



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

DIPLOMOVÁ PRÁCE

ADMINISTRATIVA A DOKUMENTACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V PRÁCI SESTRY

Vypracoval: Bc. Kateřina Nováková
Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.

České Budějovice 2014
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

ABSTRACT

Teoretické východisko:

Administrativa a dokumentace ošetrovatelské péče je nedílnou a povinnou součástí každodenní práce sester. Dokumentace ve zdravotní péči slouží k poskytnutí potřebných informací o pacientovi. Zdravotnická dokumentace je vedena lékaři. Paralelně se zdravotnickou dokumentací probíhá dokumentace ošetrovatelská. Ošetrovatelská dokumentace uchovává konkrétní skutečnosti o poskytování ošetrovatelské péče danému pacientovi. Správně vedená ošetrovatelská dokumentace je ukazatelem kvality práce kvalifikované sestry, vždy musí být v souladu s legislativními nařízeními a nejnovějšími poznatky výzkumu. Dokumentace má být stručná, jasná, srozumitelná a věcná. Rozhodně by neměla být objemná, náročná, složitá, obsahovat zbytečnosti a duplicitu. Sestry by vedením dokumentace neměly být přetěžovány a neměly by s jejím vedením strávit více času než s pacienty.

Cíle práce:

Cíl 1 Zmapovat postoj sester k vedení dokumentace na vybraných odděleních nemocnice.

Cíl 2 Zmapovat jak vnímají sestry vedení dokumentace z časového hlediska, kolik času reálně stráví prací s dokumentací v rámci pracovní doby.

Cíl 3 Analyzovat ošetrovatelskou dokumentaci na vybraných odděleních nemocnice.

Výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1 Cítí se sestry přetěžovány vedením ošetrovatelské dokumentace?

Výzkumná otázka 2 Kolik času musejí sestry věnovat práci s dokumentací během pracovní doby?

Výzkumná otázka 3 Je čas věnovaný práci s dokumentací efektivně využit?

Výzkumná otázka 4 Uvítaly by sestry změny v současné dokumentaci?

Použité metody:

Výzkumná část práce byla vedena kvalitativní výzkumnou metodou na vybraných odděleních nemocnice. Výzkumné šetření bylo rozděleno do dvou fází. První fáze probíhala technikou sběru dat formou individuálních polostrukturovaných rozhovorů se sestrami vybraných oddělení zkoumané nemocnice, se současnou podrobnou analýzou dokumentace. Rozhovory obsahovaly celkem 18 otázek. Ve druhé fázi výzkumu byla zvolena metoda snímkování pracovní doby sester, zaměřené zejména na konkrétní práci sester s dokumentací. Zjištěné informace byly ihned zaznamenávány do Záznamů o snímkování pracovní doby. Výzkumný soubor tvořilo celkem osm respondentů. Respondenti pracují na standartních lůžkových odděleních a jednotkách intenzivní péče (JIP) vybraných odděleních zkoumané nemocnice. Výběr oddělení a sester byl záměrný, záleželo na ochotě respondentů zúčastnit se na výzkumném šetření.

Výsledky:

Nejdůležitější výsledky z rozhovorů byly zpracovány do kategorizačních tabulek, schémat Smart Art, s ohledem na stanovené cíle a výzkumné otázky. Výsledky měření času práce sester s dokumentací byly zaznamenány do kategorizační tabulky v programu Excel, kde byl vyhodnocen celkový průměr a průměr procentuální.

Cíl 1: Zmapovat práci sester k vedení dokumentace na vybraných odděleních nemocnice – splněn. Sedm respondentů zaujímá negativní postoj k práci s vedením dokumentace, pouze jeden respondent má postoj pozitivní.

Cíl 2: Zmapovat jak vnímají sestry vedení dokumentace z časového hlediska, kolik času reálně stráví s prací s dokumentací v rámci pracovní doby. Splnění cíle 2 bylo spojeno s Výzkumnou otázkou 2: Kolik času musejí sestry věnovat práci s dokumentací? Výsledky z měření reálného času byly porovnány s údaji udávané respondenty. Na základě těchto údajů byl vyhodnocen celkový průměr a procentuální průměr.

Cílem 3 byla Analýza ošetrovatelské dokumentace, se zaměřením na vyhledání abnormalit, zvláštností, zbytečností a nejčastějších duplicit – cíl splněn, analýza

dokumentace proběhla po rozhovorech s respondenty, byly vyhledány duplicity, zbytečnosti a zvláštnosti.

Výzkumná otázka 1: „Cítí se sestry přetěžovány vedením ošetrovatelské dokumentace?“, byla zodpovězena – Ano, celkem šest respondentů se cítí velmi přetěžováno, jeden respondent částečně, pouze jeden respondent přetížení nepocítuje.

Odpověď na Výzkumnou otázku 3: „Je čas věnovaný práci s dokumentací efektivně využit?“, zněla NE, není efektivně využit, protože sestry se musí věnovat i administrativě lékařů, dále si sami přidělávají čas tím, že nepracují s ošetrovatelskou dokumentací, ale vypisují si další pomůcky k práci, které sestrám zabírají další čas. Dokumentace je velmi objemná, náročná, nepřehledná, neúplná, nebo obsahuje zbytečnosti a zejména duplicity. Některé údaje jsou zaznamenávány několikrát na různá místa v dokumentaci. Poslední výzkumná otázka 4 se dotazovala, zdali by sestry uvítali změny v dokumentaci? Ano, sestry by změny uvítaly – sedm respondentů, pouze jeden respondent potřebu změny nemá.

Závěr:

Zjištěné výsledky výzkumného šetření z rozhovorů, analýzy dokumentace a snímkování pracovní doby budou poskytnuty vedení zkoumané nemocnice. Mohou poskytnout vedení nemocnice lepší orientovanost v jejich dokumentaci a vést ke zlepšení celkového vedení dokumentace a především k usnadnění práce již tak přetěžovaných sester.

Klíčová slova: Sestra, Administrativa, Zdravotnická dokumentace, Ošetrovatelská dokumentace, Ošetrovatelský standart, Ošetrovatelský audit

ABSTRACT

Theoretical background:

Administration and documentation are inseparable and obligatory parts of nurse's everyday work. Documentation in healthcare serves to communication of necessary patient information. Medical documentation is kept by physicians. Nursing documentation is conducted in parallel with medical documentation. Nursing documentation records facts of the nursing care provided to a particular patient. Duly kept nursing documentation is a quality indicator of qualified nurse's work. It has to comply with applicable legislation and reflect the latest research results. Documentation has to be brief, clear, concise and factual. It should definitely not be extensive, time consuming, complicated and it should not contain useless information and duplicities. Nurses should not be overloaded by document keeping and should not spend more time on it than with patients.

The aims of the thesis:

Aim 1: To map the approach to documentation among nurses at selected hospital departments.

Aim 2: To map how nurses perceive document keeping in terms of time, how much time they really spend on documentation within their working hours.

Aim 3: To analyse nursing documentation at selected hospital departments.

Research questions:

Research question 1: Do nurses feel overloaded by nursing documentation keeping?

Research question 2: How much time do nurses have to spend on documentation within their working hours?

Research question 3: Is the time spent on documentation used effectively?

Research question 4: Would nurses welcome changes in nursing documentation?

Applied methods:

The research part of the thesis was based on qualitative research method applied at selected departments of a regional type hospital. The research consisted of two phases. Data collection technique of individual semi-structured interviews with nurses from the selected hospital wards was applied in Phase One together with detailed document analyses. The interviews contained 18 questions. Phase Two of the research was based on the method of scanning nurses' working hours focused particularly on nurses' work on documentation. The information found was immediately entered into the working hours scanning records. The research sample consisted of eight respondents. The respondents work at standard wards and intensive care units (ICUs) of selected departments of the examined hospital. The selection of departments and nurses was intentional, depending on willingness to participate among the respondents.

Results:

The most important interview outputs were processed into categorization tables and Smart Art schemes with regard to the set aims and research questions. The results of measurement of the time spent on documentation were organized in Excel categorization tables where the total average and percentage average were evaluated.

Aim 1, to map the approach to documentation among nurses at selected hospital departments, was met. Seven respondents have negative approach to the work on documentation keeping, and only one respondent had positive approach.

Aim 2, to map how nurses perceive document keeping in terms of time, how much time they really spend on documentation within their working hours. Meeting aim 2 was linked to Research question 2: How much time do nurses have to spend on documentation? The real time measurement results were compared with the data obtained from the respondents. The total average and percentage average were evaluated from these data.

Aim 3 was an analysis of nursing documentation focused on seeking abnormalities, peculiarities, useless information and the most frequent duplicities – the aim was met, the document analysis was performed after the interviews with the respondents, duplicities, useless information and peculiarities were found.

Research question 1: “Do nurses feel overloaded by keeping nursing documentation?”, was answered – Yes, they do. Six respondents feel strongly overloaded, one partially, only one respondent does not feel any overloading.

The reply to the research question 3, “Is the time spent on documentation used effectively?”, was NO, it is not used effectively as nurses have to keep also physicians’ documentation, and they have a lot of additional work with listing further work aids, which takes them more time. The documentation is very bulky, demanding, unclear, incomplete or contains duplicities. Some data are recorded more times at different parts of the documentation. The last research question 4 asked whether nurses would welcome changes in documentation. Yes, they would – seven of them, only one respondent has no need to change documentation.

Conclusion:

The research results from the interviews, document analysis and working hours scanning will be provided to the examined hospital management. They may help the hospital management with better insight into their documentation and lead to improvement of the document keeping in general and particularly ease the work of nurses as they are overloaded anyway.

Key words: Nurse, Administration, Medical documentation, Nursing documentation, Nursing standard, Nursing audit

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem 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 své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 1. 7. 2014

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Velmi děkuji mé vedoucí diplomové práce paní PhDr. Andree Hudáčkové Ph.D. za výborný nápad a motivaci k realizaci této diplomové práce, ochotu, trpělivost, obětavý přístup a cenné rady. Velké díky patří i celé mé rodině, za podporu a trpělivost během celého mého dlouhého studia.

OBSAH

ÚVOD	3
1 SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Všeobecná sestra	5
1.2 Legislativní normy upravující dokumentaci ve zdravotnictví	6
1.3 Dokumentace ve zdravotnictví	8
1.3.1 Zdravotnická dokumentace	8
1.3.2 Ošetrovatelská dokumentace	9
1.3.2.1 Význam ošetrovatelské dokumentace	12
1.3.2.2 Zásady vedení ošetrovatelské dokumentace	13
1.3.2.3 Povinná mlčenlivost	14
1.3.2.4 Nahlížení do dokumentace	16
1.3.2.5 Uchovávání, archivace, skartace dokumentace	18
1.4 Kvalita ošetrovatelské péče	19
1.4.1 Standardizace, standardy ošetrovatelské péče	20
1.4.1.1 Standard vedení ošetrovatelské dokumentace	21
1.4.2 Ošetrovatelský audit	23
1.4.3 Kontrola ošetrovatelské dokumentace	23
1.4.4 Akreditace	25
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	27
2.1 Cíle práce	27
2.2 Výzkumné otázky	27
3 METODIKA VÝZKUMU.....	28
3.1 Techniky sběru dat	28

3.2 Charakteristika výzkumného souboru	29
4 VÝSLEDKY	30
4.1 Rozhovory	30
4.2 Nejdůležitější výsledky z rozhovorů	71
4.3 Výsledky analýzy dokumentace	77
4.4 Výsledky snímkování pracovní doby a měření celkového času práce s dokumentací	81
5 DISKUZE	82
6 ZÁVĚR	90
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	94
8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	100
9 PŘÍLOHY	101

ÚVOD

Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou a povinnou součástí každodenní práce sester. Zároveň je ukazatelem kvality práce kvalifikované sestry, může však odhalit i nedostatky v poskytování péče a problémy v ošetrovatelské praxi. Pomáhá chránit pacienty, ale i samotné sestry, tím že sestry pečlivě zaznamenávají jakýkoli výkon provedený u pacienta. Ošetrovatelská dokumentace musí plnit předepsané požadavky dle legislativních nařízení a nejnovějších poznatků z výzkumu. Povinnost vést ošetrovatelskou dokumentaci ukládá všem zdravotnickým zařízením vyhláška Ministerstva zdravotnictví, Vyhláška o zdravotnické dokumentaci. S neustálými proměnami, zdokonalováním ošetrovatelské dokumentace a v rámci plnění požadavků akreditačních řízení se agenda dokumentace stává stále objemnější, mění se, vyžaduje pečlivé vedení, pro zdravotnický personál je více a více náročnější, hlavně z časového hlediska (Vondráček et al., 2003; Vyhláška č. 98/ 2012).

„Dokumentační a akreditační požadavky odvádí sestru od pacienta (Bezděková, 2009)“, dočítáme se v článku odborného časopisu, nebo: „sestra nemůže být na dvou místech současně, jelikož staví – li se sestra k práci s ošetrovatelskou dokumentací stejně zodpovědně jako k péči o pacienty, není možné obojí stihnout (Bezděková, 2009).“ Jindy zas slycháváme, že sestry jsou přetíženy navyšující se administrativou, nemají čas, nemají kvůli vedení dokumentace zájem o pacienty a podobně. Právě téma vedení ošetrovatelské dokumentace bývá velmi častým předmětem diskuzí mezi sestrami, součástí průzkumů a výzkumů. S negativními názory nelékařských pracovníků se setkáváme stále více, stejné názory slycháváme i z úst našich kolegyň. Tvrdí, že dokumentace je náročná, objemná, duplicitní, zabírá sestrám mnoho času, který nemohou věnovat v dostatečné míře pacientům. V průzkumném šetření České asociace sester *Sestry jsou přesvědčeny, že jich na péči není dost*, odpovědělo osmdesát pět procent dotazovaných sester, že rostoucí množství administrativy snižuje kvalitu péče. Zároveň sestry poukazovaly v průzkumu na to, že dokumentace je nepřehledná, složitá a že se zápisy opakují. Dokonce jsme se v několika člancích odborných časopisů dočetli, že kvůli povinnosti sester vést ošetrovatelskou dokumentaci, není zajištěna bezpečnost pacientů. Setkáváme se i s tvrzením, že sestry tráví psaním dokumentace

třetinu své pracovní doby (Česká asociace sester, 2013; Šmídová, 2012; Bezděková a Marx, 2010).

