, stručná, pravdivě doplňovaná a věcná (30).

#### ***1.4.1 Pravdivost, věcnost, čitelnost, srozumitelnost a doplňování záznamů***

Pravdivost je jedna z hlavních priorit vedení dokumentací. Pravdivost jako vlastnost při vedení dokumentace je brána jako samozřejmost, ovšem v některých případech je možné se setkat s údaji, které se neslučují se skutečností. Mezi tyto údaje řadíme například nepřesné časové údaje o podání léku či provedení ošetrovatelského výkonu, o hodnotách fyziologických funkcí, kdy sestra vychází z předešlých hodnot či ze subjektivních pocitů pacienta. Také mezi tyto skutečnosti můžeme řadit nepravdivé údaje v ošetrovatelské anamnéze, které se týkají pacienta. Další vlastností dokumentace by měla být věcnost údajů a záznamů. Věcnost dokumentace dokládá o profesionálních vlastnostech osoby, která záznam zapsala. Velkou chybou v dokumentacích bývá nedostatečný popis například dekubitů či bércových vředů. Čitelnost je jednou z nevyskytovanějších chyb ve vedení dokumentací a nejčastěji si na toto pochybení stěžují soudní znalci či jiné kontrolní úřady, mezi které řadíme například Policii ČR. Občasné problémy tvoří také ve vedení dokumentací srozumitelnost údajů či záznamů. Některé záznamy zapsané v minulosti nemusejí být srozumitelné v současnosti. A tak nastávají kolize, protože nikdo už neporozumí ze špatně zaznamenaných údajů, co se v minulosti stalo či událo. A také z tohoto důvodu by se neměly v dokumentacích používat otazníky či vykřičníky. Těmito interpunkcemi se může snižovat hodnověrnost záznamů. A v neposlední řadě je důležité říci jak správně postupovat při doplňování dokumentace. Každý záznam musí být zaznamenán tak, aby plynule navazoval na následující. Tato zásada patří převážně při poskytování neodkladné či urgentní péče nebo při zhoršení stavu pacienta. V žádné dokumentaci se nesmějí používat nesprávná



terminologie, vulgarizmy, cizí jazyk, nestandardizované zkratky, pocity sestry či slangové názvosloví (30).

#### ***1.4.2 Autorizace záznamů, slang, terminologie a subjektivní pocity sestry***

Jestliže sestra zaznamená nějakou skutečnost do dokumentace, musí tento záznam řádně autorizovat. Každý záznam musí být stvrzen podpisem sestry a jmenovkou. Jmenovkou nazýváme otisk razítka. Každý zaměstnanec si musí své razítko opatrovat a střežit před případným zneužitím nekompetentní osobou. Razítka se dělí na razítko se státním znakem, bez státního znaku, záhlavní razítko či razítko, které využívají sestry po konzultaci s primářem a vrchní sestrou oddělení. Razítka, která jsou kulatá se státním znakem, se běžně nepoužívají. Tento znak mohou využívat jen jedinci, kterým bylo toto razítko svěřeno a musí být zaregistrováno na jejich jméno. Dále existují razítka bez státního znaku, se kterými sestry také nepracují. Razítka se nejčastěji využívají při zabezpečení listin pro příslušné úřady. Také musí být zaregistrováno na jméno. A tak sestry pracují se záhlavním razítkem. Na tomto razítku musí být označení zdravotnického zařízení či organizačního celku. Tyto záhlavní razítka a razítka sester, kde mají své jméno, usnadňují práci celému kolektivu. V běžné praxi se také využívají razítka, která jsou určena přímo k nějakému výkonu, například aplikaci návykových látek. Jestliže se musí opravit jakákoli skutečnost v dokumentaci, musí být opravena tak, aby byl jasný a čitelný prvotní záznam. Jakýkoli zápis do dokumentace musí být poté ukončen razítkem a podpisem sestry (30, 27, 30).

Slangové názvosloví a vulgarizmy se nesmějí využívat při vedení dokumentace. Pokud se tak stane, může se toto pochybení brát jako urážka či zesměšnění daného pacienta. Při vedení dokumentace je nutné používat správně medicínská terminologie. Díky nekvalitní terminologii v dokumentaci může nastat až poškození na zdraví pacienta zdravotnickým personálem. A posledním závažným pochybením ze strany sester při vedení dokumentací je zapisování subjektivních pocitů zdravotních sester. Tyto zápisy mohou být brány jako vyjádření neodbornosti či neprofesionálnosti sestry (30).

## 1.5 Legislativa aneb právní předpisy upravující zdravotnickou dokumentaci

Zdravotnictví jako každý obor podléhá různým předpisům, vyhláškám či zákonům. Tato legislativa jasně a přehledně upravuje jak koncepci vedení zdravotnické dokumentace, tak její podobu, význam, obsah či jiné náležitosti komponenty. A tak nejzákladnějším předpisem či zákonem je zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění a také vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění. Tato vyhláška vstoupila v platnost 1. dubna 2007, ze dne 21. července 2006. Než ovšem začala tato legislativa platit, byla novelizována vyhláškou č. 64/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci (30, 21).

Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění, popisuje v §1 odst. 1 toto: „Zdravotnická dokumentace vždy obsahuje název zdravotnického zařízení, jeho sídlo nebo místo podnikání, název oddělení, jméno, popřípadě jména, příjmení, rodné číslo pacienta, číslo pojištěnce, jméno, popřípadě jména, příjmení, titul a podpis zdravotnického pracovníka, který provedl zápis do zdravotnické dokumentace, jméno, popřípadě jména, příjmení, adresu místa trvalého pobytu osoby, datum provedení zápisu do zdravotnické dokumentace nebo razítko zdravotnického zařízení (31)“. Dále odst. 2 popisuje následující komponenty dokumentace po zjištění zdravotního stavu pacienta: „Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta dále obsahuje diagnostickou rozvahu a návrh dalšího diagnostického postupu, předpokládanou konečnou diagnózu, návrh dalšího léčebného postupu a informace o průběhu léčení, záznam o rozsahu poskytnuté nebo vyžádané zdravotní péče, záznam o předepsání léčivých přípravků, podání léčivých přípravků pacientovi ve zdravotnickém zařízení, včetně podaného množství, v případě podání transfúzního přípravku jednoznačně identifikující kód; datum a podpis zdravotnického pracovníka, který léčivý nebo transfúzní přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely podal, vybavení pacienta léčivými přípravky, potravinami pro zvláštní lékařské účely včetně množství zdravotnickým zařízením, vybavení pacienta zdravotnickými prostředky zdravotnickým zařízením, záznam o vystavení příkazu ke zdravotnickému transportu, záznamy o ošetrovatelské péči, popis a průběh ošetřování, doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu, záznam o provedení očkování, včetně uvedení

názvu očkovací látky čísla šarže, písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím vyšetřovacího, léčebného nebo jiného zdravotního výkonu, záznam o souhlasu pacienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu<sup>2</sup>), záznam o použití omezujících prostředků vůči pacientovi a o ohlášení této skutečnosti soudu, kopie informací předávaných o pacientovi v listinné formě, popřípadě záznam o jejich předání a stejnopisy posudků, záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi<sup>3</sup>) s uvedením, kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo; záznam se neprovede v případě nahlédnutí zdravotnickým pracovníkem v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, záznam o uznání a ukončení dočasné pracovní neschopnosti a záznam o započetí ošetřování člena rodiny a jejich délce; záznamy lékaře orgánu sociálního zabezpečení související s kontrolou posuzování dočasné pracovní neschopnosti (31)“. Důležité pro ošetřovatelskou péči je § 3 odst. 2, který obsahuje odkaz na přílohu 1, kde jsou uvedeny minimální obsahy samostatných částí zdravotnické dokumentace. Pod bodem 11 je zde uvedena i dokumentace ošetřovatelské péče. Je zde uvedeno: „Záznam o ošetřovatelské péči obsahuje: ošetřovatelskou anamnézu pacienta, a zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetřovatelské péče a ošetřovatelského plánu, ošetřovatelský plán, v němž se zejména uvedou popis ošetřovatelského problému a stanovení ošetřovatelské diagnózy pacienta, postupy poskytování ošetřovatelské péče a podle povahy postupů datum a časový údaj o poskytnutí ošetřovatelské péče nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření nebo jiných postupů ošetřovatelské péče, včetně poučení pacienta, hodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče, změny v ošetřovatelském plánu, ošetřovatelskou propouštěcí zprávu nebo doporučení k dalšímu ošetřovatelskému postupu v případě předání pacienta do další ošetřovatelské péče, v níž se zejména uvede shrnutí ošetřovatelské anamnézy, aktuální údaje o poskytnuté ošetřovatelské péči včetně časových údajů o poslední poskytnuté péči, posledním podání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a použití zdravotnických prostředků, aktuální údaje o zdravotním stavu pacienta, záznam o rozsahu podané informace v rámci ošetřovatelské péče při propuštění z ústavní péče (31)“. V neposlední řadě v § 6 je popisována skartace zdravotnické dokumentace: „Zdravotnická

dokumentace se uchovává po dobu 5 let a označuje se skartačním znakem "S", pokud není zvláštním právním předpisem nebo v příloze č. 3 této vyhlášky stanoveno jinak. Skartační lhůta pro uchovávání zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jedním zdravotnickým zařízením počíná běžet dnem 1. ledna následujícího kalendářního roku po dni, v němž nastala skutečnost uvedená v příloze č. 3 k této vyhlášce, nebo byl proveden poslední záznam ve zdravotnické dokumentaci pacienta (31)“.

## **1.6 Kvalita ošetrovatelské péče**

Otázkou kvality se v dnešní době zabývá odborná i neodborná veřejnost. Kvalita je převážně ovlivněna sociálními vztahy i kulturou dané země. A tak je podmíněna významem hodnot ve společnosti, ale také zájmy individuálních osob, jako například politiků, kteří kvalitu určují. Kvalitu zdravotní péče mohou ovlivňovat i zdravotničtí pracovníci. Kvalita má také dva pohledy na danou věc. Prvním pohledem je subjektivní. Ten nám popisuje, jak je člověk spokojen s danou službou. A druhý pohled je objektivní, který má za povinnost sledovat vymezené kritéria dle určitých pravidel. Při snaze o vytvoření kvalitní péče je potřeba si nejdříve určit jaká má být kvalitní péče o pacienty. Nejčastěji je popisována ve standardech ošetrovatelské péče. Nejvíce kvalitu péče vystihují rysy jako například umožňování péče pomocí ošetrovatelského procesu, týmovou práci, vymezení uskutečnitelných cílů, atd. K uskutečnění této kvality je zapotřebí mít vytvořený systém. Tento systém musí být naprogramován tak, aby byl jeho cíl nepřetržité zkvalitňování zdravotní péče (1, 12, 1).

„Systém zajišťování kvality ošetrovatelské péče obsahuje tyto základní elementy: stanovení jasných cílů a profesionálních hodnot, definici požadované kvality, vypracování ošetrovatelských standardů, jejichž dodržování požadovanou kvalitu zaručí, dále vypracování systému kontroly dodržování standardů, zajištění organizačních a personálních faktorů, které jsou nezbytné pro dosažení standardní práce a případné přehodnocení standardů ve vztahu k požadované úrovni kvality a stanovit způsoby hodnocení dosaženého efektu (1, str. 8)“.

Hodnocení kvality se může vyskytovat jak ve zdravotnickém zařízení či ambulantní sféře, tak i v preventivní péči. Ve zdravotnickém zařízení je snadnější než v ambulantní sféře, protože jsou zde vedeny záznamy o daných kritériích.

K následnému vypracování hodnocení nám může posloužit moderní informační technologie. Zatímco v ambulantní sféře a preventivní péči je vyhodnocování výsledků obtížné, protože zdravotnický pracovník má menší rozsah orientace o pacientovi. Údaje k vyhodnocování jsou více orientovány na výkony, etiologii onemocnění či průběh léčby a zvládnutí onemocnění (7).

### **1.6.1 Metody a nástroje pro řízení a plánování kvality**

Mezi základní nástroje poskytování kvalitní péče patří vývojový – postupový diagram, diagram příčin a následků, formuláře a tabulky pro sběr údajů, Paretův diagram, histogram, bodový diagram a regulační diagram (12).

Jako první nástroj pro konkrétní a názorné grafické uspořádání a kontinuitu či návaznosti procesů je vývojový – postupový diagram. Tento diagram je používán k zobrazení libovolného procesu a dále jako prostředek pro rozbor procesu. Také nám může pomoci k pojmenování části procesu, kde se mohou vyskytovat nějaké problémy či používání přebytečných postupů. Sestavení takového diagramu by mělo být týmovou prací, aby se z něho dala vyčíst funkce zaměstnanců a analýza odběratelů a zákazníků. Pro znázornění tohoto diagramu se využívá grafika. Dalším diagramem, který se využívá pro řízení kvality, je diagram příčin a následku neboli „Ishikawův diagram“. Tento postup je nejvíce využíván pro rozbor příčin nějakého jasného následku a znázorňuje systematický postup k východisku problému. Pomáhá zaznamenávat postupně jakékoli myšlenky a motivy vedoucí k vyřešení problému. Mezi metody řadíme různé formuláře a tabulky pro sběr údajů. Formuláře slouží pro schematické zaznamenávání a uchovávání údajů významných pro zvyšování kvality a její následné řízení. Záznamy s údaji mohou mít různé podoby, nejčastější jsou tiskopisy papírové či jsou v elektronickém formátu. Obě tyto formy musejí být čitelné, přehledné a tím i srozumitelné. Data, která jsou zaznamenána na těchto formulářích, musejí být označena místem, datem, časem, zařízením, jménem pracovníka i podobou jejich zapsání. Paretův diagram je úzce spjat s diagramem Ishikawa a diagramem příčin a následku. Metoda tohoto druhu slouží k rozhodování, určení priorit pro maximální efekt zkoumaného jevu. Tato analýza se skládá ze dvou částí. V první části se určuje seřazení základních absolutních četností údajů a následně ve druhé části se zaznamenává podíl

individuálních vad na jejich konečném celku. Výsledek této analýzy nám ukazuje orientaci na položky, na které bychom se měli zaměřit a jestliže je budeme nějak řešit, můžeme dosáhnout jejich zkvalitnění. Paretův diagram se hojně využívá pro analýzy nesrovnalostí, vad, neshod či reklamací. Diagramem je také histogram, který nám pomáhá porozumět neuspořádaným a nesrozumitelným tabulkám. Předposledním diagramem je bodový diagram. V tomto diagramu můžeme sledovat vztahy mezi dvěma proměnnými a jejich závislosti na sobě. Posledním diagramem je diagram regulační, který nám pomáhá diferencovat proměnlivost procesu vzniklou ze zvláštních příčin od náhodných příčin (12).