Otázkou je, kolik času skutečně sestry prací s ošetrovatelskou dokumentací tráví? Je opravdu časově náročná jak slýcháváme? Jak je to ve skutečnosti? Opravdu sestry věnují administrativě a vedení ošetrovatelské dokumentaci tolik času, musejí opravdu některé informace o nemocných zaznamenávat několikrát? Je čas věnovaný dokumentaci opravdu organizačně efektivně využit? Tato problematika nás inspirovala k výzkumu v dané oblasti, i náš vlastní zájem na zjištění odpovědí na položené otázky, jsme se rozhodli provést výzkumné šetření v nejbližší nemocnici. Cílem diplomové práce je reálně změřit čas práce sester s dokumentací na vybraných odděleních nemocnice. Zároveň bychom se chtěli zaměřit na celkový obsah ošetrovatelské dokumentace a zmapovat obsahovou i orientační náročnost pro sestry, stanovit co je v dokumentaci opravdu důležité, případně zmapovat duplicitních dokumentů. Doufáme, že výzkumné šetření a výsledky v této diplomové práci pomůže zjednodušit práci sester s dokumentací v nemocnici, kde bude výzkumné šetření provedeno.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Všeobecná sestra

Všeobecné sestry tvoří ve zdravotnictví největší skupinu. Všeobecná sestra je rovnocennou partnerkou lékaře a členkou zdravotnického týmu. Poskytuje ošetrovatelskou péči, ke které je kompetentní. Odborná způsobilost všeobecné sestry je definována zákonem a legislativními předpisy, zákonem číslo 105/2011 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Všeobecná sestra získává odbornou způsobilost podle zákona absolvováním akreditovaného tříletého bakalářského studia pro přípravu všeobecných sester, absolvováním akreditovaného tříletého oboru diplomovaná sestra na vyšší zdravotnické škole (Zákon č. 105/2011; Zákon č. 96/2004).

Ministerstvo zdravotnictví se zabývá základními činnostmi a kompetencemi všeobecných sester ve vyhlášce číslo 55/2011, Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Zde se můžeme dočíst, že všeobecná sestra je povinna poskytovat péči v souladu s legislativními předpisy a standardy, veškeré činnosti sestry jsou pak definovány v paragrafu číslo čtyři. Zákon stanovuje, že sestra je povinna poskytovat základní i specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Činnosti prováděné v jednotlivých fázích ošetrovatelského procesu je povinna zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace. Do zdravotnické i ošetrovatelské dokumentace zaznamenává kromě provedených činností i aktuální stav, chování a reakce pacienta, jednotlivé intervence ošetrovatelského plánu, hodnocení změn, edukační plány a jiné. Sestra, která záznam do dokumentace provedla, je za tuto činnost plně zodpovědná. Zápisy do dokumentace je povinna provádět v souladu s legislativními normami a předpisy upravující dokumentaci ve zdravotnictví (Vyhláška č. 55/2011; Vondráček et al., 2008).

1.2 Legislativní normy upravující dokumentaci ve zdravotnictví

Zdravotnický pracovník, lékař i sestry stojí stále jednou nohou na pomezí zákona, jelikož jsou neustále ohroženi rizikem pochybení při poskytování ošetrovatelské a zdravotnické péče, zrovna tak při vedení dokumentace. Proto je nezbytně nutné pro ochranu zdravotnických pracovníků i pacientů, aby veškerá činnost byla konána v souladu se zákonnými předpisy (Polícar, 2010; Vondráček, 2008).

Poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče je upraveno z mnoha důvodů právními předpisy a právními úpravami. Každý zdravotník lékařský i nelékařský má povinnost zákon dodržovat, porušení zákona je sankcionováno. K trestně právní odpovědnosti ve zdravotnictví může být povolána pouze fyzická osoba – lékaři, všeobecné sestry, laboranti, fyzioterapeuti a podobně. Důvodem k trestně právnímu jednání bývá nejčastěji ublížení na zdraví, ublížení s následkem těžké újmy nebo smrti, nebo v rámci dokumentace neoprávněné nakládání s osobními údaji. Zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace se dotýká mnoho zákonů. Za nejvýše postavený právní předpis konkrétně upravující zdravotnickou dokumentaci je považována Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Úmluva o lidských právech a biomedicíně obsahuje principy přístupu ke zdravotnické dokumentaci. Konkrétně článek číslo deset stanovuje, že každý má právo na ochranu soukromí informací o svém zdraví, má právo znát shromažďované informace o svém zdravotním stavu (Rada Evropy 2001; Úmluva na ochranu lidských práv, 2007).

Základním zákonem je zákon číslo 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách, který zdravotnickou dokumentaci upravuje a ovlivňuje přímo. Paragrafy 52 až 78 zákona číslo 372/2011 Sb. upravují zdravotní služby a podmínky, formy, druhy poskytované péče, práva a povinnosti poskytovatele zdravotních služeb a zdravotního personálu, práva a povinnosti pacientů a jejich blízkých v souvislosti poskytování kvalitní zdravotnické a ošetrovatelské péče. Zdravotnický pracovník musí splňovat podmínky dané zákony, i zákon číslo 372/ 2011 Sb. odkazuje na definice těchto podmínek na zákony číslo 95/ 2004 Sb. a 96/ 2004 Sb. (Zákony č. 372/2011; č. 95/2004; č. 96/2004).

Zákon číslo 372/2011 Sb. poskytovateli zdravotní péče ukládá povinnost vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci dle zákona a jiných právních předpisů. Jinými právními předpisy je myšlena vyhláška číslo 98/2012, Vyhláška o zdravotnické dokumentaci stanovující rozsah údajů, které musejí být uvedeny ve zdravotnické dokumentaci. Vyhláška číslo 98/2012 zároveň obsahuje přílohy vztahující se k samostatným částem dokumentace. Příloha číslo jedna vysvětluje požadovaný minimální obsah například u výpisů ze zdravotnické dokumentace, žadanek k navázání dalších zdravotních služeb, zpráv o poskytnutých službách, propouštěcích zpráv, pozitivní i negativní reverzy, ošetrovatelské dokumentace, lékařských posudků, pitevnických protokolů. Příloha číslo dvě stanovuje zásady pro uchovávání dokumentace, vyřazovací postupy, dobu uchovávání a zničení po uplynutí doby uchování. Třetí příloha určuje podmínky k dodržování doby uchovávání dokumentace (Zákon č. 98/2012; Zákon č. 372/2011).

Zákon číslo 372/2011 Sb. mluví o formách zdravotnické dokumentace, kdy může být vedena ve formě listinné i elektronické. Elektronická forma se zpracovává digitálně s využitím informační technologie. Zdravotnická zařízení musí zabezpečit údaje elektronické dokumentace před zneužitím cizí osobou, zničením, ztrátou. Nezbytnou podmínkou je i zajištění podpisu elektronické dokumentace – elektronický podpis. Elektronickým podpisem se rozumí metoda autentizace, kdy dojde k logickému spojení dat. Rozlišuje se několik typů – elektronický podpis, zaručený elektronický podpis, datová zpráva, podpisující osoba, certifikáty, poskytovatele certifikátů, elektronický podpis a akreditace, prostředky pro vytváření elektronických podpisů, data k ověřování podpisů. S elektronickým podpisem souvisí Zákon o elektronickém podpisu číslo 227/2000 Sb. Zmíněný zákon definuje elektronický podpis jako metodu k ověření identifikace osoby podepisující datovou zprávu (Zákon č. 372/2011; Zákon č. 227/2000).

Ve vztahu k ošetrovatelství, vědě zabývajících se činnostmi v péči o zdraví lidí a poskytování ošetrovatelské péče, nesmíme zapomenout zmínit i zákon číslo 258/2000 Sb., O ochraně veřejného zdraví. „Veřejným zdravím“ označujeme zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Ochranou veřejného zdraví jsou označovány činnosti

k preventivním opatřením k zachování zdraví, vytváření vhodných podmínek k ochraně zdraví. Zákon číslo 258/2000 Sb. v paragrafu číslo 79 deklaruje povinnost všem orgánům ochrany veřejného zdraví zabezpečit ochranu při zpracovávání osobních údajů, citlivých údajů o zdravotním stavu fyzických osob (Policar 2010; Zákon č. 258/2000).

1.3 Dokumentace ve zdravotnictví

Dokumentace ve zdravotnictví slouží k poskytnutí potřebných informací o pacientovi, jako doklad o poskytnuté péči provedené lege artis, zároveň i jako doklad k vyúčtování péče příslušným pojišťovněm. Součástí je veškerá dokumentace vedená lékařskými i nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Existuje ve třech formách, které se vzájemně doplňují a navazují na sebe: Dokumentace zdravotnická vedená lékaři, ošetrovatelská dokumentace vedená všeobecnými sestrami a dokumentace provozní. Zdravotnická dokumentace uchovává rozhodné skutečnosti vztahující se k poskytování zdravotní péče, kdy zahrnuje ordinaci léků, konsiliární vyšetření, výsledky ordinovaných vyšetření. Ošetrovatelská dokumentace uchovává konkrétní skutečnosti, týkající se poskytnutí ošetrovatelské péče danému pacientovi, zahrnující ošetrovatelskou anamnézu, denní záznamy sester. Dokumentace provozní uchovává důležité skutečnosti zajišťující provoz konkrétního zdravotnického zařízení, například „Evidence návykových látek“, kniha vzkazů dokládající fungování oddělení, či odhalení chyb (Vondráček et al. 2003 a 2008, Zákon č. 372/2011).

Cílem dokumentace ve zdravotnictví je zajištění komplexnosti ve vedení dokumentace a neexistence konkurence mezi jednotlivými formami. Veškeré zápisy v dokumentaci a vedení dokumentace musí být vždy v souladu se zákony, které jsou zmiňovány v samostatné kapitole (Vondráček et al., 2008).

1.3.1 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnickou dokumentací rozumíme soubor údajů o konkrétní osobě, která se zavádí u každého pacienta. Může být vedena v listinné formě i v elektronické. Zdravotnická dokumentace je forma dokumentace ve zdravotnictví vedená lékaři,

vlastnické právo na ní nemá pacient ani lékař, ale zdravotnické zařízení, ve kterém byla dokumentace zřízena. Zdravotnická dokumentace slouží jako pracovní pomůcka ošetřujícího lékaře a sester, jiných zdravotnických pracovníků v rámci navázání zdravotní péče, včetně posudkových a forenzních zdravotnických pracovníků. Dále poskytuje objektivní informace o zdravotním stavu pacienta a o průběhu vyšetření nebo ošetření umožňující v případech stanovených zákonem informovat oprávněné subjekty podle zvláštních předpisů, například pro soudy, posudky, sociální dávky. Nesmíme zapomínat, že slouží i jako pomůcka k výuce studentů lékařství a ošetrovatelství (Vondráček et al. 2003 a 2008; Zákon č. 372/2011).

Součástí dokumentace musí být osobní údaje pacienta nutné pro identifikaci – jméno, příjmení, pohlaví, adresa trvalého pobytu. Dále zjištěnou vstupní anamnézu, záznamy o aktuálním zdravotním stavu a onemocnění pacienta, diagnózu, rozsah poskytnutých služeb, to znamená veškerá laboratorní a zobrazovací vyšetření (rentgenová, ultrazvuková, počítačová tomografie, magnetická rezonance), zvuková i jiná vyšetření například elektrokardiografie srdce. Mezi součástí zdravotnické dokumentace patří i plán péče, ordinované léky, všechny skutečnosti související se zdravotním stavem pacienta, operační protokoly, anesteziologické záznamy, závěrečné a propouštěcí zprávy, překladové zprávy, rovněž i záznam o uložených cennostech a převzetí svršků. Součástí musí být i další složky dokumentace zahrnující informovaný souhlas pacienta s navrhovanou péčí, poučení pacienta, pozitivní i negativní reverzy, souhlasy s nahlížením do dokumentace i souhlas s podáváním informací pacientem stanoveným rodinným příslušníkům. V neposlední řadě je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace i dokumentace **ošetřovatelská** (Vondráček et al. 2003 a 2008; Zákon č. 372/2011).

1.3.2 Ošetřovatelská dokumentace

„ Ošetřovatelská dokumentace je souhrn všech písemných, grafických a jiných záznamů sestry nebo porodní asistentky, které souvisí s poskytováním ošetřovatelské péče a péče porodní asistence (Kilíková, 2009, str. 233)“.

V kapitole o zdravotnické dokumentaci je zmíněno, že ošetrovatelská dokumentace je nepostradatelnou a samozřejmou součástí zdravotnické dokumentace. Ošetrovatelská dokumentace je vedena všeobecnými sestrami písemně, graficky nebo jako audiovizuální záznam. Zřizuje se u všech pacientů bez výjimky a měla by být zavedena co nejdříve. Jedná se o kompletní, systematické uchovávání a zaznamenávání informací o poskytované ošetrovatelské péči, kdy sestry zaznamenávají jednotlivé činnosti u pacienta (Vondráček et al. 2003 a 2008; Vyhláška č. 98/2012).

Ošetrovatelská dokumentace vychází z ošetrovatelského procesu. Dokumentační systém se skládá z následujících složek, ošetrovatelská anamnéza a zhodnocení zdravotního stavu pacienta včetně fyzikálních vyšetření sestrou, plán ošetrovatelské péče, realizace ošetrovatelského plánu, hlášení a hodnocení plánu, sesterská překládová a propouštěcí zpráva. (Müllerová, 2003).

Ošetrovatelská anamnéza je součástí první fáze ošetrovatelského procesu, kde jsou zaznamenány důležité informace o aktuálním stavu pacienta. Sestra provádí sběr informací všemi možnými dostupnými metodami, například pozorováním, rozhovorem, fyzikálním vyšetřením, pomocí ošetrovatelských testů. Sestra získává informace z bio – psycho – sociální - spirituální oblasti, údaje pečlivě zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace (Tóthová, 2009).

V plánu ošetrovatelské péče musí být popsán ošetrovatelský problém pacienta, stanovení ošetrovatelských diagnóz, ošetrovatelských cílů, stanovení ošetrovatelských intervencí, jednotlivá ošetření, včetně denních záznamů o změnách, hodnocení změn, postupy seznámení pacienta s edukačními plány. Plán ošetrovatelské péče musí být písemný, aby usnadnil komunikaci s dalšími členy ošetrovatelského týmu. Ošetrovatelský plán se sepisuje do formuláře předepsaného dle zvyklostí jednotlivých zdravotnických zařízení, nebo podle akreditačních předpisů. Při plánování péče sestra stanovuje priority. Nejdříve začíná problémy vysoké priority, ohrožující pacienta na životě, pokračuje problémy střední priority ohrožující zdraví pacienta a v poslední řadě priority nízké. Problém pacienta znázorňuje ošetrovatelská diagnóza, definovaná jako reakce pacienta na chorobný proces. Podle priority rozlišujeme diagnózy aktuální nebo potencionální (Tóthová, 2009; Müllerová, 2003).

Fáze realizace znamená uskutečňování ošetrovatelských činností, strategií dle stanoveného ošetrovatelského plánu. Ve čtvrté fázi ošetrovatelského procesu se propojují všechny jeho fáze v jeden celek. Sestra aplikuje stanovené intervence, znovu posuzuje pacienta, aktualizuje plán péče, kontroluje, připravuje podmínky a prostředí, zajišťuje pomůcky k realizaci plánu, připravuje pacienta i jeho rodinu, zajišťuje dle potřeby i další ošetrující personál k asistenci, provádí prevenci komplikací. Během realizace ošetrovatelských strategií se snaží maximálně získat pacienta ke spolupráci, zhodnocuje, jakou pomoc pacient potřebuje od ošetrovatelského personálu. Na realizaci ošetrovatelského plánu se podílí všichni členové ošetrovatelského týmu, zároveň se zapojuje pacient a jeho rodina. Všechny provedené ošetrovatelské činnosti, reakce pacienta, opětovné zásahy sestra okamžitě musí zaznamenat do dokumentace. Z přesně vedené dokumentace ostatní členové týmu vidí, který zásah byl již proveden, zjistí i aktuální stav pacienta a jeho reakce (Tóthová, 2009).

Ve fázi hlášení a hodnocení plánu zaznamenává sestra do hlášení sester důležité, aktuální informace o změnách zdravotního stavu pacienta, vyhodnocuje účinnost ošetrovatelského plánu a poskytnuté péče, zda byly dosaženy očekávané výsledky, zdali péče vedla ke zlepšení stavu pacienta, případně reakce pacienta na výkony a ošetrovatelské intervence. Sestra je povinna zdokumentovat údaje objektivně, přesně a jasně, stručně a srozumitelně. Zaznamenává vše, co viděla, slyšela a vykonala. Zápisy v dokumentaci musí být jasné, stručné a srozumitelné, musí obsahovat datum a podpis sestry. V případě nedosažení očekávaných výsledků ošetrovatelský plán sestra přehodnocuje. Nové cíle opět zaznamenává do dokumentace (Müllerová, 2003).

Překladové/ propouštěcí ošetrovatelské zprávy zajišťují kontinuitu péče. Sestra je zpracovává vždy při překladu na jinou stanici, jiného zdravotnického zařízení, či do domácí zdravotnické péče (Müllerová, 2003).

Ošetrovatelská dokumentace musí být aktuální, úplná, přesná, smysluplná, pravdivá, sloužící jako kvalitní informační zdroj dostupný pro všechny členy ošetrovatelského týmu, vyhovovat potřebám konkrétního zdravotnického zařízení. Sestra zapisuje do ošetrovatelské dokumentace veškeré provedené činnosti u pacienta, zhodnocené reakce, dosažené cíle. Správně vedená dokumentace zabraňuje opětovným

a zbytečným záznamům, údaje o pacientech jsou přehledné, odráží správnou realizaci ošetrovatelského procesu (Vondráček et al. 2003 a 2008, Vyhláška č. 98/2012).

Dle Tóthové slouží ošetrovatelská dokumentace k hodnocení kvality péče, zároveň udává, že v případě soudních sporů mohou přesné záznamy hájit sestru i celé zdravotnické zařízení (Tóthová, 2009).

1.3.2.1 Význam ošetrovatelské dokumentace

Účelem ošetrovatelské dokumentace rozhodně není, aby byl prodloužen čas, který sestra věnuje administrativní práci. Účelem je, aby ošetrovatelská dokumentace sestře maximálně usnadňovala práci a mohla se zaměřit na problémy pacienta, které může jasně a rychle řešit. Ošetrovatelská dokumentace má zejména profesionální význam, administrativní a klinický. Administrativní význam zaměřuje pohled sestry na pacienta, na sestavení ošetrovatelského plánu a vedení ošetrovatelského plánu. Význam klinický znamená přehled o aktuálním zdravotním stavu pacienta a jeho vývoji. Ošetrovatelská dokumentace musí být jednoduchá, přesná, konkrétní, logicky navazující, vyhovující potřebám daného zdravotnického zařízení. Ošetrovatelská dokumentace pomáhá chránit nejen pacienty, ale i samotné sestry tím, že zajistí nastavený standard ošetrovatelské péče, kontinuitu péče, zlepši komunikaci mezi jednotlivými členy ošetrovatelského týmu. Zajišťuje přesný popis plánu poskytované péče a včasnou reakci sestry na problémy pacienta. V rámci komunikace mezi jednotlivými členy týmu se stává ošetrovatelská dokumentace neocenitelným pomocníkem, mění se v produkt dobré týmové práce a nástrojem ke zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče. Význam dokumentace se odrazí zejména v profesní úrovni sestry, jelikož profesionální vedení ošetrovatelské dokumentace se rovná známce kvalifikovaného zdravotníka. Ošetrovatelská dokumentace pomáhá udržet stanovenou kvalitu v péči o pacienty. Správné, efektivní vedení ošetrovatelské dokumentace je vizitkou kvalifikované sestry. Nedbalost a neúplnost v ošetrovatelské dokumentaci může poukazovat na vnitřní problémy v praxi daného zdravotnického zařízení. Nejlepší dokumentace vzniká v praxi na základě diskuzí, zkušeností členů ošetrovatelského týmu, upravuje se podle potřeb pacientů. Velmi účelné je při sběru dat o nemocném

využívat systematických ošetrovatelských modelů, které sestře napomáhají získat ucelené informace o nemocném (Policar, 2010; Bezděková a Marx, 2010).

1.3.2.2 Zásady vedení ošetrovatelské dokumentace

Základním předpokladem, aby dokumentace plnila svou funkci, je dodržování konkrétních zásad. Za jednu z prvních zásad pokládáme, že každý pacient bez rozdílu musí mít založenou dokumentaci, kdy každý list dokumentace musí být označen hlavičkou zdravotnického zařízení a oddělení, jménem a příjmením pacienta, jeho rodným číslem. Všechna dokumentace, zdravotnická i ošetrovatelská tvoří jeden celek, je uložena na vyhrazeném místě. Mezi hlavní zásady vedení dokumentace patří, aby odpovídala zákonným předpisům. Mezi ostatní zásady řadíme průkaznost, pravdivost, čitelnost. Může být vedena ve formě listinné, i elektronické na různých záznamových nosičích v textu, graficky i audiovizuálně. Hlavními zásadami vedení dokumentace se zabývá mnoho autorů, Policar, Vondráček, Tóthová či Česká asociace sester. Mezi hlavní zásady řadíme řádné označení dokumentace datem, časem, razítkem pracovníka nebo jmenovkou s podpisem zdravotníka, který zápis provedl. Dokumentace musí být vždy řádně označená, pravdivá, čitelná, psaná v českém jazyce, bez zbytečných zkratk, správně doplňovaná, jednoduchá, věcná, stručná, vždy dostupná. Sestra by neměla používat slangové výrazy, vulgarizmy, nevhodné je používání subjektivních pocitů. Důležité je používat správnou medicínskou terminologii, do dokumentace vpisovat pouze nesmazatelným psacím prostředkem, nepoužívat obyčejnou tužku ani inkoustové pero, barevně zvýrazňovat pouze důležité údaje, například aplikaci opiátů. Vyžaduje – li záznam opravu, provádí se přeškrtnutím a následnou opravou, přepisování a přelepování je zakázáno (Vondráček, 2008; Müllerová, 2003).

Sestry musejí záznamy o nemocném provádět okamžitě po provedení činnosti. Sestra dodržuje pravidla ve vedení dokumentace stanovené konkrétním zdravotnickým zařízením. Údaje musí zapisovat podle pořadí – co, kde, kdy, jak bylo provedeno, objektivně zapisuje, co viděla, slyšela a dělala v souvislosti s ošetrovatelskou péčí o pacienta. Aktuální změny ve zdravotním stavu pacienta a změny chování mají vždy přednost, formulace záznamu musí být jasná a krátká. V případě opomenutí zapsání

informace o pacientovi, musí být v co nejkratší době zajištěna náprava (Bezděková a Marx, 2010; Müllerová, 2003).

Pravdivost záznamů by mělo být samozřejmostí. Záznamy musí vždy odpovídat skutečností, jelikož nepravdivost jednoho záznamu v dokumentaci znehodnocuje celou zdravotnickou i ošetrovatelskou dokumentaci. Nejčastěji jsou zaznamenány chyby v ordinacích léků, anamnestických údajích, nebo při měření fyziologických funkcí. Dalším porušením zásad vytykánych zejména soudními znalci, kontrolními úřady je nečitelnost údajů, které mohou závažně poškodit pacienta. Velmi důležitou zásadou musí být pro vedení v dokumentaci i správná čeština v záznamech, zrovna tak i estetická stránka, věcnost a autorizace záznamů. Věcnost záznamu znamená, že při zjištěných odchylkách sestra komplexně popíše problém, včetně údajů o velikosti, jelikož takový záznam má významnou váhu pro další poskytování a kontinuitu ošetrovatelské péče. Tato skutečnost zároveň poukazuje na odborné kvality zaznamenávajícího zdravotnického pracovníka. Autorizací záznamu rozumíme, že každý záznam musí být autorizován, to znamená, že musí obsahovat již zmiňovaný podpis, razítko či jmenovku. Pouhá parafa podpisu bez čitelného jména není akceptována. V neposlední řadě je nutné pozastavit se u zásad v rámci doplňování údajů do dokumentace. Nově zjištěné údaje musejí být okamžitě doplňovány, zejména aktualizace při náhlém zhoršení zdravotního stavu pacienta, či při poskytování urgentní péče (Vondráček et al. 2003 a 2008, Věštník ministerstva zdravotnictví, 2004).

„Je nepřístupné doplňovat údaje v dokumentaci, až když je řešena stížnost nebo s odstupem několika dnů“ (Vondráček et al., 2008, str. 17).

1.3.2.3 Povinná mlčenlivost

Není možné vést dokumentaci bez zmínění o povinné mlčenlivosti. Základní povinností lékařského i nelékařského pracovníka je povinná mlčenlivost. V Listině práv a svobod se pojednává, že musí být zaručena nedotknutelnost osoby. Stejnou problematikou se zabývá i Úmluva o lidských právech a biomedicíně, kdy je přiznáno každému jedinci právo na soukromí (Listina základních práv a svobod, 1993; Úmluva o lidských právech a biomedicíně, 2001).

Norma, která přikazuje povinnou mlčenlivost je uvedena v zákoně číslo 372/2011 Sb. paragraf 51. Zde se říká: „ Každý zdravotnický pracovník je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděl při výkonu zaměstnání“ (Zákon č. 372/ 2001, § 51).

Nástrojem ochrany informací shromažďovaných ve zdravotnické dokumentaci a ve zdravotnictví celkově, je Institut povinné mlčenlivosti. Pod ochranu soukromí patří všechny informace, které pacient sdělí a jsou zapsány do zdravotnické i ošetrovatelské dokumentace. Zdravotník je povinen sdělené informace chránit před zpřístupněním neoprávněné osobě (Polícar, 2010).

Existují výjimky, kdy zdravotník chránící soukromé údaje pacienta může umožnit vstup do zdravotnické dokumentace. V první řadě se povinná mlčenlivost nedodrhuje v rámci multidisciplinárního týmu, tvořený dalšími lékařskými i nelékařskými zdravotníky, k zajištění kontinuity péče. Přístup k informacím o pacientovi platí i v případě změny ošetroujícího, nebo praktického lékaře, kdy stávající lékař je povinen předat všechny potřebné informace novému lékaři. V žádném případě se důvěrné informace nesmí dostat za hranici těch, co poskytují zdravotnickou a ošetrovatelskou péči. Případ kdy zdravotník není povinen dodržovat povinnou mlčenlivost a může sdělit chráněné informace, jsou při soudních řízeních, například při obhajobě a obraně proti trestnímu stíhání (Polícar, 2010).