### ***1.6.2 Ošetřovatelské standardy***

Pojmem ošetřovatelský standard vyjadřuje oficiální a předem určenou minimální úroveň jakosti neboli kvality péče. Dle každého ošetřovatelského standardu se poskytuje adekvátní péče a je hodnocena přítomná zdravotní praxe. Standard vytváří návod hodnocení ošetřovatelské péče. Historie standardů sahá do 70. let 20. století, kdy byly položeny první podklady pro vytvoření standardů jak lékařských, tak i ošetřovatelských. První standardy vznikaly na základě sepsání a vyhlášení Charty práv nemocných. Tyto standardy stanovovaly kvalitní a přesnou zdravotnickou péči o pacienty a tím i definovaly práva pacientů. Každý stát má definované odlišné podmínky pro poskytování péče, ale zároveň standardy vycházejí ze základních a obecných předpisů, které jsou pro všechna společenství stejné. Těmito předpisy myslíme normy, které formují a dále publikují mezinárodní organizace, které jsou těmito činnostmi pověřené. Platná pravidla vydává stát a tak garantuje kvalitní ošetřovatelskou péči všem obyvatelům dané země (1, 6).

### ***1.6.3 Typy a význam standardů***

Standardy se dělí dle vydavatele na centrální či lokální a dle charakteristiky kvality na strukturální, procesuální a výsledkové. Nejprve si musíme definovat odlišnosti centrálních a lokálních standardů. Vydavatelem centrálních standardů je Ministerstvo zdravotnictví České republiky a jsou definovány jako zákonné či podzákonné normy. Ministerstvo zdravotnictví má také pravomoc definovat a následně

vystavovat rámcové standardy, které mohou sloužit jako materiály pro vytváření lokálních standardů. Standard pro tyto směrnice není správný výraz, protože definují například koncepci ošetrovatelství jako oboru, zákony a podzákoné předpisy či normy upravující ošetrovatelskou péči. Do podzákoných předpisů můžeme řadit například různé vyhlášky, směrnice, a jiné, které se úzce dotýkají oboru ošetrovatelství a jeho pracovníků. Tyto centrální standardy vytvářejí určitý rámec, kdy mohou vytvářet cíle ošetrovatelství nebo procesuální či strukturální podmínky neboli kritéria pro jeho následnou realizaci. Do této fáze řadíme rozdělení ošetrovatelského personálu a jejich následné kompetence vycházející z dokončeného vzdělání či ošetrovatelský proces jako podklad pro ošetrovatelskou péči o pacienty. A na druhé straně máme standardy lokální. Vydavatelem těchto standardů jsou poskytovatelé zdravotnické péče, zdravotnická zařízení či určité oddělení. Lokální standardy musejí být v souladu s centrálními standardy, které určují základní podmínky pro poskytování péče. Zdravotníci pracovníci musí tyto standardy znát a v praxi se jimi řídit. Po seznámení zdravotnického týmu s těmito standardy by měla hlavní, vrchní či staniční sestra požadovat písemné stvrzení těchto předpisů od svých zaměstnanců. Také jako pozitivum se udává spolupráce sester na vypracování lokálních standardů (1).

Druhé dělení standardů je na strukturální, procesuální a výsledkové standardy. Strukturální standardy neboli manažerské standardy, se týkají metod, jak správně vést podřízené, rozdělování zdrojů, potřebného vybavení zdravotnického zařízení či určení kvalitního prostředí pro poskytování péče. Tyto standardy jsou vázány na státní legislativu, a proto se také mohou označovat jako směrnice. Strukturální standardy se převážně orientují na kvalifikaci a vzdělání zdravotnických pracovníků, jejich kompetence, zajištění vysoké úrovně ošetrovatelské péče, dodržování etického kodexu a v neposlední řadě na počet kvalifikovaného ošetrovatelského personálu. Také určují hygienické požadavky ve zdravotnickém zařízení. Tyto standardy obvykle určují předpoklady pro poskytování nejnižší úrovně péče. Dalším typem standardů jsou standardy procesuální neboli řídicí standardy. Standardy tohoto typu nám ukládají zákonné postupy pro provádění kvalitních výkonů, řízení lidí a také zaznamenávání dat či záznamů do příslušných formulářů. Jsou psány odborně a systematicky dle

konkrétního postupu či výkonu. Každý výkon má svůj postup, který je zárukou kvality péče jak pro pacienta tak i zárukou bezpečné práce pro zdravotnického pracovníka. V současnosti, kdy je prioritou jakéhokoli zdravotnického zařízení získání akreditace, je nutné vytváření konkrétních standardů jednotlivého zdravotnického zařízení, které jsou v souladu se zákonnými normami a tím i s akreditačními standardy. Procesuální standardy jsou standardy, které se týkají posouzení stavu ošetrovatelským personálem, vyhodnocení a určení ošetrovatelské diagnózy, plánování intervencí či konečné zhodnocení stavu pacienta (14, 1, 14, 6).

Posledním typem standardů jsou standardy zaměřené na výsledek neboli monitorovací standardy. Tyto standardy upravují monitoraci, analýzu, měření a následné zhodnocení výsledků, jako například zhodnocení kvality spokojenosti pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí nebo také na opačné straně spokojenost ošetrovatelského personálu se zaměstnáním, vyhodnocení mimořádných situací například pády či dekubity (14).

Cílem standardů, zaměřených na výsledek, je vyhodnocení kvality poskytnuté péče a kontinuální zvyšování této kvality. Standardy orientované na výsledek pomáhají nám při konečném hodnocení péče, například při auditu ošetrovatelské dokumentace, zajišťují psychologický pocit klidu, spolehlivost, jistoty a bezpečnosti pacientům a v neposlední řadě poskytují zdravotnickému personálu právní ochranu před žalobou z neposkytnutí kvalitní a odborné péče (1).

#### **1.6.4 Tvorba standardu**

Kvalitně vypracované standardy by měly obsahovat všechny stránky zdravotnického povolání. A tak do podkladů pro tvorbu standardů řadíme i interpersonální, komunikativní oblasti a vědeckou část vytvořenou z nových poznatků. Každý lokální standard by měl obsahovat počáteční zaměření daného výkonu či ošetrovatelské činnosti, míru závaznosti, cíl, kritéria (strukturální, procesuální či výsledková), zhodnocení konečného výsledku a konečnou oblastí standardu je doporučení nástroje zpětné kontroly. Zaměření se týká definice péče a dále stanovený úvod do problematiky. Na tento počátek jakéhokoli standardu navazuje míra závažnosti, ve které se pojednává o určení kompetentních pracovníků, kterých se tento standard



týká. Dále navazuje cíl, který jsme si určili jako požadovanou úroveň poskytnuté péče. Tento cíl musí být formulovaný tak, aby ho každý ošetrovatelský pracovník pochopil ve správném znění. Po určení cíle nastupují do popředí kritéria, která jsou trojího typu. Prvním typem jsou kritéria strukturální, která popisují hmotné, organizační či personální zabezpečení pro provedení kvalitního výkonu. Druhým typem jsou kritéria procesuální, která by měla být popsána co nejvíce detailně, protože určují postup daného výkonu či činnosti. Tato kritéria slouží jako materiál pro zpětné zhodnocení ošetrovatelské péče. A posledními kritérii jsou kritéria výsledková. Výsledková kritéria nám určují cíle, které lze přepokládat na konci péče. Konečné výsledky nám pomáhají prokázat úroveň kvality poskytnuté péče. Po zformulování kritérií následuje zhodnocení úrovně péče a posledním krokem je navrhnutí nástroje či postupu kontroly (1).

#### **1.6.5 Akreditace**

Standards určené pro akreditaci, jsou sepsány a vydávány za účelem poskytnutí návodu a tím i určitým přínosem pro jakékoliv zdravotnické zařízení a také pro pacienty, jako důkaz o poskytování kvalitní ošetrovatelské péče (5).

K udělení akreditace jsou potřebné indikátory standardu. Tyto pomůcky jsou obsaženy v každém standardu a uvádíme je při popisování podmínek a požadavků standardů. Indikátory standardu klasifikuje a následně vyhodnocuje akreditační komise. Také se mohou používat pro vzdělávání a zaškolování zdravotnických pracovníků do akreditačního procesu (9).

„Akreditaci lze mimo jiné definovat jako formální proces, jehož cílem je poskytování bezpečné zdravotní péče na nejvyšší možné úrovni kvality tedy jako posouzení výkonu určitého zdravotnického zařízení. Nejedná se tedy o administrativní kontrolu zaměřenou na formální a věcnou správnost vnitřních předpisů, ale o vysoce praktický proces spočívající v prověření všech činností daného zařízení, které mohou ovlivnit péči o pacienta (14)“. Inspektoři, kteří jsou pověřeni tímto nelehkým úkolem, musejí sledovat posun pacienta od jeho přijetí až po propuštění. Proto také musejí být akreditační inspektoři vyškoleni pro tuto práci. Tým inspektorů se skládá z lékařů, sester a administrátorů zdravotnických zařízení. V roce 1998 v České republice vznikla

Spojená akreditační komise, poskytuje zdravotnickým zařízením akreditační, poradenské a vzdělávací služby (14).

### **1.7 Ošetřovatelský audit**

Metoda či nástroj auditu poskytuje objektivní kontrolu při zvyšování kvality péče ve zdravotnickém zařízení. Jeho význam se mnoho let rozvíjel a tím i nestále přibývala jeho důležitost. Základní obsah byl určen jako služba ke zkvalitnění vedení zařízení a následně i řízení podniku (2).

Audity jsou důležitou částí kontroly efektivnosti při vedení a řízení podniku či zařízení a tím ho považujeme za objektivní nástroj programu kontinuálního zvyšování kvality ve zdravotnickém zařízení. Audit nám také pomáhá při hodnocení poskytované péče na jednotlivých oddělení, sester, lékařů a následně celé organizace. Hlavní poslání zdravotnického auditu není škodit zdravotnickému zařízení či pracovníkům, ale jeho úkol je pomáhat při vyhledávání slabých či jinak problémových oblastí v péči o pacienty. Audity můžeme dělit dle funkcí na audit ošetřovatelské péče, zdravotnické dokumentace, finanční, personální, účetní či ekonomický. Ale také můžeme audity dělit dle auditora na externí a interní. Z praktického pohledu na ošetřovatelský audit rozdělujeme audity retrospektivní, audit implementace ošetřovatelských standardů, algoritmičtý a audit výsledků péče (10, 20).

Audit nelze provádět bez příslušných podkladů – zákonů, vyhlášek či jednotlivých směrnic Ministerstva zdravotnictví České republiky, celkových i lokálních standardů či pokynů od ředitele zařízení. Na počátku každého auditu je volba členů auditorského týmu. Do tohoto týmu patří vrchní a staniční sestry, ale mohou zde spolupracovat i sestry směnové. Tým nejčastěji jmenuje hlavní sestra a může si pozvat ke konzultaci i jiné odborníky jako například lékaře či fyzioterapeuty. Po sestavení týmu se stanoví sledované oblasti a upřesní se předmět a čas auditu. Poté se musí zjistit, zda je poskytována péče v souladu s platným standardem a sestavit kontrolní list. Tento kontrolní list musí zahrnovat hlavičku, která popisuje název sledované oblasti, čas auditu, název oddělení a jména auditorek, které budou později provádět audit. Pod hlavičkou formuláře se nachází vlastní kontrolní list, kde je zaznamenána metoda kontroly, kódy pro kontrolní kritéria, vlastní kontrolní kritéria a hodnocení. Po vyplnění

tohoto protokolu se musí určit předpokládaný počet sledovaných osob a čas auditu. Jestliže vyplníme tuto teoretickou část, můžeme přejít k části praktické. Oblasti praktické činnosti se říká sběr a analýza dat. Nejsnadnější pomůckou, kterou můžeme použít je počítačový program Windows Excel. Mezi předposlední fáze patří sepsání výsledků do Zápisu do Protokolu o provedeném auditu a poté interpretace dat, kde můžeme navrhnout nápravná řešení. Poslední fází auditu je zpětná vazba, která se předpokládá od zdravotnického zařízení o provedení nápravných opatření (10).

## **2. Cíl a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

**Cíl 1** Cílem práce je zmapovat komplexnost a úplnost vedení ošetrovatelské dokumentace ve vybraném zařízení.

### **2.2 Hypotézy**

**H1** Sestry vedou ošetrovatelskou dokumentaci v souladu s platným standardem.

**H2** Sestry na chirurgických jednotkách vedou ošetrovatelskou dokumentaci komplexněji nežli sestry na interních jednotkách.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Popis metodiky**

Tato práce byla zpracována pomocí kvantitativní metody. Výzkum byl prováděn v Nemocnici Tábor, a.s. Jako výzkumnou metodu jsme zvolili metodu auditu ošetrovatelské dokumentace.

#### **3.2 Audit**

Prvním krokem při přípravě výzkumu bylo oslovení paní Mgr. Heleny Plockové, hlavní sestry Nemocnice Tábor. Po schválení výzkumného šetření vedením nemocnice, hlavní sestra stanovila dvě oddělení (interní a chirurgické oddělení), kde byl proveden audit ošetrovatelské dokumentace na základě 24 kritérií auditu (viz příloha 6). Auditní kritéria vycházela ze standardu Vedení ošetrovatelské dokumentace Nemocnice Tábor, a.s. Audit na interním oddělení proběhl 8. 3.2009 za účasti magistry Adély Holubové, staniční sestry interního oddělení. Audit na chirurgickém oddělení proběhl 14. 3. 2009 bez přítomnosti staniční sestry, avšak s jejím svolením a vědomím.

#### **3.3 Charakteristika výzkumného vzorku**

Výzkumný vzorek tvořilo 60 (100%) ošetrovatelských dokumentací na Chirurgickém a Interním oddělení Nemocnice Tábor, a.s. Na každém oddělení bylo zkontrolováno 30 otevřených nebo uzavřených ošetrovatelských dokumentací. Získaná data byla zpracována a vyhodnocena formou grafů a tabulek pomocí programu Microsoft Office Excel 2003 a SPSS.

## 4. Výsledky

**Tabulka 1 Kompetentní osoby pro vyplňování dokumentace**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100,0%	100,0%	-
	Celková %	50,0%	50,0%	100,0%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

Tabulka 1 udává, zda zápisy ve sledovaných dokumentacích byly učiněny kompetentními osobami. Ve všech sledovaných dokumentacích 60 (100%) byly zápisy provedeny kompetentní osobou.