S povinnou mlčenlivostí souvisí i zákon číslo 101/ 2000 Sb., o ochraně osobních údajů. V paragrafu 5 zmíněného zákona se nařizuje a stanovuje všem zdravotnickým zařízením a jejich zdravotnickému personálu nakládajícími s osobními údaji pacientů, zpracovávat údaje v souladu s tímto zákonem. To znamená, že musí dbát na zachování lidské důstojnosti a chránit před neoprávněným zasahováním do soukromí. Zákon číslo 101/2000 Sb. upravuje práva a povinnosti při zpracovávání osobních údajů. Paragraf 2 se zmiňuje o Úřadu pro ochranu osobních údajů kompetentního k jednání v souladu se zákonem číslo 101/ 2000 Sb., zajištění dozoru pro oblast ochrany osobních údajů. Osobním údajem rozumíme každou informaci poskytnutou pacientem, kdy na základě těchto informací může být identifikován. Právy a povinnostmi při zpracovávání chráněných údajů se zabývají paragrafy 6 až 8 (Zákon č. 101/ 2000).

„Při zpracování osobních údajů správce a zpracovatel dbá, aby subjekt údajů neutrpěl újmu na svých právech, zejména na právu na zachování lidské důstojnosti, a také dbá na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života subjektu údajů (Zákon č. 101/2000, § 10)

1.3.2.4 Nahlížení do dokumentace

Úmluva o lidských právech a biomedicíně říká: „ Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu (Úmluva o lidských právech a biomedicíně, 2001, článek 10) “. V České republice tuto záležitost upravuje zákon číslo 372/2011 Sb., O zdravotních službách. Upravuje, že pacient má právo na poskytnutí všech informací vedených ve zdravotnické dokumentaci týkající se jeho zdravotního stavu, má právo na pořízení výpisů, opisů a kopií z dokumentace. Nahlížení do dokumentace se realizuje v přítomnosti zdravotnického personálu. Výjimku v rámci nahlížení do zdravotnické dokumentace, tvoří pacienti podstupující psychologickou, psychoterapeutickou léčbu. Tito pacienti mají právo na informace s popisem příznaků onemocnění, diagnózu, popisem výsledků. Nezletilé děti, osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům nemají právo k nahlížení do dokumentace, oprávnění mají jejich zákonní zástupci – rodiče nebo soudem stanovený opatrovník. K získání informací o nemocném a právo nahlížet do dokumentace mohou být určeny i osoby samotným pacientem, například manžel, manželka, druh, družka, rodiče, sourozenec a podobně. Tuto možnost a sled pořadí upravuje zákon číslo 372/ 2011 Sb., O zdravotních službách. Určení konkrétní osoby se zaznamenává do dokumentace konkrétního pacienta (Zákon č. 372/ 2011; Zákon č. 101/ 2000).

Oprávnění k nahlížení do dokumentace mají rovněž členové multidisciplinárního týmu v rámci navázání kontinuity péče, správní orgány pověřené k posudkové činnosti, kontrolní činnosti, osoby pověřené zdravotními pojišťovnami, sociální pracovníci a tak dále. Sestra, při pochybnosti o věrohodnosti žadatele o nahlédnutí do zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace, je oprávněna požadovat legitimaci dokazující pověření žadatele (Vondráček et al., 2008; Polícar 2010).

Zákon číslo 89/2012 Sb., O ochraně osobnosti, upravující práva a povinnosti osob a soukromého práva je vykládaný v souladu s Listinou základních práv a svobod. Soukromé právo chrání osoby, jejich svobodu a důstojnost. Každý má právo na ochranu svého života a zdraví, důstojnost, soukromí, aby nedocházelo ke zneužití osobních údajů (Zákon č. 89/2012; Listina základních práv a svobod, 1993).

Zdravotníci v rámci poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče stále stojí na pomezí zákona. Pacient, rodina nebo i jiný zdravotnický pracovník může obvinít z pochybení kohokoli ze zdravotnického týmu, proto je nezbytné zde zmínit i zákon číslo 40/2009 Sb., Trestní zákon. V trestním zákoně jsou základní trestné odpovědnosti věnovány paragrafy 12 až 19. Vymezuje trestné činy a trestní sankce, trestné činy z nedbalosti, omyly skutkové a právní. Za velmi důležité jsou pokládány paragrafy číslo 145 až 148 a 150, týkající se ublížení na zdraví a neposkytnutí pomoci (Zákon č. 40/2009).

S vedením dokumentace ve zdravotnictví úzce souvisí paragraf číslo 180, o neoprávněném nakládání s osobními údaji a paragraf 183, o porušení tajemství listin a jejich dokumentů uchovávaných v soukromí. Porušením těchto zákonů může být zdravotník pokutován peněžitým trestem, odsouzen k zákazu činnosti, dle závažnosti i k odnětí svobody dle trestního zákona. Proto je nezbytné každou změnu pečlivě zaznamenávat (Zákon č. 40/2009).

V této kapitole zmíníme i zákon 200/1990 Sb., zákon České národní rady O přestupcích, vedoucí občany k dodržování zákonů a všech právních předpisů. Zákon definuje pojem přestupku a zavinění. Paragraf 29, odstavec 1d) definuje přestupky na úseku zdravotnictví ve vztahu k dokumentaci, kdy přestupku se dopustí ten, jenž zneužije lékařskou dokumentaci. Přestupky mohou být sankciovány napomenutím, peněžní pokutou, nebo zákazem činnosti. Sankce mohou být dle závažnosti přestupku kombinovány (Zákon č. 200/1990).

1.3.2.5 Uchovávání, archivace, skartace dokumentace

Ve zdravotnické dokumentaci se zaznamenávají velmi citlivé a důležité informace. Doba, po kterou zdravotnické zařízení uchovává dokumentaci, se upravuje tak, aby s ní bylo možné nadále pracovat, povinnost ukládat dokumentaci věčně nemají. Dokumentace, která již není potřebná nadále uchovávat, podléhá vyřazovacímu řízení. Vyřazovacím řízením se rozumí plánovaný výběr nepotřebné dokumentace, u které uplynula povinná doba uchovávání. Doba uchovávání dokumentace je definována ve vyhlášce číslo 98/2012, O zdravotnické dokumentaci v příloze číslo 3. Vyřazovaná dokumentace se označuje vyřazovacími znaky: S (určená ke zničení) a V (zatím se její zničení odkládá). Ve skupině „V“ mohou být zařazeny například záznamy o podání transfuzního přípravku, o dispenzární péči, o pracovně lékařské službě, pitevní protokoly. Skupina „V“ podléhá dalšímu vyřazovacímu řízení podle stanovené hodnoty dokumentace. Do skupiny „S“ patří dokumentace z ambulantní a lůžkové péče, dokumentace zdravotnické záchranné služby, zobrazovací metody, žádanky, výsledky vyšetření a podobně. Skupina „S“ pokračuje ke skartačnímu řízení a musí být zničena (Vyhláška č. 98/2012; Zákon č. 499/2004).

Stejně jako jiné typy dokumentace i dokumentace ve zdravotnictví podléhá skartačnímu řízení. Skartačním řízením rozumíme činnost, kdy se oddělují cenné dokumenty od bezcenných, určených k trvalému zničení. Skartační řízení se řídí zákonem číslo 499/ 2004 Sb., O archivnictví a spisové službě, upravující výběr a evidenci, ochranu archiválií, zpracovávání údajů, práva a povinnosti vlastníků archivů. Zahrnuje podmínky k uchovávání dokumentů ve formě písemné i elektronické zaznamenané obrazem, zvukově, analogově i digitálně. Stanovuje spisový řád, skartační řád, označování dokumentů skartačními znaky a skartační řízení. V paragrafu 66, odstavce číslo 2 se vysvětluje, že: „Spisový a skartační plán obsahuje seznam typů dokumentů rozříděných do věcných skupin s vyznačenými spisovými znaky, skartačními znaky a skartačními lhůtami. Určení původci zasílají spisový a skartační plán příslušnému archivu bezodkladně po jeho vydání nebo změně. Příslušný archiv spisový a skartační plán uloží“ (Zákon č. 499/ 2004, § 66, odstavec č. 2). Při skartačním

řízení musí být dodrženy skartační lhůty, všechna zdravotnická zařízení musejí postupovat v souladu se zákonem (Polícar 2010; Zákon č. 499/ 2004).

1.4 Kvalita ošetrovatelské péče

Hlavní prioritou v léčebné a ošetrovatelské péči je kvalita poskytované péče. Kvalitu v ošetrovatelské péči chápeme jako kompletní službu promítanou do ošetrovatelského procesu, souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice či léčbě, nebo jako měřítko schody mezi vytýčenými cíli a poskytovanou péčí. Podle Madara je kvalita poskytovaných ošetrovatelských služeb velice citlivým tématem. Zajímá se o ni nejenom odborná, ale i laická veřejnost (Madar, 2004).

Světovou zdravotnickou organizací je kvalita poskytované ošetrovatelské péče definována jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologií. Každý poskytovatel lékařské a ošetrovatelské péče monitoruje a vyhodnocuje poskytovanou péči v rámci programu kontinuálního zvyšování kvality, jelikož jim zajišťuje dobrou pověst, motivuje je k uspokojování potřeb a požadavků standardů, zabezpečuje lepší pozici mezi konkurenty (Gladkij, 2003).

Pro program kontinuálního zvyšování kvality jsou stěžejní čtyři zdroje dat, jejichž pomocí vyhodnocujeme ošetrovatelskou a lékařskou péči – informace od pacientů, informace od odborníků, indikátory kvality a audit (kontroly) dokumentace. Nemocnice zajišťují kvalitu poskytované péče právě měřením kvality péče prostřednictvím spokojenosti pacientů, sledováním nežádoucích událostí a zavedením preventivních opatření nežádoucích událostí, zavedením ošetrovatelských standardů, získáním certifikátů spokojenosti, či získáním akreditace Spojené akreditační komise - SAK (Plevová, 2012; Bártlová a Somrová, 2012).

Indikátor kvality znázorňuje kvantitativní, objektivní údaj o kvalitě, kritérium, směrnici, požadavky porovnávané s určitým standardem. V ošetrovatelské a léčebné péči jsou nejčastěji sledovány indikátory kvality například nozokomiální nákazy, prevalence dekubitů, spokojenost pacientů, spokojenost zaměstnanců, medikační pochybení, pády a zranění. V neposlední řadě řadíme k indikátorům sledování kvality i

vedení ošetrovatelské dokumentace. Indikátory kvality jsou pravidelně sledovány, probíhá sběr a analýza objektivních dat o indikátorech kvality. Zjištěné informace jsou následně využívány pro zlepšování kvality poskytované ošetrovatelské péče (Gladkij, 2003).

Kvalita vedení ošetrovatelské dokumentace odráží úroveň profesionální péče, zároveň je produktem dobré týmové práce. V činnosti hrají důležitou roli kromě indikátorů kvality i standardizace, standardy ošetrovatelské péče, kontrola vedení a akreditace (Kilíková a Jakušová, 2008).

1.4.1 Standardizace, standardy ošetrovatelské péče

Všechny ekonomicky vyspělé země vytvářejí své vlastní modely a systémy, které se zabývají rozvojem a standardizací kvality. Standardizaci definuje Kilíková a Jakušová jako proces vytváření standardu struktury, procesu a výsledku (Kilíková a Jakušová, 2008).

Ošetrovatelský standard je určitá, dohodnutá profesní úroveň, norma, pravidlo, ale také vymezená minimální úroveň poskytované péče. Standardy ošetrovatelské péče jsou vytvářeny podle doporučení mezinárodních organizací Evropské unie, Světové zdravotnické organizace a Mezinárodní rady sester. Rozlišujeme standardy ošetrovatelské péče centrální a lokální. Centrální standardy, vydávané zpravidla Ministerstvem zdravotnictví, vytváří zákonné a podzákonné normy nebo určitý rámec standardů zahrnující cíle oboru, strukturální a procesuální kritéria pro realizaci standardu. Standardy lokální musejí být v souladu s centrálními standardy, vytvářejí je konkrétní poskytovatelé zdravotní péče, oddělení zdravotnického zařízení (Grohar-Murray et al., 2003; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013).

Standardy ošetrovatelské péče rozlišujeme i podle zaměření. Standardy se zaměřují na strukturu, proces a výsledek. Ošetrovatelský standard zaměřený na strukturu – manažerský standard, označován také jako směrnice, stanovuje metody a nástroje k vedení lidí, vybavení zdravotnického pracoviště a úpravu prostředí, nástroje informačních systémů nebo nástroje k integraci a komunikaci. Zaměřuje se na kvalifikaci jednotlivých profesí, odbornou i speciální. Zabývá se kontinuální úrovní

vzdělávání, definováním kompetencí. Standard zaměřený na strukturu vychází z legislativních norem (Plevová, 2012).

Na proces zaměřené standardy - řídicí, zahrnují závazné postupy pro výkony, řízení lidí a vedení dokumentace. Jejich obsah je strukturovaný, zaměřený na popis ošetřovatelských činností a výkonů. Cílem řídicích standardů je zajištění jednotné péče a bezpečných postupů pro pacienty i zdravotnický personál (Plevová, 2012).

Poslední skupinou standardů jsou standardy zaměřené na výsledek, neboli standardy monitorovací. Monitorovací standardy stanovují metody a nástroje k monitorování, analýzu, měření a hodnocení výsledků. Hodnotí se například kvalifikace ošetřovatelského personálu, spokojenost pacientů a personálu, pády, výskyt dekubitů a podobně (Plevová, 2012; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013).