**Tabulka 2 Standard „Vedení ošetrovatelské dokumentace“**

		Druh oddělení		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	1	1	2
	Dílčí %	100,0%	100,0%	-
	Celková %	50,0%	50,0%	100,0%

n1 – staniční sestra (CHO), n2 – staniční sestra (INT), N – celkový výzkumný soubor

Tabulka 2 sumarizuje odpovědi staničních sester jednotlivých auditovaných oddělení na otázku: zda mají na oddělení platný standard „Vedení ošetrovatelské dokumentace“. Obě staniční sestry potvrdily, že na oddělení mají platný ošetrovatelský standard „Vedení ošetrovatelské dokumentace“

**Tabulka 3 Seznam podpisových vzorů**

		Druh oddělení		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	1	1	2
	Dílčí %	100,0%	100,0%	-
	Celková %	50,0%	50,0%	100,0%

n1 – staniční sestra (CHO), n2 – staniční sestra (INT), N – celkový výzkumný soubor

Jak na chirurgickém tak na interním oddělení byl auditorkám předložen seznam podpisových vzorů zdravotnických pracovníků.

**Tabulka 4 Seznam standardizovaných zkratk**

		Druh oddělení		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	1	1	2
	Dílčí %	100%	100%	-
	Celková %	50%	50%	100%

n1 – staniční sestra (CHO), n2 – staniční sestra (INT), N – celkový výzkumný soubor

Na chirurgickém i interním oddělení byl auditorkám předložen seznam standardizovaných zkratk.

**Tabulka 5 Náležitosti ošetrovatelské dokumentace**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	20	30	50
	Dílčí %	66,7%	100,0%	-
	Celková %	33,3%	50,0%	83,3%
Ne	Frequency	10	0	10
	Dílčí %	33,3%	0%	-
	Celková %	16,7%	0%	16,7%
Total	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100,0%	100,0%	-
	Celková %	50,0%	50,0%	100,0%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

Tabulka 5 popisuje, zda sledované dokumentace obsahovaly: ošetrovatelskou anamnézu, fyzikální vyšetření, použití různých hodnotících či měřících technik a údaje o bio-psycho-sociálních, spirituálních potřebách pacienta. Na chirurgickém oddělení z 30 (100%) dokumentací bylo komplexně vedeno 20 (66,7%) dokumentací a u 10 (33,3%) dokumentací chyběl jeden či více záznamů. Na interním oddělení z 30 (100%) dokumentací bylo vedeno 30 (100%) dokumentací správně.

**Tabulka 6 Včasnost vypracování ošetrovatelské anamnézy do 24 hodin**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100%	100%	-
	Celková %	50%	50%	100%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

Na chirurgickém i interním oddělení byly vypracovávány ošetrovatelské anamnézy do 24 hodin od přijetí pacienta.



**Tabulka 7 Identifikační údaje na jednotlivých formulářích dokumentace**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100%	100%	-
	Celková %	50%	50%	100%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

Na chirurgickém i interním oddělení používány formuláře, které obsahují toto: příjmení a jméno pacienta, identifikační číslo, identifikaci zdravotnického zařízení a oddělení, pořadové číslo formuláře (list č.).

**Tabulka 8 Používání základních formulářů kontinuální péče**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100%	100%	-
	Celková %	50%	50%	100%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

Tabulka 8 popisuje používání základních formulářů kontinuální péče. Obě oddělení zaznamenávají data na formuláře například ošetřovatelská anamnéza, plán ošetřovatelské péče, realizace ošetřovatelské péče, hodnocení ošetřovatelské péče či nutriční screening.

**Tabulka 9 Vedení ošetřovatelské dokumentace u každého pacienta**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100%	100%	-
	Celková %	50%	50%	100%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

Na obou odděleních byla vedena u každého pacienta ošetřovatelská dokumentace.

**Tabulka 10 Obsah ošetrovatelského plánu**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100%	100%	-
	Celková %	50%	50%	100%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

V každé ošetrovatelské dokumentaci na chirurgickém i interním oddělení jsou vypracovávány ošetrovatelské plány, které obsahují tyto údaje: identifikace ošetrovatelských diagnóz – datum jejich stanovení, stanovení ošetrovatelských cílů pro každou ošetrovatelskou diagnózu, určení výsledných kritérií pro každý cíl, plánování ošetrovatelských intervencí – písemný plán, hodnocení efektu poskytnuté péče, datum zpracování péče, záznamy realizovaných výkonů, záznamy mimořádných událostí.

**Tabulka 11 Identifikace sestry při zaznamenávání do dokumentace o provedených výkonech**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	29	30	59
	Dílčí %	96,70%	100,00%	-
	Celková %	48,30%	50,00%	98,30%
Ne	Frequency	1	0	1
	Dílčí %	3,30%	0,00%	-
	Celková %	1,70%	0,00%	1,70%
Total	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100,00%	100,00%	-
	Celková %	50,00%	50,00%	100,00%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

Tabulka 11 popisuje problematiku identifikace sester při zaznamenávání do dokumentace o provedených výkonech. Na chirurgickém oddělení z 30 (100%) dokumentací bylo možné ze záznamů 29 (96,70%) dokumentací identifikovat sestru, která záznam provedla. A u 1 (3,30%) dokumentace nebylo rozpoznatelné o jaké sestry

se jednalo. Na interním oddělení z 30 (100%) dokumentací bylo správně 30 (100%) dokumentací.

**Tabulka 12 Forma záznamů o poskytované ošetrovatelské péči**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100%	100%	-
	Celková %	50%	50%	100%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

Na obou odděleních jsou správně vedeny záznamy o poskytované ošetrovatelské péči.

**Tabulka 13 Záznam pacientových pozitivních či negativních reakcí**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100%	100%	-
	Celková %	50%	50%	100%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

V každé ošetrovatelské dokumentaci, která je vypracována na chirurgickém i interním oddělení, byly vedeny správně záznamy o pacientových pozitivních i negativních reakcích.

**Tabulka 14 Použití propisovací tužky při zápisech do ošetrovatelské dokumentace**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	16	30	46
	Dílčí %	53,30%	100,00%	-
	Celková %	26,70%	50,00%	76,70%
Ne	Frequency	14	0	14
	Dílčí %	46,70%	0,00%	-
	Celková %	23,30%	0,00%	23,30%
Total	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100,00%	100,00%	-
	Celková %	50,00%	50,00%	100,00%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

Tabulka 14 nám popisuje použití propisovací tužky v ošetrovatelské dokumentaci. Na chirurgickém oddělení z 30 (100%) dokumentací bylo správně ohodnoceno 16 (53,30%) dokumentací a 14 (46,70%) dokumentací nesprávně. Na interním oddělení jsou používány propisovací tužky ve všech dokumentacích.

**Tabulka 15 Chybné záznamy škrtnuté jednoduchou vodorovnou čarou**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	17	29	46
	Dílčí %	56,70%	96,70%	-
	Celková %	28,30%	48,30%	76,70%
Ne	Frequency	13	1	14
	Dílčí %	43,30%	3,30%	-
	Celková %	21,70%	1,70%	23,30%
Total	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100,00%	100,00%	-
	Celková %	50,00%	50,00%	100,00%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

Tabulka 15 nám udává správnou formu chybných záznamů, které by měly být přeškrtnuty jednoduchou vodorovnou čarou. Na chirurgickém oddělení z 30 (100%) dokumentací bylo správně 17 (56,70%) dokumentací a 13 (43,30%) dokumentací nesprávně. Na interním oddělení z 30 (100%) dokumentací bylo vedeno správně 29 (96,70%) dokumentací a 1 (3,30%) dokumentací nesprávně.

**Tabulka 16 Forma opravy při chybném záznamu**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	18	29	47
	Dílčí %	60,00%	96,70%	-
	Celková %	30,00%	48,30%	78,30%
Ne	Frequency	12	1	13
	Dílčí %	40,00%	3,30%	-
	Celková %	20,00%	1,70%	21,70%
Total	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100,00%	100,00%	
	Celková %	50,00%	50,00%	100,00%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

Tabulka 16 nám popisuje správnou formu opravy při chybném záznamu. Na chirurgickém oddělení bylo správně z 30 (100%) dokumentací 18 (60%) dokumentací a 12 (40%) nesprávně. Na interním oddělení bylo z 30 (100%) dokumentací 29 (96,70%) správně a 1 (3,30%) nesprávně.

**Tabulka 17 Proškrtání prázdných nebo nepotřebných míst v dokumentaci**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	21	30	51
	Dílčí %	70,00%	100,00%	-
	Celková %	35,00%	50,00%	85,00%
Ne	Frequency	9	0	9
	Dílčí %	30,00%	0,00%	-
	Celková %	15,00%	0,00%	15,00%
Total	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100,00%	100,00%	-
	Celková %	50,00%	50,00%	100,00%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

Tabulka 17 nám popisuje proškrtávání prázdných nebo nepotřebných míst v dokumentaci. Na chirurgickém oddělení z 30 (100%) dokumentací bylo správně 21

(70%) a nesprávně 9 (30%) dokumentace. Na interním oddělení bylo správně zdokumentováno všech 30 (100%) dokumentací.

**Tabulka 18 Čitelnost, srozumitelnost a věcnost záznamů v dokumentaci**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	29	30	59
	Dílčí %	96,70%	100,00%	-
	Celková %	48,30%	50,00%	98,30%
Ne	Frequency	1	0	1
	Dílčí %	3,30%	0,00%	-
	Celková %	1,70%	0,00%	1,70%
Total	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100,00%	100,00%	-
	Celková %	50,00%	50,00%	100,00%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

Tabulka 18 nám udává čitelnost, srozumitelnost a věcnost záznamů v jednotlivých dokumentacích. Na chirurgickém oddělení z 30 (100%) dokumentací bylo správně 29 (96,70%) dokumentací a 1 (3,30%) dokumentace byla nesprávně. Na interním oddělení bylo všech 30 (100%) dokumentací správně.

**Tabulka 19 Použití speciálních formulářů dle oddělení**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100%	100%	-
	Celková %	50%	50%	100%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

Obě oddělení používají v ošetrovatelské dokumentaci speciální formuláře. Na chirurgické oddělení se používají například formuláře pro zaznamenávání charakteru a vlastností ran či jiných invazivních vstupů a na interním oddělení se používají formuláře

jako například diabetický list, záznamy o bilanci tekutin, záznam o průběhu rehabilitační péče či denní záznam příjmu stravy.

**Tabulka 20 Uložení dokumentace**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	1	1	2
	Dílčí %	100%	100%	-
	Celková %	50%	50%	100%

n1 – staniční sestra (CHO), n2 – staniční sestra (INT), N – celkový výzkumný soubor

Na chirurgickém i interním oddělení byly všechny dokumentace uloženy na bezpečném a určeném místě.

**Tabulka 21 Komplexnost a úplnost vedení záznamů v ošetrovatelské dokumentaci**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	26	30	56
	Dílčí %	86,70%	100,00%	-
	Celková %	43,30%	50,00%	93,30%
Ne	Frequency	4	0	4
	Dílčí %	13,30%	0,00%	-
	Celková %	6,70%	0,00%	6,70%
Total	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100,00%	100,00%	-
	Celková %	50,00%	50,00%	100,00%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

Tabulka 21 nám poskytuje data o komplexnosti a úplnosti záznamů v ošetrovatelské dokumentaci včetně shody ošetrovatelské anamnézy s ošetrovatelským plánem. Na chirurgickém oddělení z celkového počtu 30 (100%) dokumentací bylo komplexně a úplně vedeno 26 (86,70%) dokumentací a neúplně 4 (13,30%) dokumentace. Na interním oddělení byly všechny dokumentace správně.



**Tabulka 22 – Seřazení dokumentace dle chronologie**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	30	30	60
	Dílčí %	100%	100%	-
	Celková %	50%	50%	100%

n1 – dílčí výzkumný soubor (CHO), n2 – dílčí výzkumný soubor (INT), N – celkový výzkumný soubor

Tabulka 22 nám popisuje chronologické seřazení (systém zakládání formulářů do ošetrovatelské dokumentace) formulářů v každé ošetrovatelské dokumentaci. Na obou odděleních byly správně všechny dokumentace na 100%.

**Tabulka 23 Použití dokumentace pro zjišťování kvality péče a spokojenosti pacientů**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	1	1	2
	Dílčí %	100%	100%	-
	Celková %	50%	50%	100%

n1 – staniční sestra (CHO), n2 – staniční sestra (INT), N – celkový výzkumný soubor

Tabulka 24 nám mapuje odpovědi staničních sester na otázku, která se týkala použití dokumentace pro zjišťování kvality péče a spokojenosti pacientů. Obě staniční sestry odpověděly shodně, že k této problematice slouží anonymní dotazníky pro pacienty na každém oddělení a také pravidelné dotazování sester na pacientovi individuální potřeby.

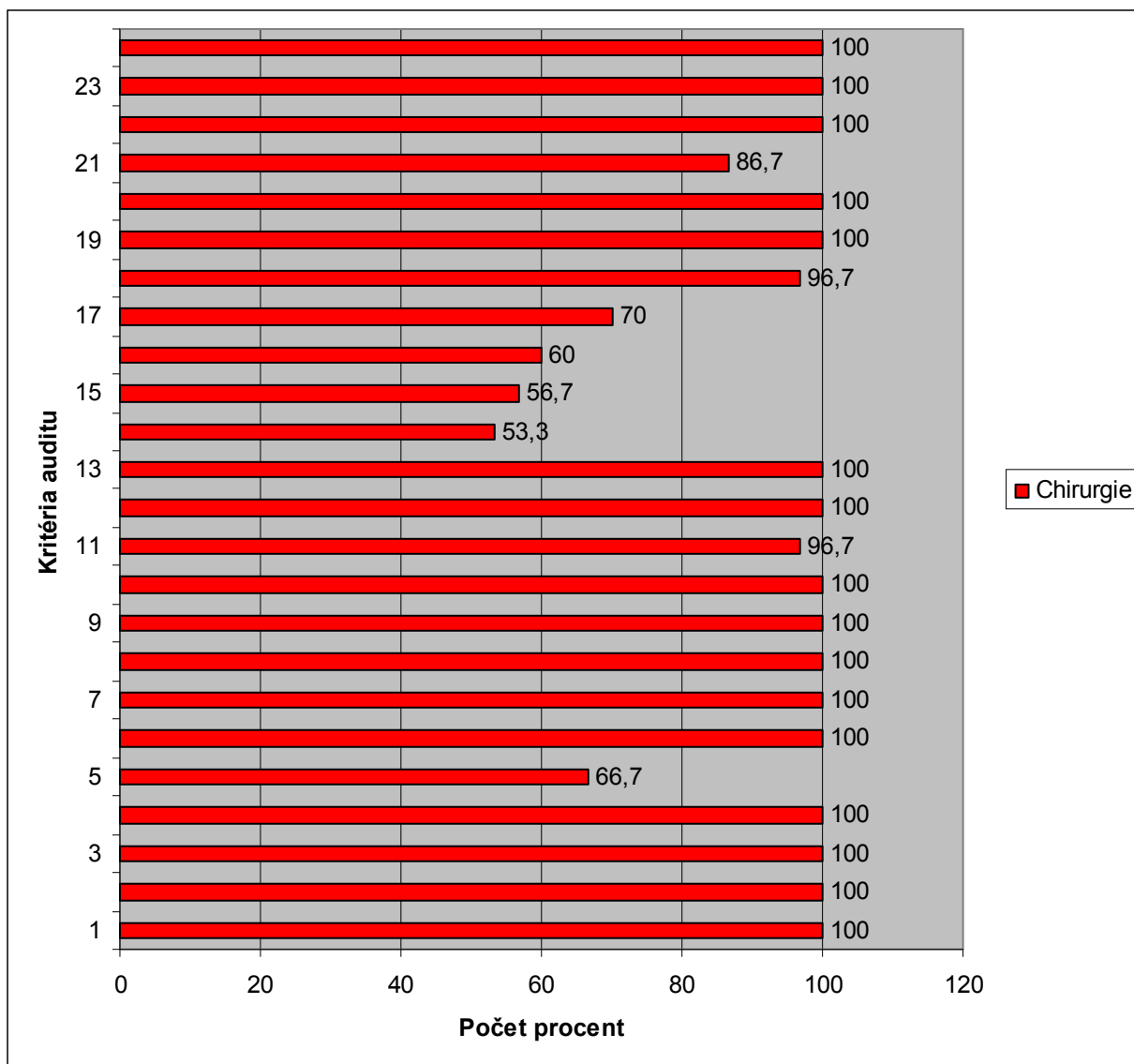
**Tabulka 24 Použití ošetrovatelské dokumentace pro forenzní účely**

		Druh oddělení / počet dokumentací		
		Chirurgické oddělení (n1)	Interní oddělení (n2)	N
Ano	Frequency	1	1	2
	Dílčí %	100%	100%	-
	Celková %	50%	50%	100%

n1 – staniční sestra (CHO), n2 – staniční sestra (INT), N – celkový výzkumný soubor

Tabulka 25 nám popisuje data o možnosti využívání ošetrovatelské dokumentace pro forenzní účely. Na obou odděleních bylo sděleno, že záznamy dokumentace slouží pro forenzní účely.