1.4.1.1 Standard vedení ošetřovatelské dokumentace

Kvalita ošetřovatelské dokumentace podporuje efektivní komunikaci mezi zdravotnickým personálem, zajišťuje kontinuitu a individualitu ošetřovatelské péče. Potřeba zajištění kvality péče a řízení činnosti sester při vedení ošetřovatelské dokumentace vedla profesní organizace i náměstkyně pro ošetřovatelskou péči k zhotovení návrhu standardů vedení ošetřovatelské dokumentace. Návrh standardu Vedení ošetřovatelské dokumentace zveřejnila ve své knize i Tóthová, samotný standard dohledáme i na portálu kvality Ministerstva zdravotnictví. (Tóthová, 2009; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013)(Příloha 1).

Standard vedení ošetřovatelské dokumentace zahrnuje definici ošetřovatelské dokumentace, stanovuje minimální normu realizace standardu pro zdravotnická zařízení, vycházející z legislativy České republiky. Dále zahrnuje cíle standardu zaměřené na zabezpečení chronologického přehledu a kontinuity péče, zajištění pečlivého zdokumentování vývoje péče a zdravotního stavu pacienta, zajištění řádného vedení, uchování a předávání údajů o pacientovi. Zahrnuje i cíl, kdy standard může sloužit i jako základ k podrobnějšímu a komplexnějšímu rozpracování standardu vedení ošetřovatelské dokumentace dle potřeb konkrétního zdravotnického zařízení. Dále se ve standardu dozvíme komu je určen. Cílovou skupinou jsou všichni poskytovatelé

ošetřovatelské péče, lůžková zařízení, agentury domácí péče, zařízení hospicové péče, stacionáře zdravotní péče, ošetřovatelské domy, domovy důchodců, odborné ordinace i ordinace praktických lékařů a jiné. Standard zavazuje k dodržování všechny všeobecné sestry kvalifikované podle zákona číslo 96/2004 Sb., všeobecné sestry specialistiky, porodní asistentky kvalifikované podle zákona číslo 96/2004 Sb. a porodní asistentky specialistiky. Za realizaci ošetřovatelského standardu vedení ošetřovatelské dokumentace pak vždy zodpovídá vedoucí pracovník úseku ošetřovatelské péče (Zákon č. 96/2004; Tóthová, 2009).

Kritéria ošetřovatelského standardu vedení ošetřovatelské dokumentace jsou členěna dle struktury, procesu a výsledku. Kritéria struktury se zaměřují na pracovníky, prostředí a samotnou dokumentaci. Kritéria procesu obsahují činnosti sestry, které musí splnit v rámci správného a důsledného vedení ošetřovatelské dokumentace a zachování postupů v ošetřovatelském procesu. Například sestra vyplní jednotlivé části ošetřovatelské dokumentace – anamnézu a fyzikální vyšetření, ošetřovatelský plán, realizaci ošetřovatelského plánu, hodnocení plánu a hlášení, překladové a propouštěcí zprávy, speciální formuláře. Součástí kritérií procesu musí být i intervence zajišťující bezpečné uložení dokumentace a ochranu před únikem osobních dat (Tóthová, 2009; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013).

Mezi kritéria výsledku standardu vedení ošetřovatelské dokumentace řadíme metody a nástroje k vytvoření podkladů pro sledování a vyhodnocování kvality ošetřovatelské péče, zajištění přehledu obsahu, rozsahu, komplexnosti a úplnosti poskytované péče, podkladů pro hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí a v neposlední řadě podkladů pro forenzní účely (Tóthová, 2009; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013).

Poslední součástí ošetřovatelského standardu vedení ošetřovatelské dokumentace je tabulka zahrnující kontrolní kritéria k ošetřovatelskému auditu ošetřovatelské dokumentace (Příloha 1) (Tóthová, 2009; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013).

1.4.2 Ošetřovatelský audit

Auditní šetření je nástrojem zvyšování kvality a dodržování bezpečných služeb. Zároveň metodou prosazování a udržení změn, zdrojem zpětné vazby. Audit je plánovaná a dokumentovaná činnost prováděná pracovníky s jistou odbornou úrovní. Ošetřovatelský audit vyhodnocuje ošetřovatelskou praxi s cílem zlepšení kvality ošetřovatelské péče, vyhledání slabých míst v ošetřovatelském procesu a zajištění rychlé nápravy (Plevová, 2012).

Audit je možné rozdělit do několika fází. Do první fáze řadíme stanovení cílů kontroly, aby bylo jasné, co bude kontrolováno. Další fází je určení auditního týmu náměstkyní pro ošetřovatelskou péči. Auditní tým stanovuje kritéria, měřítko, standardy a indikátory, stanovuje kontrolní body, podle kterých se měří vykonaná a plánovaná práce. Ve třetí fázi zjišťujeme podklady pro identifikaci odchylek, využívají se metody kontrol. Mezi metody kontrol patří pozorování, sběr statistických údajů, dotazování, měření účinnosti péče, kontrola a ověřování dodržování standardů, směrnic, hodnocení. Ve čtvrté a páté fázi jsou voleny metody nápravného opatření ke korekci chyb a odchylek a realizace závěrů, včetně plánování nové kontroly (Plevová, 2012).

Výsledky auditů jsou managementem nemocnic řešeny na schůzkách vrchních sester, poradách a schůzkách kvality. Cílem je, aby každá kontrola byla hospodárná, dostatečně kvalitní a efektivní (Plevová, 2012).

1.4.3 Kontrola ošetřovatelské dokumentace

Kontrola, audit dokumentace je součástí managementu v ošetřovatelství. Jeho cílem je zvyšování kvality poskytované ošetřovatelské péče. Za kontrolu dokumentace je podle zákoníku práce zodpovědný vedoucí pracovník konkrétního zdravotnického zařízení, jelikož není stanovena předloha jak dokumentace má vypadat. Každé zdravotnické zařízení si ji vypracovává samo, dle konkrétních potřeb zdravotnického zařízení. Kontrolu dokumentace rovněž provádí hlavní sestry nemocnic, oprávnění náleží i primáři oddělení (Vondráček et al., 2008; Policar, 2010).

Staniční i vrchní sestry mají kontrolní činnost dokumentace zahrnutu v náplni práce. Staniční a vrchní sestry jsou povinny organizovat, řídit, kontrolovat a posuzovat

práci svých podřízených. Mají oprávnění kontrolovat formu i obsahovou stránku dokumentace, při čemž za záznam v dokumentaci je vždy plně zodpovědná sestra, která zápis provedla. Cílem je nehledat chyby, ale posuzovat úroveň vedení dokumentace, dodržování základních zásad, identifikace oblastí, kde by mělo dojít ke zlepšení, odstranění zjištěných závad, zabránit opakujícím se chybám, popř. i doporučit sankce. Vedoucí pracovník provádějící kontrolu musí vždy provést písemný zápis o provedené kontrole do zápisového listu. Zápisový list musí obsahovat den a čas kontroly, konkrétní oddělení, čitelně jméno a příjmení kontrolní osoby. Do kontrolní zprávy kontrolní pracovník uvede zjištěné závady, zápisový list ukončuje podpisem všech kontrolujících osob, například hlavní sestry a vrchní sestry. Vrchní sestra, případně staniční sestra zápis o provedené kontrole ukládá do své dokumentace o oddělení nebo stanici (Vondráček et al., 2003 a 2008).

Kontrola dokumentace se týká stránky formální, to znamená čitelnosti, úpravy, identifikace záznamu, autorizace záznamu, provádění oprav, věcnosti záznamu. Při provádění kontrol ošetrovatelské dokumentace je nutné vždy kontrolovat shodu v dokumentaci ošetrovatelské se záznamy v dokumentaci lékařské. Ojedinelé pochybení při zápisu v dokumentaci řeší staniční sestra osobním pohovorem se sestrou, která chybný zápis provedla. Je-li chybný zápis ojedinělý, není nutný návrh na sankci. Opakují-li se chybné zápisy u sestry i přes náležité upozornění, stává se tato skutečnost kompetencí vrchní sestry. Vrchní sestra po rozhovoru se sestrou, kdy poukazuje na neuspokojivé pracovní výsledky, může situaci řešit v souladu se zákoníkem práce. Chybný či nevhodně formulovaný zápis může být i důvodem pro volání sestry k odpovědnosti trestně právní i občansko-právní. (Vondráček et al, 2003 a 2008; Policar 2010).

1.4.4 Akreditace

Jednou z možností zajištění bezpečí pacientů a kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení je akreditace. Akreditací rozumíme dobrovolný proces, kdy externí organizace hodnotí dané zdravotnické zařízení. Podáním požadavku k zahájení akreditačního řízení se hodnocené zdravotnické zařízení zavazuje ke zvyšování kvality poskytované péče, k zajištění bezpečí, eliminaci rizik pro pacienty a zaměstnance. Na základě úspěšného akreditačního řízení hodnocené zdravotnické zařízení získává akreditační certifikát dokládající důvěryhodnost a způsobilost. Cílem akreditačního řízení je vytvoření podmínek pro kontinuální zvyšování kvality, snížení ekonomických nákladů vynaložené na zdravotní péči, posílení důvěryhodnosti společnosti a zvýšení efektivity poskytované péče. (Plevová, 2012)

Kvalitu a úroveň zdravotnických zařízení na mezinárodní úrovni sleduje již od roku 1959 Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), založena ve Spojených státech amerických. Nástrojem akreditačního řízení jsou mezinárodní standardy pro akreditaci nemocnic, které JCAHO vydala v roce 1999, jejichž splnění je podmínkou k získání akreditačního certifikátu. Akreditační standardy jsou členěny do dvou skupin, první skupina se týká potřeb pacientů, druhá skupina se zaměřuje na funkce zdravotnického zařízení (Plevová, 2012; JCAHO, 2005).

Česká republika navázala na práci JCAHO v roce 1998, kdy vznikla pod záštitou Ministerstva zdravotnictví České republiky Spojená akreditační komise ČR, o.p.s. (SAK), zabývající se trvalým zvyšováním kvality a bezpečným poskytováním péče v České republice. Pracovní náplní SAKu je akreditace zdravotnických zařízení, poradenská činnost zdravotnickým zařízením připravující se na akreditaci a publikační činnost, vydávání akreditačních standardů, organizace celostátních vzdělávacích akcí, mezinárodní spolupráce v oblasti kvality péče, vzdělávání konzultantů a auditorů akreditačních komisí (Plevová, 2012; Marx a Vlček, 2014).

V rámci akreditačního řízení SAK posuzuje zdravotnické zařízení podle akreditačních standardů zřízených Ministerstvem České republiky a dalšími organizacemi poskytovatelů zdravotní péče. Akreditační standard chápeme jako

optimální dosažitelnou úroveň poskytované péče. O akreditaci může požádat jakékoli zdravotnické zařízení splňující podmínky akreditačního řízení. Během akreditačního řízení se hodnotí veškeré činnosti zdravotnického zařízení s přihlédnutím ke specifickým kulturním a legislativním faktorům, pomáhá identifikovat existující problémy, napravuje je, provádí vlastní kontrolu dodržování akreditačních standardů a plnění indikátorů kvality zdravotní péče. Akreditace je udělena splňuje - li hodnocené zdravotnické zařízení stanovené akreditační podmínky na přijatelné úrovni (Marx a Vlček, 2014; JCAHO 2005).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat postoj sester k vedení dokumentace na vybraných odděleních nemocnice

Cíl 2: Zmapovat jak vnímají sestry vedení dokumentace z časového hlediska, kolik času reálně stráví prací s dokumentací v rámci pracovní doby.

Cíl 3: Analyzovat ošetrovatelskou dokumentaci na vybraných odděleních nemocnice

2.1 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Cítí se sestry přetěžovány vedením ošetrovatelské dokumentace?

Výzkumná otázka 2: Kolik času musejí sestry věnovat práci s dokumentací během pracovní doby?

Výzkumná otázka 3: Je čas věnovaný práci s dokumentací efektivně využit?

Výzkumná otázka 4: Uvítaly by sestry změny v současné dokumentaci?

2 METODIKA VÝZKUMU

3.1 *Techniky sběru dat*

Výzkumné šetření diplomové práce „Administrativa a dokumentace ošetrovatelské péče v práci sestry“, probíhalo v období od ledna 2014 do června 2014, kdy bylo realizováno kvalitativní metodou. Byly použity tři techniky sběru dat. Před zahájením výzkumného šetření bylo získáno oficiální písemné povolení náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve zkoumané nemocnici. Následně byly seznámeny s výzkumným šetřením, otázkami do rozhovoru vrchní sestry vybraných oddělení nemocnice, kdy byl získán jejich slovní souhlas. Všichni respondenti byli seznámeni s plánem a postupem výzkumného šetření.