**Graf 1 Chirurgické oddělení – úspěšnost auditu v jednotlivých ukazatelích (%)**



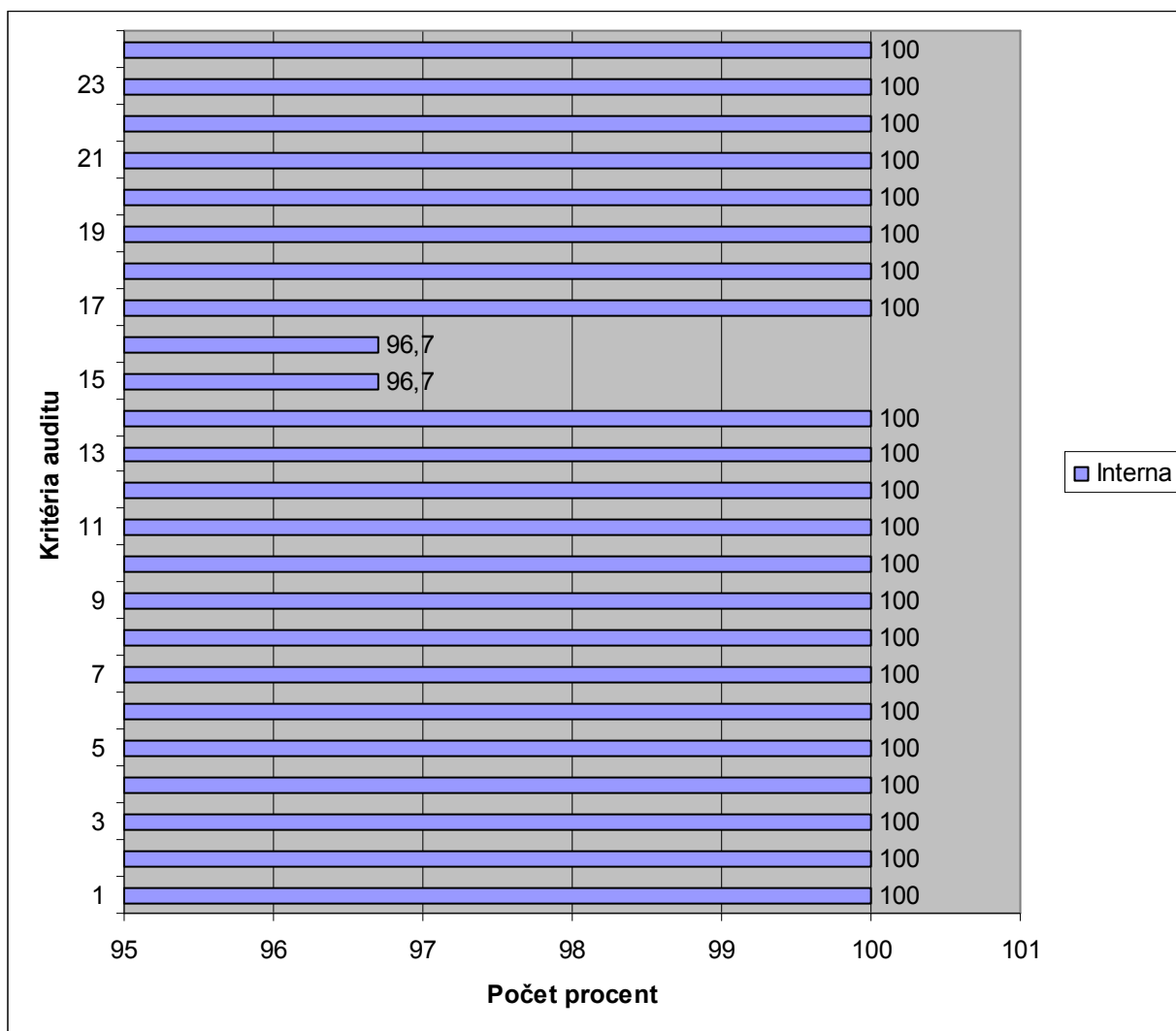
Graf 1 znázorňuje procentuální úspěšnost v auditu v jednotlivých ukazatelích na chirurgickém oddělení. Z grafu vyplývá, že v kritériu 1 – zda sestry provádějí záznamy do ošetrovatelské dokumentace kompetentní osoby – byla úspěšnost 100%. Kritérium 2, které se táže na platný standard na oddělení, byla úspěšnost 100%. Kritérium 3 se ptá sester na jmenný seznam ošetrovatelského týmu včetně podpisových vzorů – úspěšnost 100% a následné kritérium 4, které se týká také seznamu, ale standardizovaných zkratk – úspěšnost 100%. V kritériu 5 se ptáme na obsah ošetrovatelské dokumentace, bylo úspěšně splněno 66,70 %. Dále kritérium 6, zda je ošetrovatelská dokumentace

vypracována do 24 hodin od přijetí pacienta, bylo splněno na 100%. Kritérium 7, zda každý formulář obsahuje příjmení a jméno pacienta, identifikační číslo, identifikaci zdravotnického zařízení a oddělení, pořadové číslo formuláře (list č.), bylo úspěšně splněno na 100%. Kritérium 8, zda sestra používá základní formuláře pro kontinuální péči, bylo splněno na 100%. Kritérium 9 se ptá, zda je u každého pacienta vedena ošetrovatelská dokumentace, bylo splněno na 100%. Kritérium 10 popisuje obsah ošetrovatelského plánu. Dokumentace byly správně na 100%.

Kritérium 11, zda lze z dokumentace identifikovat sestru, která prováděla ošetrovatelskou péči, bylo splněno na 96,70 %. Kritérium 12 obsahuje pohled do dokumentace za účelem zjištění, zda všechny důležité výkony obsahují datum, čas a podpis sestry, která záznam provedla. Všechny dokumentace byly splněny na 100%. Kritérium 13, které objasňuje zaznamenávání pozitivních a negativních reakcí pacienta do dokumentace, bylo splněno na 100%. Dále kritérium 14, které pojednává o zapisování do dokumentace propisovací tužkou, bylo splněno na 53,30%. Kritérium 15, zda jsou všechny chybné záznamy škrtnuty jednoduchou vodorovnou čarou, bylo splněno na 56,70%. Kritérium 16, zda jsou u každé opravy zapisovány datum, čas, parafu/podpis/iniciály sestry, která opravu prováděla, bylo splněno na 60%. Kritérium 17, zda jsou všechna nepotřebná místa v dokumentaci proškrtnutá, bylo úspěšně splněno na 70%. Kritérium 18, které pojednává o čitelnosti, srozumitelnosti a věcnosti záznamů v dokumentaci, bylo splněno na 96,70%. Kritérium 19 pojednává o využívání speciálních formulářů na oddělení, bylo splněno úspěšně na 100%. Kritérium 20 se dotazovalo sester na bezpečné uložení dokumentací. Kritérium bylo správně splněno na 100%. 21. kritérium pojednává o komplexnosti a úplnosti záznamů v jednotlivých dokumentacích, bylo splněno na 86,7%. Kritérium 22, zda je každá jednotlivá dokumentace seřazená chronologicky, bylo splněno na 100%. Kritérium 23, zda slouží dokumentace jako prostředek ke zjišťování spokojenosti pacientů, bylo také úspěšně splněno na 100%. Poslední kritérium 24, zda jsou dokumentace koncipovány pro forenzní účely, bylo také splněno správně na 100%.

**Průměrná celková úspěšnost auditu Vedení ošetrovatelské dokumentace na Chirurgickém oddělení byla 91,12%.**

**Graf 2 – Interní oddělení – úspěšnost auditu v jednotlivých ukazatelích (%)**

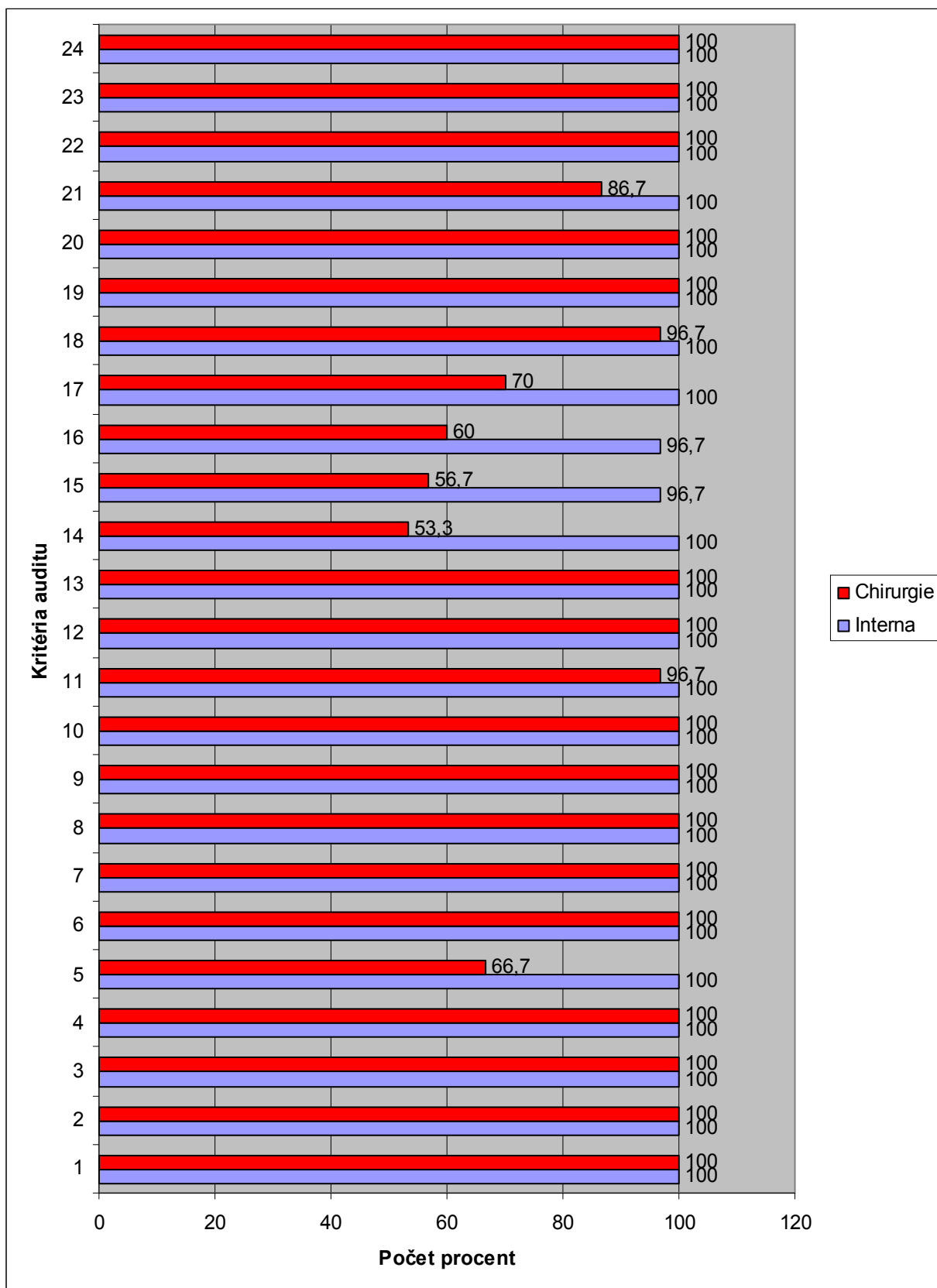


Graf 2 znázorňuje procentuální úspěšnost v auditu v jednotlivých ukazatelích na interním oddělení. Z tohoto grafu vyplývá: kritérium 1, zda provádějí záznamy do ošetrovatelské dokumentace pouze kompetentní osoby, bylo úspěšně splněno 100%. Kritérium 2 se táže sester, zda je na oddělení platný standard pro vedení ošetrovatelské dokumentace, bylo odpovězeno kladně neboli na 100%. Kritérium 3 se táže sester, zda je na oddělení platný seznam ošetrovatelského týmu včetně podpisových vzorů, bylo splněno na 100%. Kritérium 4 se ptá sester, zda je na oddělení platný seznam standardizovaných zkratek, bylo úspěšně zjištěno 100%. Kritérium 5, zda ošetrovatelská dokumentace zahrnuje ošetrovatelskou anamnézu, fyzikální vyšetření, měřicí a

hodnotící techniky a údaje o bio-psycho-sociální, bylo úspěšně splněno 100%. Kritérium 6, zda je každá ošetrovatelská anamnéza zpracována do 24 hodin, bylo splněno úspěšně také na 100%. Kritérium 7, zda obsahuje každý formulář v dokumentaci potřebné údaje - příjmení a jméno pacienta, identifikační číslo, identifikaci zdravotnického zařízení a oddělení, pořadové číslo formuláře (list č.), bylo splněno na 100%. Kritérium 8 se ptá na používání formulářů pro poskytování kontinuální péče. V tomto kritériu bylo splněno úspěšně 100%. Kritérium 9, zda je u každého pacienta vedena ošetrovatelská dokumentace, bylo splněno na 100%. Kritérium 10, zda ošetrovatelský plán obsahuje všechny potřebné parametry, bylo úspěšně splněno 100%. Kritérium 11, zda lze z každé dokumentace jasně identifikovat sestru, která záznam provedla, bylo splněno 100%. Kritérium 12, zda záznamy obsahují datum, čas, podpis sestry, která výkon provedla, bylo splněno 100%. Kritérium 13, zda jsou zaznamenávány pozitivní i negativní reakce pacienta, bylo úspěšně splněno 100%. Kritérium 14, zda jsou všechny záznamy zapisovány propisovací tužkou, bylo splněno na 100%. Kritérium 15, zda jsou všechny chybné záznamy škrtnuty jednoduchou vodorovnou čarou, bylo úspěšně splněno na 96,7%. Kritérium 16, zda je u každé opravy datum, čas, parafru/podpis/iniciály sestry, která opravu prováděla, bylo úspěšně splněno také 96,7%. Kritérium 17, zda jsou všechna nepotřebná a prázdná místa proškrtnuta, bylo správně vyhodnoceno 100%. Kritérium 18, zda jsou všechny záznamy v dokumentaci věcné a čitelné, bylo ohodnoceno úspěšně 100%. Kritérium 19, zda se na oddělení využívají speciální formuláře, bylo správně 100%. V kritériu 20, kde je dotaz na sestru, zda je dokumentace uložena na bezpečném místě, bylo správně ohodnoceno 100%. Kritérium 21, zda je dokumentace kompletní a obsahuje všechny potřebné záznamy, bylo úspěšně ohodnoceno 100%. Kritérium 22, zda je každá jednotlivá dokumentace složena chronologicky, bylo úspěšně 100%. V kritériu 23 je také dotaz na sestru, zda slouží dokumentace pro zjišťování spokojenosti pacientů, bylo splněno 100%. Poslední kritérium 24 se táže sester, zda je dokumentace koncipována pro forenzní účely, bylo správně ohodnoceno 100%.