Výzkumné šetření bylo rozděleno do dvou fází. První fáze probíhala technikou sběru dat formou individuálních polostrukturovaných rozhovorů s respondenty přímo na stanicích kde pracují. Respondenti odpovídali na 18 otázek vztahující se ke stanoveným cílům a výzkumným otázkám. Rozhovory byly ihned zpracovány formou písemného zápisu do záznamových archů k rozhovorům (Příloha 2). Po rozhovorech probíhala podrobná analýza dokumentace. Při analýze dokumentace jsme se zaměřili na kompletní zdravotnickou dokumentaci vedenou lékaři, kompletní ošetrovatelskou dokumentaci vedenou sestrami - ošetrovatelskou anamnézu, realizaci a plán péče a všechny další zjištěné součásti dokumentace – informované souhlasy s poskytnutím péče, s hospitalizací, s výkony, dekursy, dekursy JIP, výsledkové karty, formuláře vyúčtování péče, formuláře vyúčtování zdravotnických prostředků, potvrzení o úschově věcí, ošetrovatelské diagnózy, teplotní tabulky, záznam o podání informací/edukace, Barthelův test, nutriční screening, denní záznamy příjmu potravy, hodnotící škály Bradenové, bilance tekutin, záznamy o omezení v lůžku, polohovací záznamy a hodnocení vzniku dekubitů, Monitorinky akutní/chronické bolesti, kontroly prokrvení a inervace, Akutní karty, hlášení směny, formuláře pracovní neschopnosti/hlášení pracovní neschopnosti, žádanky na vyšetření, výsledky vyšetření, Opiátové knihy, záznamy Glasgow Coma Scale, záznamy práce u pacientů, záznamy o kontrole lékárny,

záznamy o teplotě v lednici a v místnosti, sešit o noční službě a Ošetrovatelské překládové zprávy.

Ve druhé fázi výzkumu byla zvolena metoda snímkování pracovní doby respondentů. Snímkováním pracovní doby jsme zaznamenávaly veškerou spotřebu pracovní doby věnovanou celkové administrativě v práci respondentů během dvanácti hodinové směny. Respondenti na vlastní žádost prováděli snímkování pracovní doby samostatně. Všichni respondenti zrealizovali snímek pracovního dne v pracovním týdnu, šest respondentů během denní směny, dva respondenti během směny denní i noční. Protože se nejednalo o kontrolní audit a podmínky metody snímkování pracovní doby tuto možnost umožňují, bylo jejich požadavku vyhověno. Veškeré činnosti s časovými údaji respondenti ihned zaznamenávali do připravených Záznamů o snímkování pracovní doby (Příloha 3). Získané časové údaje byly následně vyhodnoceny, v programu Excel byl vypočítán celkový průměr i průměr procentuální.

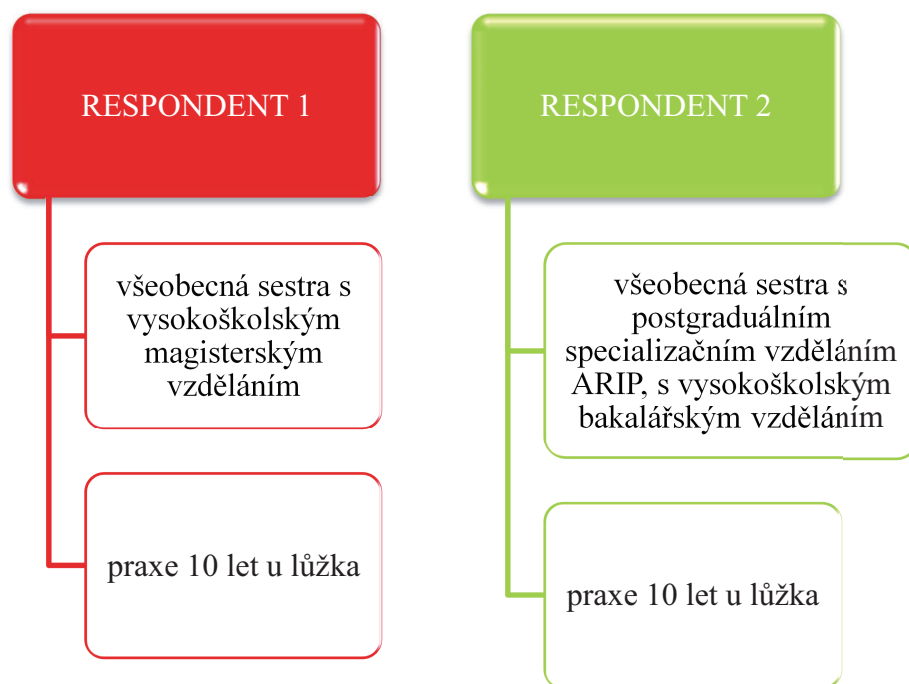
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

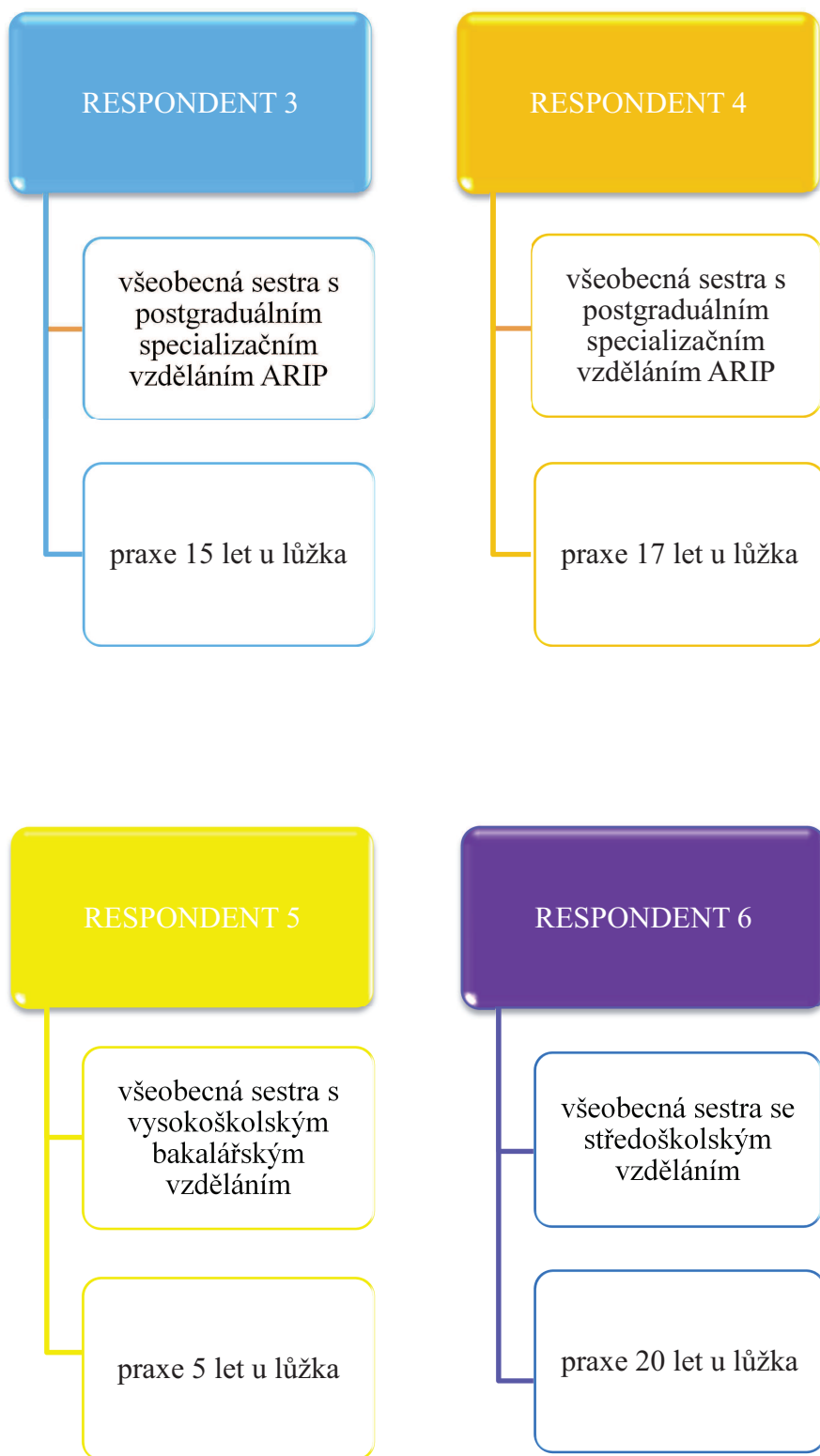
Výzkumný soubor pro zpracování diplomové práce tvořilo celkem osm všeobecných sester se středoškolským, s postgraduálním specializačním nebo vysokoškolským vzděláním. Sestry pracují na standartních lůžkových odděleních a jednotkách intenzivní péče (JIP) vybraných odděleních zkoumané nemocnice. Výběr oddělení a sester byl záměrný, záleželo na ochotě respondentů zúčastnit se na výzkumném šetření.

4 VÝSLEDKY

4.1 Rozhovory

Schéma č. 1: Základní údaje o respondentech





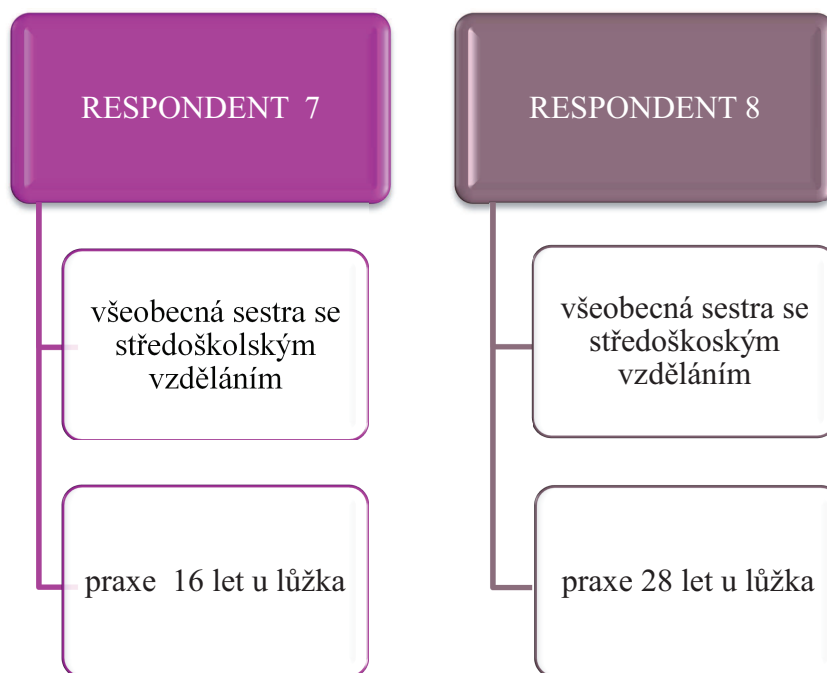
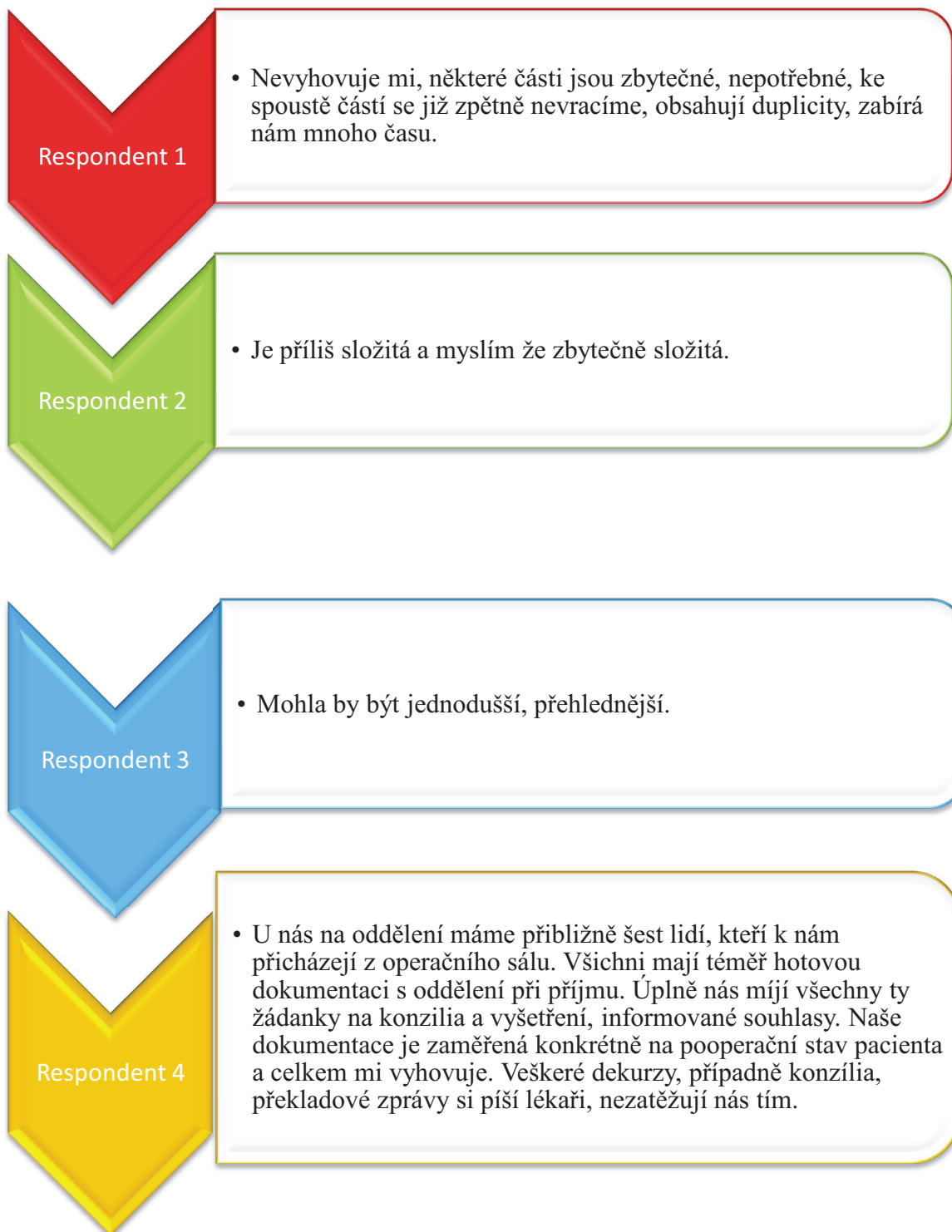


Schéma č. 2: Názory respondentů na práci s dokumentací

Otázka č. 1: Jak se Vám pracuje s ošetrovatelskou dokumentací?