**Průměrná celková úspěšnost auditu Vedení ošetrovatelské dokumentace na Interním oddělení byla 99,73%.**

**Graf 3 – Srovnávací graf chirurgického a interního oddělení – úspěšnost auditu v jednotlivých ukazatelích (%)**



Graf 3 znázorňuje procentuální úspěšnost v auditu v jednotlivých ukazatelích na chirurgickém a interním oddělení.

Kritérium 1 – provádění záznamů kompetentními osobami – na chirurgickém oddělení i interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 2 – zda je na oddělení platný standard pro vedení ošetrovatelské dokumentace – na chirurgickém oddělení i interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 3 – zda je na oddělení seznam ošetrovatelského týmu včetně podpisových vzorů – na chirurgickém oddělení i interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 4 – zda je na oddělení seznam platných standardizovaných zkratk – na chirurgickém oddělení i interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 5 – obsah ošetrovatelské dokumentace – ošetrovatelská anamnéza, fyzikální vyšetření, měřicí a hodnotící techniky či údaje o bio- psycho- sociálních údajů – na chirurgickém oddělení byla úspěšnost 66,7% a na interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 6 – sepsání ošetrovatelské dokumentace do 24 hodin – na chirurgickém oddělení i interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 7 – obsah jednotlivých formulářů: : příjmení a jméno pacienta, identifikační číslo, identifikaci zdravotnického zařízení a oddělení, pořadové číslo formuláře (list č.) – na chirurgickém oddělení i interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 8 – použití základní formulářů pro zachování kontinuity péče – na chirurgickém oddělení i interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 9 – zda je u každého pacienta vedena ošetrovatelská dokumentace – na chirurgickém oddělení i interním oddělení byla úspěšnost 100%.



Kritérium 10 – obsah ošetrovateľského plánu – na chirurgickém oddělení i interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 11 – jasná identifikace záznamu sestry v dokumentaci, která výkon prováděla – na chirurgickém oddělení byla úspěšnost 96,70% a na interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 12 – obsah jednotlivých záznamů – na chirurgickém oddělení i interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 13 – zaznamenávání pozitivních a negativních reakcí pacienta - na chirurgickém oddělení i interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 14 – zaznamenávání údajů propisovací tužkou do dokumentace – na chirurgickém oddělení byla úspěšnost 53,30% a na interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 15 – přeškrťování chybných záznamů jednoduchou a vodorovnou čarou – na chirurgickém oddělení byla úspěšnost 56,70% a na interním oddělení byla úspěšnost 96,70%.

Kritérium 16 - zda jsou u každé opravy datum, čas, parafu/podpis/iniciály sestry, která opravu prováděla – na chirurgickém oddělení byla úspěšnost 60% a na interním oddělení 96,70%.

Kritérium 17 – zda jsou všechna prázdná a nepotřebná místa v ošetrovateľské dokumentaci proškrtaná – na chirurgickém oddělení byla úspěšnost 70% a na interním oddělení 100%.

Kritérium 18 – zda jsou všechny záznamy sepsány čitelně, srozumitelně a věcně – na chirurgickém oddělení byla úspěšnost 96,70% a na interním oddělení 100%.

Kritérium 19 – zda na oddělení jsou využívány speciální formuláře – na chirurgickém oddělení i interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 20 – dotaz na sestru, zda je dokumentace uložena na bezpečném místě – na chirurgickém oddělení i interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 21 – zda je dokumentace kompletní a obsahuje všechny záznamy – na chirurgickém oddělení byla úspěšnost 86,70% a na interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 22 – zda je dokumentace seřazená chronologicky – na chirurgickém oddělení i interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 23 – zda slouží dokumentace pro zjišťování spokojenosti od pacientů – na chirurgickém oddělení i interním oddělení byla úspěšnost 100%.

Kritérium 24 – zda je dokumentace koncipována pro forenzní účely - na chirurgickém oddělení i interním oddělení byla úspěšnost 100%.

## 5. Diskuze

Cílem této práce bylo zjistit komplexnost a úplnost vedení ošetrovatelské dokumentace ve vybraném zdravotnickém zařízení. Výzkum byl prováděn na chirurgickém a interním oddělení Nemocnice Tábor, a.s.

Na počátku bakalářské práce jsme si určili dvě hypotézy:

H1: Sestry vedou ošetrovatelskou dokumentaci v souladu s platným standardem

H2: Sestry na chirurgických jednotkách vedou ošetrovatelskou dokumentaci komplexněji nežli sestry na interních jednotkách

Pro získání potřebných dat a informací jsme si zvolili kvantitativní metodu auditu na stanovených dvou standardních lůžkových odděleních.

### **H1 - Sestry vedou ošetrovatelskou dokumentaci v souladu s platným standardem**

Plánovaný audit byl realizován v plánovaném a předem stanoveném termínu. Jeho prvotním a hlavním posláním bylo zjistit, zda sestry vedou komplexní a úplnou ošetrovatelskou dokumentaci. V prvotní hypotéze jsme si stanovili cíl, zda sestry vedou ošetrovatelskou dokumentaci v souladu s platným standardem. Abychom splnili danou hypotézu, provedli jsme audit na obou odděleních v březnu 2009, v době, kdy obě oddělení jsou čekatelé na akreditační proces ČR.

### **Výsledky auditu na Chirurgickém oddělení**

Průměrná úspěšnost auditu na chirurgickém oddělení byla 91,12%. Nejvíce chyb docházelo v kritériích 5, 11, 14, 15, 16, 17, 18 a 21. V tabulce 5, která pojednává o náležitostech ošetrovatelské dokumentace, kam můžeme řadit ošetrovatelskou anamnézu, fyzikální vyšetření sestrou, různé měřicí a hodnotící techniky a údaje o bio-psycho-sociálních potřebách, bylo 10 dokumentací chybných. Nejčastější problémy nastaly při nevyplňování měřících a hodnotících technik. Na chirurgickém oddělení se vyskytují v ošetrovatelské dokumentaci nejčastěji techniky – test Northonové a Bartlův test denních činností. Tyto testy byly v dokumentacích prvé řadě nevyplněné či chybně vyplněné. Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění stanovuje minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace. V příloze 1 dané vyhlášky můžeme najít bod 11 a pod kterým je představen i obsah dokumentace ošetrovatelské péče. Je zde uvedeno, že záznam o ošetrovatelské péči obsahuje:

ošetřovatelskou anamnézu a zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetřovatelské péče a ošetřovatelského plánu a ošetřovatelskou propouštěcí zprávu nebo doporučení k dalšímu ošetřovatelskému postupu v případě předání pacienta do další ošetřovatelské péče.

Dále tabulka 11, která zaznamenává identifikace sester při zaznamenávání do ošetřovatelské dokumentace. Zde byla nesprávná 1 dokumentace. V tabulce 14, která popisuje vyplňování ošetřovatelských dokumentací propisovací tužkou, bylo nejvíce chybných dokumentací – 14. Nejčastější chybou bylo, že sestry nevyplňují dokumentace propisovací tužkou, nýbrž barevnou fixou. „Důležité záznamy jsou zdůrazňovány barevně. Někde zvýšená teplota, na jiných pracovištích některé léky. Je chybou, jsou-li při provádění zápisu užívány barevné tužky bez jakéhokoli systému (30, str. 27)“. V dokumentacích na chirurgickém oddělení byly zachyceny nejčastější překážky při zaznamenávání údajů do ošetřovatelských plánů. Zde jsou jakékoli data proškrtávány či přeškrtávány barevnými tužkami.

Druhým nejčastějším shledaným problémem při vedení ošetřovatelské dokumentace na chirurgickém oddělení bylo přeškrtávání chybných záznamů jednoduchou vodorovnou čarou. Tyto chybné údaje jsou zaznamenány v tabulce 15. Z ošetřovatelských dokumentací bylo patrné, že tento předpis se nedodrhuje a chybné záznamy se přeškrtávají několika čarami.

Tabulka 16, která úzce souvisí s tabulkou 15, popisuje oficiální formu opravy při chybném záznamu v ošetřovatelské dokumentaci. Standardizovaná forma obsahuje datum, čas, parafu/podpis/iniciály sestry, která opravu prováděla. V tomto kritériu auditu bylo chybných 12 dokumentací.

V tabulce 17, ve které je popisováno proškrtávání prázdných a nepotřebných míst, bylo chybných dokumentací 9. Nejčastěji se shledalo chybné neproškrtávání těchto míst v ošetřovatelské anamnéze. Zde sestry na chirurgickém oddělení chybovali nejčastěji.

Čitelnost, srozumitelnost a věcnost popisuje tabulka 18. Na chirurgickém oddělení bylo shledáno, že pouze 1 dokumentace byla takto chybně vyplněna. „Požadavek zejména při obhajobách zdravotnických zaměstnanců a tedy i sester při řešení kolizí je, aby záznamy v dokumentaci byly srozumitelné a neměly několikerý možný výklad. je

třeba si uvědomit, že řešený případ je posuzován na základě dokumentace v jiném čase a za jiných okolností. To, co se v daný okamžik jeví jako naprosto jasné, za čas nebo jiným osobám je nesrozumitelné (30, str. 17)“. „ Nečitelnost je jednou z nejčistších výtek uváděných soudními znalci při vypracování znaleckých posudků a výtek kontrolních orgánů s odůvodněním, že nečitelnost zejména ordinací vede k pochybením, jejichž následky pro pacienta mohou být velmi závažné. Hrubou chybou, která často provází záznamy sester o poškození kůže (dekubitů, spálenin, bércových vředů) je, že není popsána poškození, ani charakter poškození (zarudnutí, puchýř, nekróza kůže (30, str. 16)“.

Mezi poslední chybné dokumentace patřily ty, které měly nějaké nedostatky v komplexnosti a úplnosti ošetrovatelské dokumentace. Takových dokumentací byly 4. Mezi tyto nejčastější chyby, byl fakt, že ošetrovatelské diagnózy nenavazovaly na ošetrovatelský plán. Některé údaje v ošetrovatelské anamnéze se nenacházely v ošetrovatelském plánu. Celková úspěšnost na chirurgickém oddělení byla 91,12%.

#### **Výsledky auditu na Interním oddělení**

Ošetrovatelská dokumentace na tomto oddělení byla velmi pečlivě vypracovaná. Průměrným výsledkem úspěšnosti auditního šetření bylo 99, 73%. Mezi nedostatky tohoto oddělení patřily dvě dokumentace. První se nachází v tabulce 15, která pojednává o přeškrťování údajů jednoduchou vodorovnou čarou v ošetrovatelské dokumentaci a druhá v tabulce 16, která zaznamenává data o formách oprav v ošetrovatelské dokumentaci.

Celková úspěšnost auditu „Vedení ošetrovatelské dokumentace“ překročila na obou oddělení 90%. Zároveň v žádném ukazateli auditu neklesl výsledek u celkového souboru (60 dokumentací) pod 76 % a u dílčích souborů (30 dokumentací) pod 53 %. Na základě těchto výsledků lze vyslovit závěr, že *hypotéza 1 - Sestry vedou ošetrovatelskou dokumentaci s platným standardem, se potvrdila.*

## **H2 - Sestry na chirurgických jednotkách vedou ošetrovatelskou dokumentaci komplexněji nežli sestry na interních jednotkách**

Průměrné výsledky auditního šetření na chirurgickém oddělení byly 91,12% a na interním oddělení 99,73%. V grafu 1 či 2 se můžeme dozvědět o úspěšných odpovědích na obou odděleních v procentuálním zastoupení. V grafu 3, který nám vypovídá o srovnání obou oddělení, můžeme nalézt porovnání v procentuálním zastoupení obě oddělení. Největší rozdíly můžeme nalézt v kritériu 5, který nám vypovídá o obsahu ošetrovatelské dokumentace (ošetrovatelská anamnéza, fyzikální vyšetření sestrou, měřící a hodnotící techniky a údaje o bio-psycho-sociální potřebách pacienta). Na chirurgickém oddělení byl procentuální výsledek úspěšnosti 66,70% (20 úspěšných dokumentací, 10 chybných dokumentací) a na interním oddělení byl výsledek 100%. V kritériu 11, které nám popisuje přítomnost identifikace sestry, který záznam do ošetrovatelské dokumentace prováděla, byl kladný výsledek na chirurgickém oddělení 96,7% (29 úspěšných dokumentací, 1 chybná dokumentace) a na interním oddělení 100%. Kritérium 14 nám vypovídá o zapisování záznamů do dokumentace propisovací tužkou, byl úspěšný výsledek ošetrovatelských dokumentací na chirurgickém oddělení 53,30% (16 úspěšných dokumentací, 14 chybných dokumentací) a na interním oddělení 100%. Tento výsledek na chirurgickém oddělení byl nejslabší v celém auditním šetření u obou oddělení. Dále v kritériu 15, které se orientovalo na přeškrťování chybných záznamů jednoduchou a vodorovnou čarou, byl úspěšný výsledek ošetrovatelských dokumentací na chirurgickém oddělení 56,7% (17 úspěšných dokumentací, 13 chybných dokumentací) a na interním oddělení 96,7% (29 úspěšných dokumentací, 1 chybná dokumentace). V kritériu 16, které se orientovalo na formu opravy chybných záznamů, byl výsledek na chirurgickém oddělení 60% (18 úspěšných dokumentací, 12 chybných dokumentací) a na interním oddělení 96,7% (29 úspěšných dokumentací, 1 chybná dokumentace). Dále v kritériu 17, které nám vypovídá o proškrťování prázdných a nepotřebných míst, byl výsledek na chirurgickém oddělení 70% (21 úspěšných dokumentací, 9 chybných dokumentací) a na interním oddělení 100%. V kritériu 18, v němž jsme se dotazovali na čitelnost, srozumitelnost a věcnost záznamů v ošetrovatelské dokumentaci, byl procentuální výsledek na chirurgickém oddělení

96,7% (29 úspěšných dokumentací, 1 chybná dokumentace) a na interním oddělení 100%. V posledním kritériu, kde byl zaznamenán nějaký výrazný rozdíl mezi oběma odděleními byl v kritériu 21, kde jsme se dotazovali na komplexnost a úplnost vedení ošetrovatelské dokumentace v souladu ošetrovatelské anamnézy a ošetrovatelského plánu. Konečným výsledkem na chirurgickém oddělení byl 86,7% (26 úspěšných dokumentací, 4 chybné dokumentace) a na interním oddělení 100%.