Respondent 5

- No když je zjetá, tak je práce s dokumentací snadná, ale pokud se neustále něco mění, strašně zdržuje, ztrácí přehlednost. Cítíme že je zbytečná. Když máme plné oddělení tak je práce s dokumentací silně vyčerpávající.

Respondent 6

- Moc se mi nelíbí, hlavně když plno papírů píšeme dvojmo.

Respondent 7

- Docela špatně, je nepřehledná, objemná.

Respondent 8

- Hrozně. Je náročná, zdlouhavá, nikdo se v ní nevyzná, ale hlavně nikdo se do ní nekouká. Takže je zbytečná.

Tabulka č. 1: Typy dokumentace

Otázka č. 2: S jakými typy dokumentace pracujete? Prosím vyjmenujte.

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	celkem
Informovaný souhlas s poskytováním informací	X				X	X	X	X	5
Informovaný souhlas s hospitalizací	X				X	X	X	X	5
Informované souhlasy k výkonům	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Dekurs	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Dekurs - rozšířený arch péče o pacienta na JIP		X	X	X					3
Výsledková karta	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Formulář vyúčtování péče	X	X	X		X			X	5
Formulář vyúčtování zdravotnických prostředků	X	X	X		X			X	5
Ošetřovatelská anamnéza	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Realizace a hodnocení ošetřovatelského plánu	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Potvrzení o úschově věcí					X				1
Ošetřovatelské diagnózy	X	X	X	X	X	X	X	X	8

Teplotní tabulka	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Záznam o podání informace/edukaci	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Hodnocení rizika pádu	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Barthelův test základních všedních činností	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Nutriční screening	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Denní záznam příjmu stravy						X			1
Hodnotící škála dle Bradenové (Nortonové)	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Bilance tekutin	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Záznam omezení v lůžku		X	X						2
Polohovací záznam a hodnocení vzniku dekubitu	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Monitoring akutní/ chronické bolesti	X				X	X	X	X	5
Kontrola prokrvení a inervace		X	X						2
Akutní karta	X				X	X	X	X	5
Hlášení směny	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Formuláře pracovní neschopnosti/ hlášení o pracovní neschopnosti	X				X				2
Dekurs – přepisování lékařských ordinací	X	X	X						3
Příprava žadanek na vyšetření, ošetření, konzilium	X	X	X						3

Výsledky vyšetření	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Opiátová kniha	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Záznam Glasgow Coma Scale	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Záznamy práce u pacientů	X				X	X			3
Záznam o kontrole lékárny		X	X						2
Záznam o teplotě v lednici, v místnosti		X	X						2
Sešit o noční službě (noční práce)	X								1
Ošetřovatelská překladová propouštěcí zpráva	X	X	X	X	X	X	X	X	8

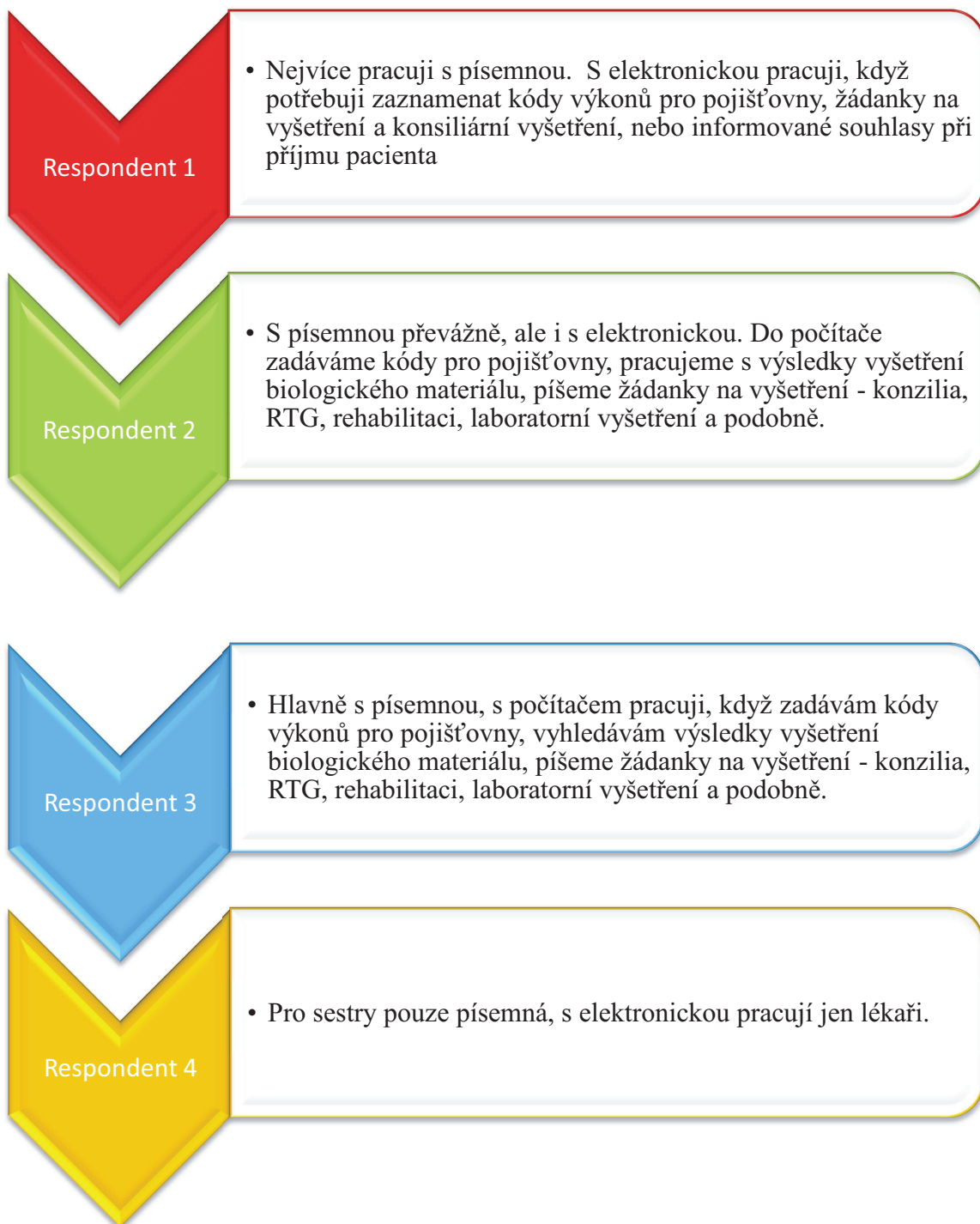
Zdroj: vlastní

Tabulka číslo 1 zahrnuje veškeré součásti administrativní práce sester udávané v rozhovorech. Pět respondentů R1, R5, R6, R7, R8 pracuje s informovanými souhlasy, s poskytováním informací a s hospitalizací. Všech osm respondentů se shodlo, že pracuje s informovanými souhlasy k výkonům, dekursy, výsledkovými kartami, ošetřovatelskou anamnézou, realizací a hodnocení ošetřovatelského plánu, ošetřovatelskými diagnózami, teplotní tabulkou, záznamy o podávání informací/edukaci, záznamy Hodnocení rizika pádu, Barthelovým testem, Nutričním screeningem, Hodnotící škálou Bradenové (Nortonové), záznamu bilance tekutin, polohovacími záznamy, hlášení směny, výsledky vyšetření, s opiátovou knihou, záznamem Glasgow Coma Scale a Ošetřovatelskou překladovou zprávou. Dále tři respondenti R2, R3 a R4 udávali navíc používání dekursu pro JIP oddělení. Pět respondentů R1, R2, R3, R5 a R8 zmínily zaznamenávání údajů do formulářů Vyúčtování péče a Vyúčtování zdravotních prostředků. Pouze respondentka R5 vypisuje Potvrzení o úschově věcí, a respondent R 6 používá arch Denní záznam stravy.

Záznamy omezení v lůžku udávaly jen respondentky R2 a R3. Se záznamem Monitoringu akutní/chronické bolesti pracují respondenti R1, R5, R6, R7, R8, zrovna tak i s Akutní kartou. Archy kontroly prokrvení a inervace zmínili pouze respondenti R2 a R3, práci s formuláři pracovní neschopnosti respondenti R1 a R5. Respondenti R1, R2 a R3 provádějí přepisování ordinace lékařů do dekursu, zároveň za lékaře připravují žádanky na vyšetření, ošetření a konzilia. Zvláštní vypracovávání záznamů o činnostech u pacientů provádějí respondenti R1, R5 a R6. Záznamy o kontrole lékárny a záznamy o teplotě v lednici a místnosti zmínili pouze respondenti R2 a R3, respondent R1 navíc provádí záznamy do sešitu o noční službě.

Schéma č. 3: Formy vedení dokumentace

Otázka č. 3: Jaká forma vedení dokumentace je na Vašem oddělení upřednostňována?



Respondent 5

- S elektronickou pouze kvůli pojišťovně, k zadávání kódů výkonů. Jinak pracuji jen s písemnou - klasické zaškrtačky a vypisování a podobně.

Respondent 6

- Jen písemná. Do počítače zadáváme pouze základní informace o pacientovi při akutním příjmu.

Respondent 7

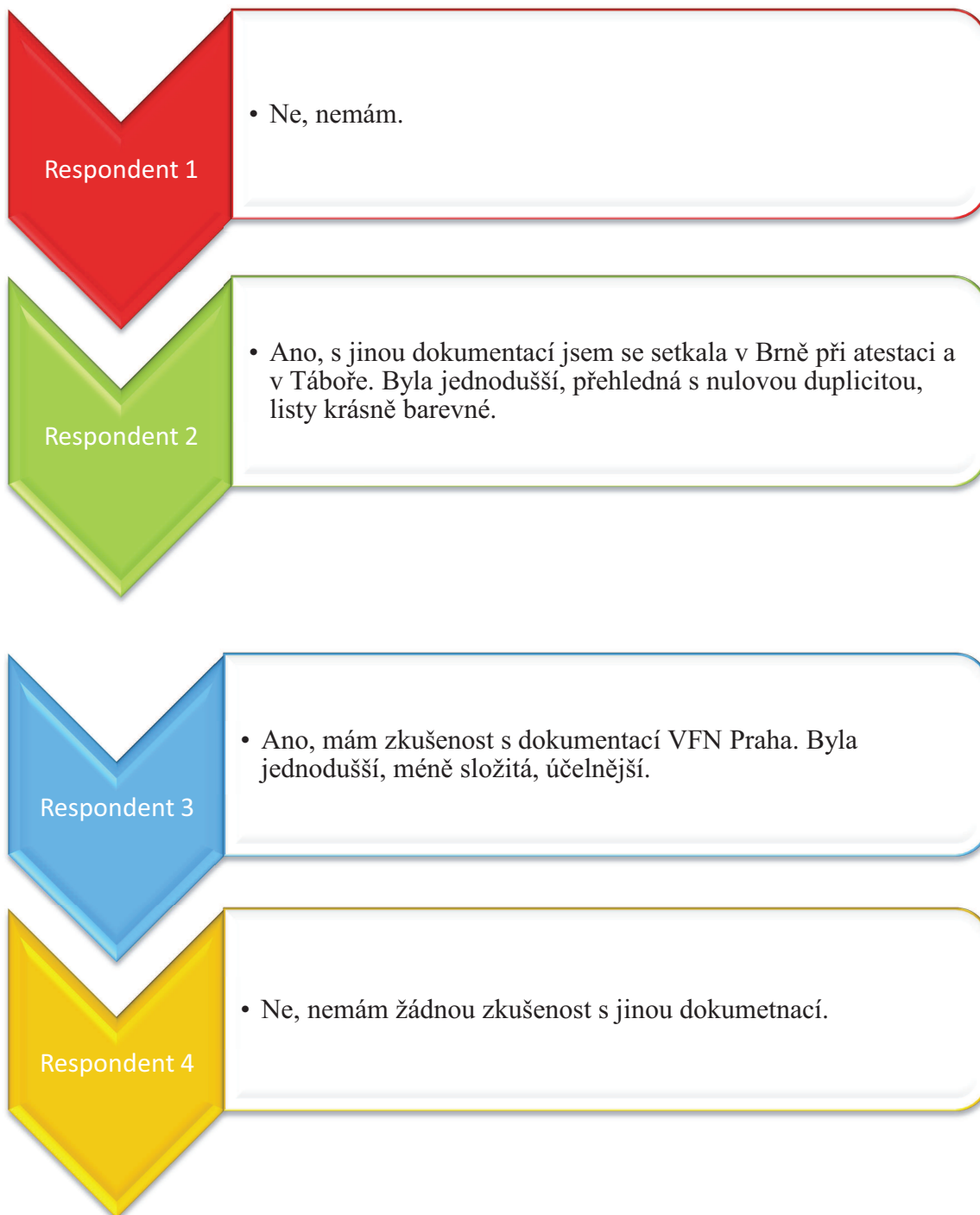
- Jen písemná. S počítačem pracuji jen když objenávám pro pacienty sanitu, stravu a léky.

Respondent 8

- Hlavně písemná. Do počítače zapisujeme lékařům vitální funkce pacientů, protože do písemné se nedívají.

Schéma č. 4: Zkušenosti respondentů s jinou dokumentací

Otázka č. 4: Máte zkušenost i s jinou dokumentací jiných zdravotnických zařízení?
Můžete vyjádřit pozitiva x negativa.