Na základě těchto výsledků lze vyslovit závěr, že ***hypotéza 2 – Sestry na chirurgických jednotkách vedou ošetrovatelskou dokumentaci komplexněji nežli sestry na interních jednotkách, se nepotvrdila.***

## 6. Závěr

Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci se různí. Některé jsou pro její vedení a jiné naopak. Sestry, které se brání vedení ošetrovatelské dokumentace, zastávají takový názor, že jim ošetrovatelská dokumentace brání v přímé péči o pacienty a více je zaměstnává po stránce administrativní. Pan magistr Jan Voráček ve svém článku o ošetrovatelské dokumentaci a odpovědnosti za její vedení zdůrazňuje fakt, že vlastní ošetrovatelské dokumentaci by měla být přikládána stejná váha jako přímé péči o pacienty. Dále říká, že kvalitně a správně vypracovaná ošetrovatelská dokumentace je část postupů lege artis a jedině takto vypracovaná dokumentace může být podkladem pro kvalitní poskytování péče a tím i správnost postupů péče. Ošetrovatelská dokumentace nám může posloužit k různým účelům jako například pro hodnocení stavu pacienta, může poukazovat na řešení stížností ze strany pacienta či jeho rodiny, hodnocení správnosti péče, při řešení nejrůznějších trestních činů, výzkumu či následné vzdělávání zdravotnického personálu. Nekvalitně vedená ošetrovatelská dokumentace může také být sankcionována, protože podléhá legislativě ČR.

V této bakalářské práci byl stanoven jeden cíl. Zmapovat komplexnost a úplnost vedení ošetrovatelské dokumentace ve vybraném zdravotnickém zařízení. Tento cíl byl splněn.

Na podkladě cíle byly následně stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza „Sestry vedou ošetrovatelskou dokumentaci v souladu s platným standardem“. Druhá hypotéza „Sestry na chirurgických jednotkách vedou ošetrovatelskou dokumentaci komplexněji nežli sestry na interních jednotkách“.

Výsledky auditního šetření ošetrovatelské dokumentace potvrdily hypotézu první. Obě oddělení dosáhly nad hranici 90% shody s platným standardem. Ovšem hypotéza druhá se nepotvrdila z důvodu méně kvalitního vedení ošetrovatelské dokumentace na chirurgickém oddělení nežli na interním oddělení. Chirurgické oddělení mělo celkovou úspěšnost auditního šetření ošetrovatelské dokumentace 91,12% a interní oddělení 99,73%. Celkové výsledky auditního šetření ošetrovatelské dokumentace byly poskytnuty a následně předány hlavní sestře Nemocnice Tábor, a.s. k realizaci



nápravných opatření ke zvýšení kvality vedení ošetrovatelské dokumentace a tím i ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

Tato bakalářská práce má přinést nové poznatky a informace o kvalitním vedení ošetrovatelské dokumentace a auditním šetření. Audit by neměl být sestrami přijímán negativně, ale měl by být vnímán jako pozitivní zhodnocení jejich úsilí při péči o pacienty a přinášení nových vědomostí do ošetrovatelského procesu a tím i o péči o pacienty.

## **7. Klíčová slova**

ošetřovatelství

ošetřovatelská dokumentace

ošetřovatelský proces

kvalita ošetřovatelské péče

audit

## 8. Seznam použitých zdrojů

- 1) *České ošetrovatelství, praktická příručka pro sestry 2 - zajišťování kvality ošetrovatelské péče - etický kodex sester, charta práv pacientů.* 1.vyd. Brno: NCO NZO. 2006. 47 s. ISBN-80-7013-270-1.
- 2) DVOŘÁČEK J. *Interní audit a kontrola.* 2.vyd. Praha: C. H. Beck. 2003. 201 s. ISBN-80-7179-805-3.
- 3) DŽUPINKOVÁ M. Právní odpovědnost ve zdravotnictví, ochrana osobních údajů. *Florence.* Praha: Ambit media, a.s. 2009. roč. 5, č. 1, s. 3 – 6. ISSN – 1801-464X.
- 4) FARKAŠOVÁ D. a kolektiv. *Ošetrovatelství - teorie.* 1.vyd. Martin: Osveta. 200s. 211 s. ISBN-80-8063-227-8.
- 5) GLADKIJ I. *Management ve zdravotnictví.* 1.vyd. Brno: Computer Press. 2003. 380 s. ISBN – 80-7226-996-8.
- 6) GROHAR-MURRAY M. E., DICROCE H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče.* 1.vyd. Praha: Grada. 2003. 320 s. ISBN – 80-247-0267-3.
- 7) HOLČÍK J., KAŇOVÁ P., PRUDIL L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví, východiska, základní pojmy a perspektivy.* 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2005. 186 s. ISBN-80-7013-417-8.
- 8) JAROŠOVÁ D. *Teorie moderního ošetrovatelství.* 1.vyd. Praha: ISV. 2000. 133 s. ISBN – 80-85866-55-2.
- 9) JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice.* 1.vyd. Praha: Grada. 2004. 288 s. ISBN-80-247-0629-6.

- 10) KAREŠ J., DRLÍKOVÁ M., BRABCOVÁ I. *Moderní metody řízení*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita (České Budějovice), Zdravotně sociální fakulta. 2006. 137 s. ISBN – 80-7040-852-9.
- 11) KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1.vyd. Praha: Grada. 2002. 392 s. ISBN – 80-247-0278-9.
- 12) MADAR a kolektiv. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1.vyd. Praha: Grada. 2004. 248 s. ISBN – 80-247-0585-0.
- 13) MASTILIAKOVÁ D. *Úvod do ošetrovatelství. Díl I., systémový přístup*. 1.vyd. Praha: Karolinum. 2002. 187 s. ISBN – 80-246-0429-9.
- 14) *Ministerstvo zdravotnictví – Portál kvality* [online], [cit. 2009–2–4]. Dostupné: <http://portalkvality.mzcr.cz/>
- 15) *Národní akreditační standardy pro nemocnici* [online], [cit. 2009–2–3]. Dostupné: <http://www.sakcr.cz/about.php>
- 16) *Nemocnice Klatovy – Ošetrovatelství* [online], [cit. 2009–2–3]. Dostupné: <http://www.nemkt.cz>
- 17) *Nemocnice Vsetín – Ošetrovatelství* [online], [cit. 2009–2–3]. Dostupné: <http://www.nemocnice-vs.cz/?sekce=o-nemocnici&text=oseetrovatelstvi&podtext=oseetrovatelstvi-jako-odbor>
- 18) STAŇKOVÁ M. *České ošetrovatelství, praktická příručka pro sestry 3 – jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1.vyd. Brno: NCO NZO. 2002. 49 s. ISBN – 80 – 7013-282-5.
- 19) STAŇKOVÁ M. *České ošetrovatelství, praktická příručka pro sestry 4 – jak provádět ošetrovatelský proces*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 2002. 66 s. ISBN – 80-7013-283-3.

- 20) ŠKRLA P., ŠKRLOVÁ M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent-Orion s.r.o.. 2003.477 s. ISBN-80-7172-841-1.
- 21) TOMEK V. Ošetrovatelská dokumentace. *Florence* [online], [cit. 2008–12–31]. Dostupné: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=513>
- 22) TRACHTOVÁ E. A KOLEKTIV. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO. 2005. 186 s. ISBN – 80-7013-324-4.
- 23) VONDRÁČEK J. Ošetrovatelská dokumentace a odpovědnost. *Florence*. Praha: Ambit media, a.s. 2006. roč. 2, č. 5, s. 48. ISSN – 1801-464X.
- 24) VONDRÁČEK L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1.vyd.Praha: Grada. 2005. 100 s. ISBN – 80-247-1198-2.
- 25) VONDRÁČEK L., KURZOVÁ H. *Zdravotnické právo pro praxi a posluchače lékařských fakult*. 1.vyd.Praha: Karolinum. 2002. 142 s. ISBN – 80-246-0531-7.
- 26) VONDRÁČEK L., LUDVÍK M. *České ošetrovatelství, praktická příručka pro sestry 13 – zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. 1.vyd. Brno: NCO NZO. 2004. 67 s. ISBN – 80-7013-388-0.
- 27) VONDRÁČEK L., LUDVÍK M., NOVÁKOVÁ J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada. 2003. 72 s. ISBN – 80-247-0704-7.
- 28) VONDRÁČEK L., VONDRÁČEK J. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Galén. 2006. 30 s. ISBN – 80-7262-392-3.
- 29) VONDRÁČEK L., VONDRÁČEK J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče I*. 1.vyd. Praha: Grada. 2003. 68 s. ISBN – 80-247-0705-5.
- 30) VONDRÁČEK L., WIRTHOVÁ V. *Sestra a její dokumentace*. 1.vyd. Praha: Grada. 2008. 88 s. ISBN-978-80-247-2763-9.

- 31) Vyhláška č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci, v platném znění.
- 32) Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění.
- 33) Zákon č. 20/1966 Sb. o zdraví lidu, v platném znění.

## **9. Přílohy**

### **Seznam příloh**

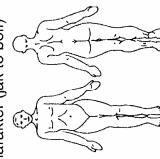
- 1) Ošetřovatelská anamnéza
- 2) Ošetřovatelský plán
- 3) Realizace ošetřovatelského plánu
- 4) Vyhodnocení ošetřovatelské péče
- 5) Denní záznam příjmu stravy, bilance tekutin
- 6) Auditní kritéria

# Příloha 1 – Ošetřovatelská anamnéza



## OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Identifikační štítek

Datum přijetí: _____ Diagnóza při přijetí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Přeložen z: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Rodina informována: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <b>VEDOMÍ</b> orientován: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne stav vědomí: <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> zmatený <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> apatie <input type="checkbox"/> bezvědomí		<b>BOLEST</b> Intenzita: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne charakter (jak to bolí): <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5  lokalizace: <input type="checkbox"/> pažující <input type="checkbox"/> řezavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> pálivá		<b>AKTIVITA</b> <input type="checkbox"/> chodí sám <input type="checkbox"/> doprovod <input type="checkbox"/> sedí <input type="checkbox"/> leží <input type="checkbox"/> hůl / berle <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> protěži <input type="checkbox"/> jiná omezení: _____ <b>VYPRAZDŇOVÁNÍ</b> STOLICE <input type="checkbox"/> bez potíží <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem užívání projímadla: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jaké: _____ <input type="checkbox"/> stomie druh: _____ MOČ <input type="checkbox"/> bez potíží <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> pálení, fezální močový katétr č.: _____ ureostomie druh: _____ pomoc při ošetrování: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<b>DÝCHÁNÍ</b> potíže: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> cyanoza <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> noční		<b>KŮŽE</b> změny na kůži: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne otoky: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne dekubity: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne stupeň: <input type="checkbox"/> I. zčervenání <input type="checkbox"/> II. tvorba puchýřů <input type="checkbox"/> III. poškozená kůže <input type="checkbox"/> IV. hluboká poškození tkáně <input type="checkbox"/> V. dekubitus na kosti - nekroza jiné: _____ lokalizace: _____		<b>HYGIENA</b> <input type="checkbox"/> samostatně <input type="checkbox"/> s doprovodem <input type="checkbox"/> neprovede	
<b>VÝŽIVA</b> váha / výška: _____ / _____ soběstačný: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne hydratace: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne dietní omezení: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne diabetik: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne PAD: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne inzulin: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		<b>SPÁNEK</b> potíže s usínáním: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne léky na spání: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jaké: _____ <b>KOMUNIKACE</b> <input type="checkbox"/> bez potíží <input type="checkbox"/> omezená smyslové vnímání: <input type="checkbox"/> bez potíží <input type="checkbox"/> problémy se zrakem <input type="checkbox"/> slepota <input type="checkbox"/> problémy se sluchem <input type="checkbox"/> hluchota <input type="checkbox"/> jiné pomůcky: <input type="checkbox"/> brýle / čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> jiné: _____		<b>STUPEŇ NÁROČNOSTI OŠ. PĚČE</b> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> částečně soběstačný <input type="checkbox"/> plně závislý <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
enterální NG sonda č. _____ zavedena: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne parenterální i. v. kanyla zavedena: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne umělý chrcp snímátný: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		<b>POTŘEBA EDUKACE</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne schopnost edukace: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		<b>JMENOVKA A PODPIS SESTRY</b> datum: _____ čas: _____	
<b>ALERGIE</b> jaké: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		<b>RIZIKO PÁDŮ</b> skóre rizika pádů: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		NG - nasogastrická. BMI - body mass index	

Zdroj – Nemocnice Tábor, a.s.



Zdroj – Nemocnice Tábor, a.s

### Riziko pádů

Pohyb	neomezený	0	Smyslové poruchy	žádné	0
	používá pomůcky	1		visuální, sluchové, smyslový deficit	1
	potřebuje pomoc k pohybu	1	Mentální status	orientován	0
Vyprazdňování	neschopen přesunu	1		občasná (noční) disorientace	1
	nevyžaduje pomoc	0		historie desorientace / demence	1
	v anamnéze nykturie / inkontinence	1	Věk	18 - 75	0
Medikace	vyžaduje pomoc	1		75 a výše	1
	neužívá rizikové léky	0	Pád v anamnéze		1
	užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní látky.	1	Celkové skóre		

při skóre vyšší než 3 postupuj podle standardů č. 39

### Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	věk	stav pokožky		přidružené onemocnění	fyzický stav		stav vědomí	aktivita	mobilita		inkontinence	s		
		4	3		4	3			4	3				
úplná	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobry	4	chodí	4	úplná	4	není	4
částečně omezená	< 30	3	alergie	3	DM, teplota	3	zhoršený	3	apatický	3	částečně omezená	3	občas	3
velmi omezená	< 60	2	vlhká	2	anémie, kachexie, trombóza, obězita	2	špatný	2	zmatený	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	> 60	1	suchá	1	karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	žádná	1	moč, stolice	1

při skóre méně než 25 postupuj podle standardů č. 5

## Příloha 2 – Plán ošetrovatelské péče

identifikační štítek

### PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE



Dat./Podp.	Oš.problém	Oš. cíl	Intervence	Ukončil
	<b>1. Změny FF:</b> TK <input type="checkbox"/> hypotenze <input type="checkbox"/> hypertenze P <input type="checkbox"/> tachykardie <input type="checkbox"/> bradykardie <input type="checkbox"/> arytmie TT <input type="checkbox"/> hypertermie <input type="checkbox"/> hypotermie D <input type="checkbox"/> hyperventilace <input type="checkbox"/> hypoventilace	<input type="checkbox"/> nem. má fyz. hodnoty  <input type="checkbox"/> dosažení hemodynamické stability	<input type="checkbox"/> sleduj FF, prováděj prav. měření dle ord. lékaře <input type="checkbox"/> zaznamenej EKG při změně stavu či dle ord. lékaře <input type="checkbox"/> připoj nem. na monitor, v případě arytmie kontaktuj lékaře <input type="checkbox"/> měj v pohotovosti pomůcky ke KPR <input type="checkbox"/> sleduj orientaci, vědomí, barvu kůže, stav sliznic <input type="checkbox"/> podporuj ochlazování povrchu těla (ledovány, obklady..) <input type="checkbox"/> podávej ordinované léky a sleduj jejich účinnost <input type="checkbox"/> monitoruj FF jako odezvu na zátěžovou aktivitu	
	<input type="checkbox"/> onem. plic <input type="checkbox"/> embolie <input type="checkbox"/> srdeč.selhání, IM <input type="checkbox"/> úrazy / operace <input type="checkbox"/> těžké infekce <input type="checkbox"/> otravy <input type="checkbox"/> omezení průchodnosti DC	<b>2. Porucha dýchání (dušnost) z důvodu:</b> <input type="checkbox"/> nem. dosáhne účinného dýchání <input type="checkbox"/> nem. bude mít průchodné DC <input type="checkbox"/> nem. bude mít dostatečné okysličené tkáně	<input type="checkbox"/> zvol vhodnou polohu <input type="checkbox"/> podej zvlhčený O2 dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> dlp. odsávej sekrety z DC, sleduj vzhled sputa <input type="checkbox"/> prováděj dechovou RHB, nácvik odkašlávání <input type="checkbox"/> sleduj FF, vědomí, oxygenaci <input type="checkbox"/> sleduj poslechové fenomény <input type="checkbox"/> podávej ordinované léky, inhalace a sleduj jejich účinnost <input type="checkbox"/> poskytni nem. psychickou podporu a klidné prostředí	
	<input type="checkbox"/> onem. plic <input type="checkbox"/> infekce DC	<b>3. Kašel z důvodu:</b> <input type="checkbox"/> zmírnění kašle <input type="checkbox"/> odstranění kašle	<input type="checkbox"/> sleduj intenzitu a charakter kašle <input type="checkbox"/> sleduj expektoraci - vzhled a množství sputa <input type="checkbox"/> zajisti dostatek teplých tekutin, zvlhčuj vzduch <input type="checkbox"/> dlp. prováděj poklepovou masáž, úlevovou polohu <input type="checkbox"/> podávej ordinované léky, inhalace a sleduj jejich účinnost <input type="checkbox"/> dlp. odsávej sekrety z DC	
	<b>4. Bolest:</b> <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická	<input type="checkbox"/> zmírnění bolesti <input type="checkbox"/> odstranění bolesti	<input type="checkbox"/> zhodnot' charakter, intenzitu, lokalizaci a trvání bolesti <input type="checkbox"/> pomáhej při zaujímání úlevové polohy <input type="checkbox"/> prevence bolesti (komprese rány při otáčení, vstávání ..) <input type="checkbox"/> věnuj pozornost psychickému stavu nem. <input type="checkbox"/> aplikuj ordinovaná analgetika a sleduj jejich účinek <input type="checkbox"/> dej nem. k lůžku signalizaci	
	<input type="checkbox"/> zvýš. metabolické nároky (febrilie) <input type="checkbox"/> základního onem.	<b>5. Výživa porušená, nedostatečná z důvodu:</b> <input type="checkbox"/> udržení optimální tělesné hmotnosti	<input type="checkbox"/> zhodnot' stupeň soběstačnosti nem., edukuj nem. <input type="checkbox"/> zajisti vhodnou dietu, Nutridrink dle ord.lékaře <input type="checkbox"/> kontroluj snědené množství <input type="checkbox"/> kontroluj tělesnou hmotnost / BMI <input type="checkbox"/> podávej ordinovanou parenterální, enterální výživu <input type="checkbox"/> sleduj frekvenci zvracení, průjmů	
	<input type="checkbox"/> zavedení nasogastrické sondy <input type="checkbox"/> zavedení PEGU	<b>6. Změna ve stavu výživy z důvodu:</b> <input type="checkbox"/> nem. má zajištěnou výživu a hydrataci	<input type="checkbox"/> zajisti vhodnou stravu <input type="checkbox"/> zhodnot' toleranci předcházejícího krmení <input type="checkbox"/> zajisti Fowlerovu polohu při krmení a ještě 30 min. po něm	

Zdroj – Nemocnice Tábor, a.s

Datum	Oš. problém	Oš. cíl	Intervence	Ukončil
	<b>7. Porucha hydratace:</b>			
	<input type="checkbox"/> dehydratace	<input type="checkbox"/> udržení objemu	<input type="checkbox"/> posuď příčinu retence tekutin / dehydratace	
	<input type="checkbox"/> zvýšení objemu tekutin (otoky)	<input type="checkbox"/> tekutin na optimální úrovni	<input type="checkbox"/> zajisti nem. dostatek tekutin, zajisti vhodnou dietu	
			<input type="checkbox"/> sleduj tělesnou hmotnost, P+V tekutin	
			<input type="checkbox"/> sleduj kožní turgor, stav sliznic, otoky	
			<input type="checkbox"/> sleduj aktivní ztráty (průjem, zvracení...)	
			<input type="checkbox"/> podávej medikaci dle ord. lékaře	
	<b>8. Porucha močení retence / polyurie z důvodu:</b>			
	<input type="checkbox"/> onem. ledvin	<input type="checkbox"/> zlepšit	<input type="checkbox"/> sleduj P+V tekutin, barvu a příměsi moče	
	<input type="checkbox"/> onem. prostaty	<input type="checkbox"/> vyprazdňování	<input type="checkbox"/> zajisti soukromí při vyprazdňování	
	<input type="checkbox"/> infekce		<input type="checkbox"/> posiluj přirozené reflexy vyprazdňování moče	
	<input type="checkbox"/> neurologického postižení	<input type="checkbox"/> odstranit poruchu močení	<input type="checkbox"/> dle ord. zaveď / asistuj při zavádění moč. katétru	
	<input type="checkbox"/> inkontinence		<input type="checkbox"/> zajisti péči o moč. katétr, kontroluj průchodnost	
	<input type="checkbox"/> chir. výkonu		<input type="checkbox"/> dle ord. zajisti pravidelné vyšetření moče	
			<input type="checkbox"/> dlp. přikládej plenkové kalhotky	
			<input type="checkbox"/> dbej na dostatečnou hygienu genitálu	
			<input type="checkbox"/> doporuč. vhodné cviky pro zpevnění pánevního dna	
	<b>9. Porucha vyprazdňování stolice:</b>			
	<input type="checkbox"/> zácpa	<input type="checkbox"/> nem. nemá	<input type="checkbox"/> zaznamenávej frekvenci a charakter stolice	
	<input type="checkbox"/> průjem	<input type="checkbox"/> poruchu vyprazdňování	<input type="checkbox"/> zajisti soukromí při defekaci	
	<input type="checkbox"/> inkontinence		<input type="checkbox"/> pouč. nem. o vhodné stravě, důležitosti pitného režimu.	
	<input type="checkbox"/> meteorismus		<input type="checkbox"/> zajisti vhodnou dietu	
			<input type="checkbox"/> aplikuj medikaci dle ord. lékaře a sleduj účinek	
			<input type="checkbox"/> zvýšená hygiena genitálu, ochr. krémy, plenkové kalhotky	
	<b>10. Porucha spánku z důvodu:</b>			
	<input type="checkbox"/> změny prostředí	<input type="checkbox"/> nem. nemá	<input type="checkbox"/> vyvětrej, uprav lužko, uprav polohu nem., zajisti klid	
	<input type="checkbox"/> hluku, osvětlení	<input type="checkbox"/> poruchu spánku	<input type="checkbox"/> zajisti, aby nem. nespál přes den	
	<input type="checkbox"/> spánkové inverze		<input type="checkbox"/> doporuč. nem. přiměřenou pohybovou aktivitu	
			<input type="checkbox"/> věnuj pozornost psychickému stavu nem.	
			<input type="checkbox"/> podej medikaci dle ord. lékaře a sleduj účinek	
	<b>11. Intolerance aktivity / únava:</b>			
	<input type="checkbox"/> zvýš. fyz. námaha	<input type="checkbox"/> dostatečná	<input type="checkbox"/> sleduj faktory podílející se na únavě	
	<input type="checkbox"/> spánek. deprivace	<input type="checkbox"/> fyzická síla	<input type="checkbox"/> u nem. střidej vhodnou aktivitu s dostatečným odpočinkem	
	<input type="checkbox"/> onemocnění		<input type="checkbox"/> vytvoř klidné prostředí, měj trpělivý přístup	
	<input type="checkbox"/> malnutrice		<input type="checkbox"/> podávej medikaci dle ord. lékaře a sleduj účinek	
	<b>12. Porucha soběstačnosti v oblasti:</b>			
	<input type="checkbox"/> výživy	<input type="checkbox"/> rozpoznání a	<input type="checkbox"/> zjisti stupeň soběstačnosti nem.	
	<input type="checkbox"/> vyprazdňování	<input type="checkbox"/> uspokojení indiv. potřeb	<input type="checkbox"/> zajisti péči o nem.	
	<input type="checkbox"/> hygieny		<input type="checkbox"/> pomáhej nem. osvojit si způsob sebepečce	
	<input type="checkbox"/> oblékání		<input type="checkbox"/> zajisti nem. všechny pomůcky k sebepečce	
	<input type="checkbox"/> mobility	<input type="checkbox"/> osvojení způsobů umožňujících každodenní činnosti	<input type="checkbox"/> motivuj nem. dohlídni na jeho bezpečnost	
			<input type="checkbox"/> zajisti RHB dle ord. lékaře	
			<input type="checkbox"/> aktivně zapojuj rodinu	
	<b>13. Riziko pádu / úrazu z důvodu:</b>			
	<input type="checkbox"/> onemocnění	<input type="checkbox"/> zabránění pádu	<input type="checkbox"/> zajisti pomůcky pro bezpečí, uprav vhodně okolí lužka	
	<input type="checkbox"/> medikace		<input type="checkbox"/> zajisti zvýšený dohled, dej nem. signalizaci	
	<input type="checkbox"/> smyslového postižení	<input type="checkbox"/> zabránění úrazu	<input type="checkbox"/> pomáhej nem. v sebeobsluze	
			<input type="checkbox"/> zajisti RHB dle ord. lékaře	
	<b>14. Nevolnost / zvracení z důvodu:</b>			
	<input type="checkbox"/> dietní chyby	<input type="checkbox"/> nem. nemá	<input type="checkbox"/> sleduj frekvenci, množství, charakter zvratků	
	<input type="checkbox"/> onemoc. GIT	<input type="checkbox"/> nauzeu / zvracení	<input type="checkbox"/> dej pozor, aby nem. neaspiroval	
	<input type="checkbox"/> neurogenních příčin		<input type="checkbox"/> podávej antiemetika dle ord. lékaře a sleduj účinek	
			<input type="checkbox"/> zajisti zvýšenou péči o dutinu ústní	

Zdroj – Nemocnice Tábor, a.s

Datum	Oš. problém	Oš. cíl	Intervence	Ukončil
	<b>15. Riziko vzniku TEN z důvodu:</b>			
	<input type="checkbox"/> upoutání na lůžko <input type="checkbox"/> operač. výkonu <input type="checkbox"/> základního onem. <input type="checkbox"/> flebotrombózy v minulosti	<input type="checkbox"/> n. není ohrožen komplikacemi	<input type="checkbox"/> edukuj nem. o nezbytnosti cvičení s DK na lůžku <input type="checkbox"/> časně mobilizuj nem. <input type="checkbox"/> sleduj příznaky TEN, sleduj barvu a teplotu DK <input type="checkbox"/> zajisti elevaci DK + BDK <input type="checkbox"/> podávej ordinov. antikoagulancia, sleduj projevy krvácivosti <input type="checkbox"/> pomáhej nem. při sebedpěči	
	<b>16. Riziko vzniku infekce z důvodu:</b>			
	<input type="checkbox"/> PŽK, CŽK <input type="checkbox"/> močového katétru <input type="checkbox"/> epidurál. katétru <input type="checkbox"/> operační rány <input type="checkbox"/> rány / dekubitu <input type="checkbox"/> drénu <input type="checkbox"/> stomie	<input type="checkbox"/> nem. nebude ohrožen infekční komplikací	<input type="checkbox"/> denně kontroluj známky infekce v místě vstupu <input type="checkbox"/> prováděj aseptické převazy / přepichy dle indikace <input type="checkbox"/> IBU-HEPA ung na okolí místa vpichu PŽK <input type="checkbox"/> monitoruj TT - riziko systémové infekce <input type="checkbox"/> kontroluj průchodnost moč. katétru, množství a charakter moče, zajisti zvýšenou hygienu genitálu <input type="checkbox"/> prováděj výměnu moč. sáčku a cévky dle indikace	
	<b>17. Porušení kožní integrity z důvodu:</b>			
	<input type="checkbox"/> imobilizace <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> kachexie <input type="checkbox"/> obezity <input type="checkbox"/> základního onem. <input type="checkbox"/> operace	<input type="checkbox"/> nedojde k narušení kožní integrity <input type="checkbox"/> zhojení defektu bez komplikací	<input type="checkbox"/> sleduj stav výživy, hydratace <input type="checkbox"/> pečuj o hygienu kůže <input type="checkbox"/> udržuj lůžko v suchu a čistotě <input type="checkbox"/> polohuj nem. používej antidekubitární pomůcky <input type="checkbox"/> zajisti RHB dle ord. lékaře <input type="checkbox"/> při vzniku dekubitu či rány založ záznam a prováděj aseptické převazy dle indikace	
	<b>18. Úzkost, strach z důvodu:</b>			
	<input type="checkbox"/> hospitalizace <input type="checkbox"/> nedostatečné informace	<input type="checkbox"/> zmírnění úzkosti, strachu <input type="checkbox"/> odstranění úzkosti, strachu	<input type="checkbox"/> seznam nem. s novým prostředím <input type="checkbox"/> edukuj, vysvětluj, naslouchej, komunikuj s nem. <input type="checkbox"/> umožni nem. kontakt s rodinou <input type="checkbox"/> věnuj pozornost psychickému stavu nem. <input type="checkbox"/> podej medikaci dle ord. lékaře a sleduj účinek	
	<b>19. Riziko komplikací DM z důvodu:</b>			
	<input type="checkbox"/> nové diagnostikovaného DM <input type="checkbox"/> nedostatečných znalostí o DM <input type="checkbox"/> dietní chyby <input type="checkbox"/> infekce <input type="checkbox"/> operace / urazu	<input type="checkbox"/> nem. má hodnoty glykémie ve fyziolog. rozmezí	<input type="checkbox"/> podej nem. dostatek informací o DM <input type="checkbox"/> zajisti nem. pohovor s dietní sestrou <input type="checkbox"/> zajisti nem. dietu <input type="checkbox"/> kontroluj snědené množství a dodržování dietních opatření <input type="checkbox"/> sleduj lab. hodnoty glykémie, projevy hypo/hyperglykémie <input type="checkbox"/> podávej medikaci dle ord. lékaře <input type="checkbox"/> věnuj zvýšenou pozornost péči o kůži (zvýšená péče o nohy, zabraň vzniku opruzenin a dekubitu)	
	<b>20. Riziko časných komplikací z důvodu:</b>			
	<input type="checkbox"/> operač. výkonu <input type="checkbox"/> invazivního výkonu <input type="checkbox"/> anestezie <input type="checkbox"/> podání TRF <input type="checkbox"/> aplikace s.c., i.m. i.v., inj. / infuzí	<input type="checkbox"/> u nem. nevzniknou komplikace <input type="checkbox"/> včasné odhalení komplikací	<input type="checkbox"/> monitoruj FF, stav vědomí <input type="checkbox"/> kontroluj operační ránu / obvazy <input type="checkbox"/> sleduj funkčnost drénu <input type="checkbox"/> sleduj močení, P+V tekutin <input type="checkbox"/> sleduj barvu kůže, prokrvení končetin, krvácení <input type="checkbox"/> zajisti RHB dle ord. lékaře <input type="checkbox"/> při aplikaci inj., infuzí, TRF postupuj dle standardu <input type="checkbox"/> edukuj nem.	
	<b>21. Ztížená komunikace a orientace z důvodu:</b>			
	<input type="checkbox"/> smyslové poruchy (slepota, hluchota) <input type="checkbox"/> poruchy CNS <input type="checkbox"/> poruchy sociální zace	<input type="checkbox"/> zlepšení komunikace s nem. <input type="checkbox"/> obnovení a udržení orientace	<input type="checkbox"/> zhodnot' rozsah poruchy orientace a komunikace s okolím <input type="checkbox"/> urči míru ohrožení / bezpečí nem. <input type="checkbox"/> dle smyslové poruchy zajisti pomůcky ke komunikaci <input type="checkbox"/> chraň nem. před úrazem, pádem <input type="checkbox"/> zajisti zvýšený dohled, dej nem. signalizaci	

Zdroj – Nemocnice Tábor, a.s




## PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE – KRÁTKODOBÁ HOSPITALIZACE

Přijmení: .....  
 Jméno: .....  
 R.Č.: .....



Dat./Podp.	Oš. problém	Oš. cíl	Intervence	Ukončil	Dat./Podp.	Oš. problém	Oš. cíl	Intervence
	<b>Bolest</b> <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická	<input type="checkbox"/> zmírnění bolesti <input type="checkbox"/> odstranění bolesti	<input type="checkbox"/> zjistí lokalizaci, charakter, trvání bolesti <input type="checkbox"/> informuj o úlevové poloze <input type="checkbox"/> sleduj účinek podávaných analgetik <input type="checkbox"/> věnuj pozornost psych. stavu nem.			<b>Riziko vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů</b> <input type="checkbox"/> PŽK <input type="checkbox"/> CŽK <input type="checkbox"/> PK	<input type="checkbox"/> zabránit vzniku infekce	<input type="checkbox"/> zajisti prav. výměnu krytí <input type="checkbox"/> zajisti sterilitu převaz vstupu <input type="checkbox"/> kontroluj známky zánětu <input type="checkbox"/> Ibu-Hepa 2x denně do okolí místa vpichu <input type="checkbox"/> denně vyměňuj infuzní sety <input type="checkbox"/> dodržuj hygienu v okolí PK <input type="checkbox"/> dodržuj sterilitu při výměně sáčku, kontroluj průchodnost PK, množství a charakter moče
	<b>Riziko vzniku krvácení</b>	<input type="checkbox"/> zabránění vzniku krvácení <input type="checkbox"/> zastavení probíhajícího krvácení	<input type="checkbox"/> kontroluj fyziologické funkce <input type="checkbox"/> sleduj krvácivé projevy <input type="checkbox"/> podávej léky dle ordinace lékaře			<b>Zvýšená TT v důsledku neznámého původu</b>	<input type="checkbox"/> snížit TT	<input type="checkbox"/> sleduj pravidelně TT <input type="checkbox"/> při kladej chladivé obklady <input type="checkbox"/> zajisti dostateč. hydrataci <input type="checkbox"/> udržuj nem. v suchém ložním a osobním prádle
	<b>Změny FF</b> <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> nem. má fyz. hodnoty	<input type="checkbox"/> sleduj FF, prováděj prav. měření dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> sleduj orientaci, vědomí, P,+V tekutin <input type="checkbox"/> sleduj účinnost ord. léků					

### Příloha 3 – Realizace ošetrovatelského plánu

Identifikační štítek		<b>REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU</b>														 <small>NEMOCNICE TÁBOR, a.s.</small>
Datum																
Směna		D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	
Hygiena	Celková koupel															
	Dopomoc při hygieně															
	Hyg. dut. ústní, očí, nosu															
	Masáž kůže															
Výchání	Zavedení TS kanyly															
	Péče o TS kanylu															
	Odsáti HCD															
	Nebulizace, O2															
Výživa	Krmení															
	Zavedení NGS / PEG															
	Péče o NGS / PEG															
	Odsávání žal. obsahu															
Vyprazdňování	Zavedení moč.katétu															
	Péče o moč.katétr															
	Sledování diurézy															
	Plenkové kalhotky Klyzma															
Polohování																
Prevence dekubitů																
Katétry	Zavedení PŽK															
	Péče o PŽK															
	Zavedení CŽK															
	Péče o CŽK Měření CVT															
Péče o ránu	Převaz															
	Bandáž															
	Péče o drén															
Příprava k výkonům	Informace															
	Endoskopie															
	RTG, UZ, CT, MR															
	Příprava k operaci Oholení op. pole															
Jmenovka a podp. sestry: D																

Zdroj – Nemocnice Tábor, a.s

## Příloha 4 – Hodnocení ošetrovateľského plánu

REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU														
Datum Směna Hygiena Katetr Péče o ránu Příprava k vykontum Jmenovka a podp. sestry: D Jmenovka a podp. sestry: N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	N	
	Celková koupel Dopomoc při hygieně													
Zavedení PŽK Péče o PŽK														
Převaz Bandáž Péče o dřen														
Klyzma Informace Edukace RTG, UZ, CT, MR Příprava k operaci Ohlední op. pole Bandáž DK														
Jmenovka a podp. sestry: D														
Jmenovka a podp. sestry: N														
HODNOCENÍ PLÁNU PÉČE														
Jmenovka a podp. sestry: D														
Jmenovka a podp. sestry: N														
Jmenovka a podp. sestry: D														
Jmenovka a podp. sestry: N														
Jmenovka a podp. sestry: D														
Jmenovka a podp. sestry: N														
Jmenovka a podp. sestry: D														
Jmenovka a podp. sestry: N														
Jmenovka a podp. sestry: D														
Jmenovka a podp. sestry: N														
Jmenovka a podp. sestry: D														
Jmenovka a podp. sestry: N														
Jmenovka a podp. sestry: D														
Jmenovka a podp. sestry: N														
Jmenovka a podp. sestry: D														
Jmenovka a podp. sestry: N														
Jmenovka a podp. sestry: D														
Jmenovka a podp. sestry: N														
Jmenovka a podp. sestry: D														
Jmenovka a podp. sestry: N														
Jmenovka a podp. sestry: D														
Jmenovka a podp. sestry: N														
Jmenovka a podp. sestry: D														
Jmenovka a podp. sestry: N														
Jmenovka a podp. sestry: D														
Jmenovka a podp. sestry: N														
Jmenovka a podp. sestry: D														
Jmenovka a podp. sestry: N														

Zdroj – Nemocnice Tábor, a.s



## HODNOCENÍ PLÁNU PÉČE

Lékař:  
Jméno, příjmení a úřad:

Datum	Čas D/N	

Zdroj – Nemocnice Tábor, a.s

## Příloha 5 – Denní záznam příjmu potravy, bilance tekutin

### Denní záznam příjmu stravy

identifikační štítek



datum	Oddělení - stanice						
	celá porce	3/4 porce	1/2 porce	1/4 porce	nic	přídavek + doplněk stravy	poznámka
Snídaně							
Oběd							
Večeře							

datum	Oddělení - stanice						
	celá porce	3/4 porce	1/2 porce	1/4 porce	nic	přídavek + doplněk stravy	poznámka
Snídaně							
Oběd							
Večeře							

datum	Oddělení - stanice						
	celá porce	3/4 porce	1/2 porce	1/4 porce	nic	přídavek + doplněk stravy	poznámka
Snídaně							
Oběd							
Večeře							

datum	Oddělení - stanice						
	celá porce	3/4 porce	1/2 porce	1/4 porce	nic	přídavek + doplněk stravy	poznámka
Snídaně							
Oběd							
Večeře							

datum	Oddělení - stanice						
	celá porce	3/4 porce	1/2 porce	1/4 porce	nic	přídavek + doplněk stravy	poznámka
Snídaně							
Oběd							
Večeře							

datum	Oddělení - stanice						
	celá porce	3/4 porce	1/2 porce	1/4 porce	nic	přídavek + doplněk stravy	poznámka
Snídaně							
Oběd							
Večeře							

datum	Oddělení - stanice						
	celá porce	3/4 porce	1/2 porce	1/4 porce	nic	přídavek + doplněk stravy	poznámka
Snídaně							
Oběd							
Večeře							

Zdroj – Nemocnice Tábor, a.s

# Bilance tekutin

identifikační štítek



list č.

oddělení:

datum	Příjem tekutin			Výdej tekutin				
	per os	i.v.		diuresa	NGS			
celkem								

datum	Příjem tekutin			Výdej tekutin				
	per os	i.v.		diuresa	NGS			
celkem								

datum	Příjem tekutin			Výdej tekutin				
	per os	i.v.		diuresa	NGS			
celkem								

Zdroj – Nemocnice Tábor, a.s

## Příloha 6 – Auditní kritéria



Nemocnice Tábor, a. s.

Název: <b>VEDENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE</b>	Platnost od: 1.1.2009
Číslo standardu: 1.	Sestavila: Komise pro tvorbu standardů
Skupina, které se poskytuje péče: Kontinuální péče	Kontaktní osoba: Bc. XX
Místo použití: Lůžková oddělení a ambulantní provozy nemocnice	Podpis:
Určeno pro: Neflékční zdravotnické pracovníky	Schválila: Mgr. XY
Kontrola: Kontrola pro tvorbu standardů, nejdéle 1x za 2 roky	Podpis:

**CÍL STANDARDU:** Zjistit komplexnost a úplnost vedení ošetrovateľské dokumentace

Kód	STRUKTURA	kód	PROCES	kód	VÝSLEDEK
S1	Do ošetrovateľské dokumentace zaznamenávají údaje jen kompetentní osoby.	P1	Ošetrovateľská dokumentace zahrnuje všechny nezbytné složky (ošetrovateľskou anamnézu, fyzikální vyšetření, atd.)	V1	Ošetrovateľská dokumentace je komplexní. Obsahuje všechny formuláře a jejích komponenty.
S2	Sestra má k dispozici platný standard.	P2	Sestra vyplňuje ošetrovateľskou anamnézu do 24 hodin.	V2	Ošetrovateľská dokumentace je složena chronologicky.
S2	Na oddělení je k nalezení jmenný seznam s podpisovými vzory.	P2	Každý formulář obsahuje nezbytné komponenty (datum, označení, atd.)	V4	Ošetrovateľská dokumentace slouží pro určování a hodnocení kvality ošetrovateľské péče a sledování spokojenosti ze strany pacienta.
S2	Na oddělení má sestra k dispozici seznam platných standardizovaných zkratk.	P3	Sestra využívá jen standardní formuláře pro zaznamenávání kontinuální péče.	V5	Ošetrovateľská dokumentace slouží pro forenzní účely díky komplexnosti a úplnosti vedení.
		P3	U každého pacienta je vedena ošetrovateľská dokumentace.		
		P3	Každý ošetrovateľský plán obsahuje požadované komponenty.		
		P4	Sestra je v dokumentaci jasně a čitelně označena.		
		P4	Každý záznam obsahuje komponenty, které identifikují sestru, která výkon provedla.		
		P5	V ošetrovateľské dokumentaci jsou pravidelně zaznamenávány pozitivní i negativní reakce.		
		P6	Každý záznam v dokumentaci je zaznamenán propisovací tužkou.		
		P6	Každý chybný záznam v dokumentaci je škrtnut jednou vodovodnou čarou.		

Zdroj – vlastní

P6	Každý chybný záznam obsahuje opravené komponenty, které identifikují sestru, která opravu provedla.			
P6	Každé prázdné místo v dokumentaci je proškrtnuté.			
P6	Všechny záznamy v ošetrovateľské dokumentaci jsou čitelné, srozumitelné a věcné.			
P7	Na oddělení se využívají i jiné speciální formuláře.			
P8	Dokumentace je uložena na předem určeném místě.			

Zdroj - vlastní