Respondent 5

- Ne, bohužel, znám jen tuto naši.

Respondent 6

- Ano mám, z předchozích pracovišť, ale tento typ nebo podobný se ještě nepoužíval. Práci s ošetrovatelskou dokumentací jsem poznala až zde.

Respondent 7

- Ne bohužel, pracuji zde od školy a nikde jinde jsem zkušenosti nesbírala.

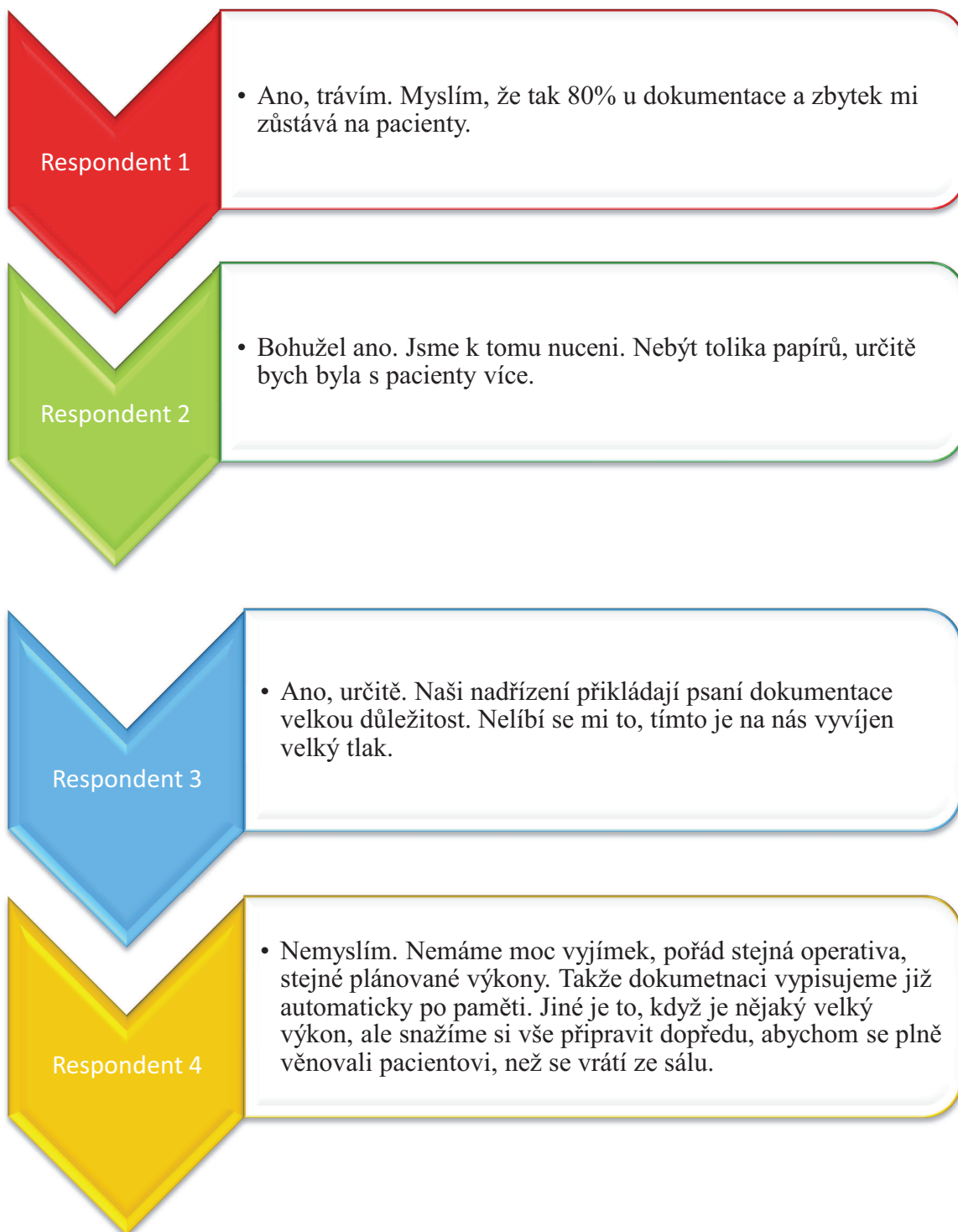
Respondent 8

- Ne, nemám.

Schéma č. 5: Vyjádření pocitů respondentů k času strávený s vedením

dokumentace

Otázka č. 5: Myslíte si, že trávíte vedením dokumentace více času než péčí o pacienta?



Respondent 5

- Určitě. Stane se, že pacienty vidím ráno a pak jen při obcházení vždy po 6 hodinách. Ještě, že jsou tu hodně studenti, velmi nám to pomáhá, abychom dokumentaci zvládali lépe.

Respondent 6

- Dokumentací trávíme opravdu hodně, ale myslím si, že papírováním méně než o pacienta.

Respondent 7

- No, ono je to tak, že u nás každý den je určena primární sestra, která se celou směnu věnuje dokumentaci a přípravě ordinací lékařů, k pacientům přijde jen při obchůzkách při plnění úkonů, podávání léků. Ostatní sestry pak jsou jen u pacientů a dokumentaci se nevěnují. V případě, že je třeba něco zaznamenat, nahlásí zjištěnou skutečnost primární sestře a ta záznam provede.

Respondent 8

- Ano, třikrát ano!

Schéma č. 6: Vyjádření pocitů respondentů, zdali tráví celkově vedením dokumentace příliš mnoho času

Otázka č. 6: Máte pocit, že trávíte celkově vedením dokumentace příliš mnoho času?

Respondent 1

- Ano, velmi mnoho času.

Respondent 2

- Určitě strašně moc času.

Respondent 3

- Ano.

Respondent 4

- Ani ne, máme fakt dokumentaci jednoduchou. Nejvíce času u nás tráví s papírama staniční sestra.

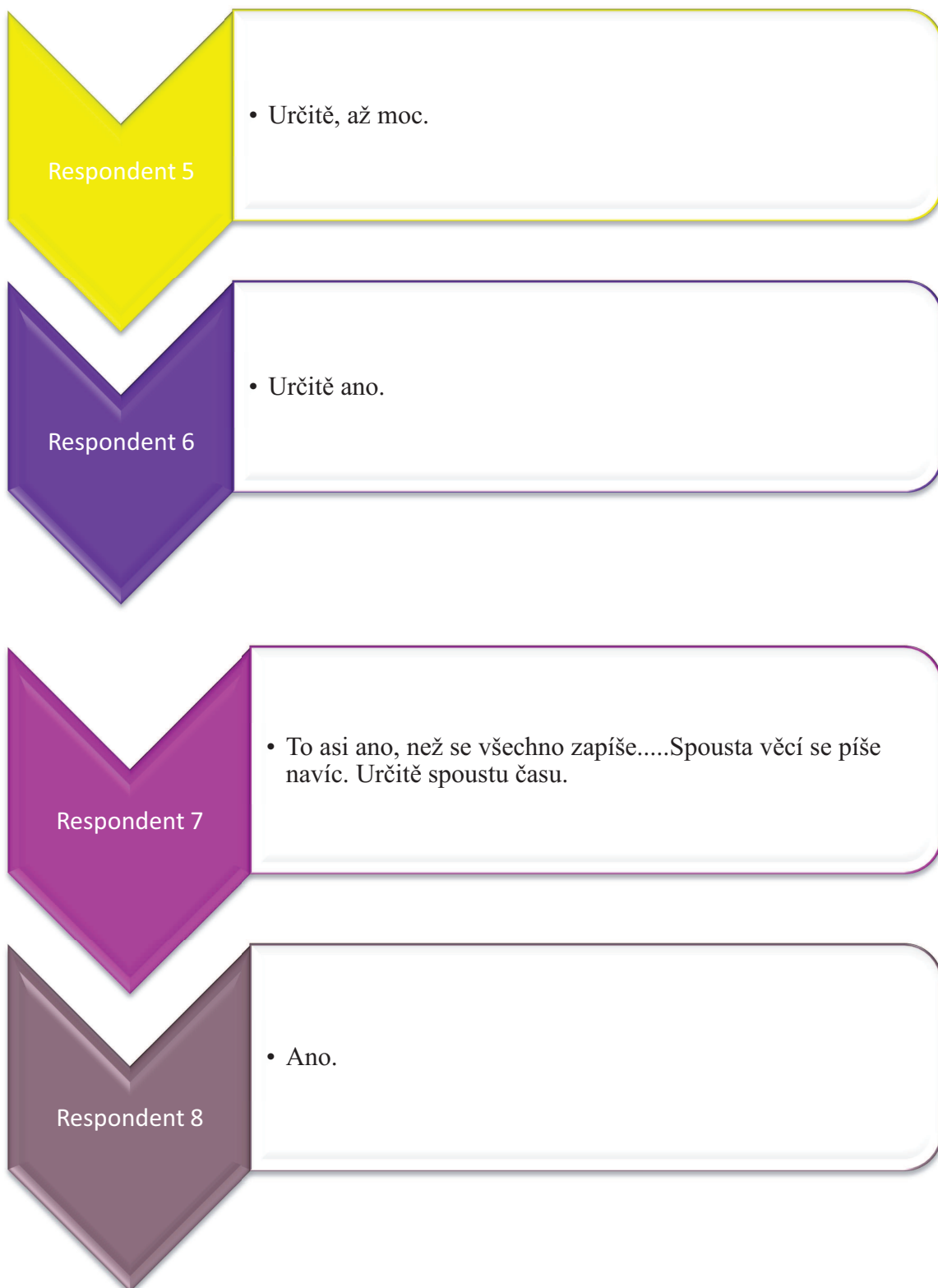
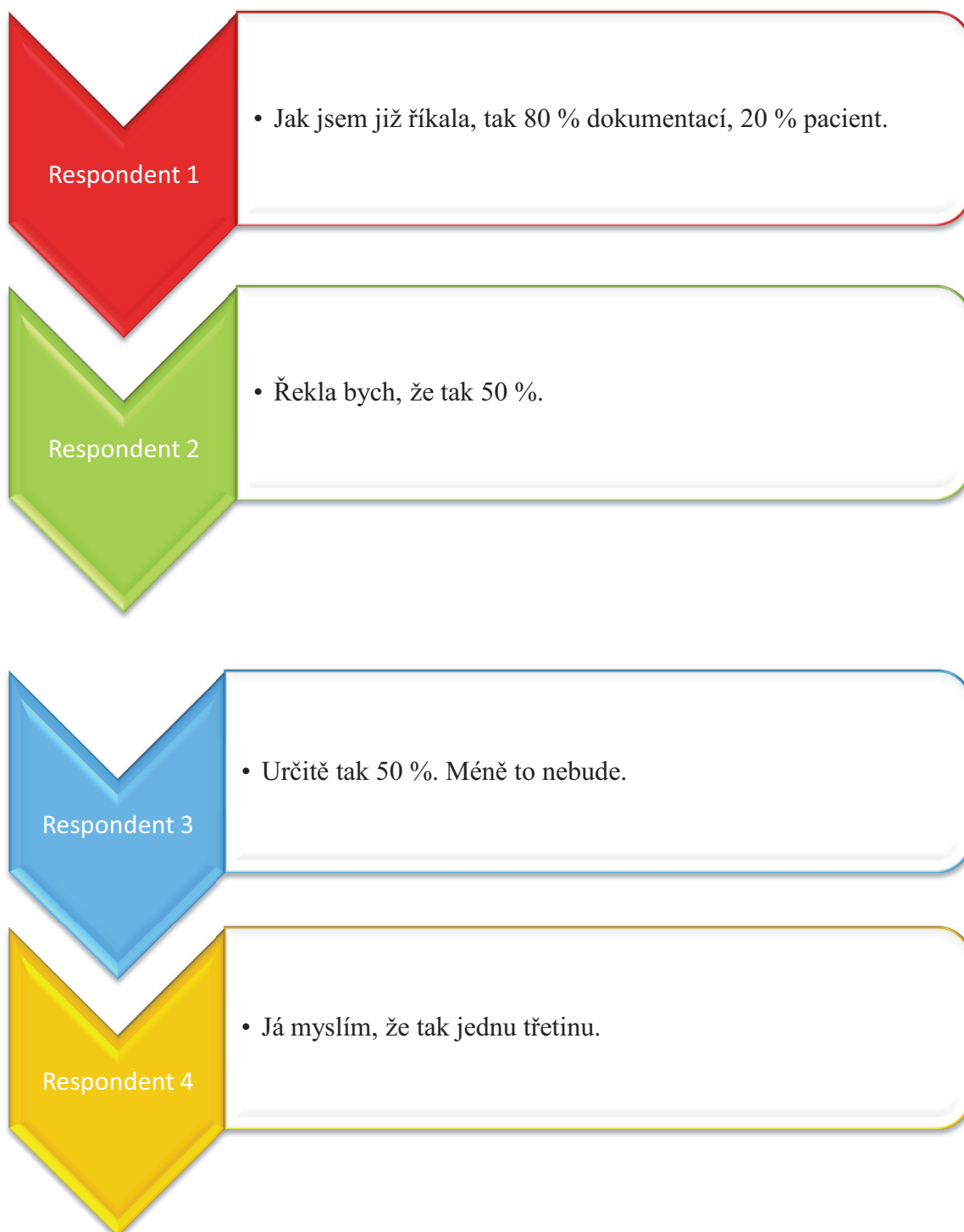


Schéma č. 7: Čas s strávený dokumentací

Otázka č. 7: Kolik času si myslíte, že vedením dokumentace trávíte?



Respondent 5

- Odhadem určitě tak 4 hodiny za směnu.

Respondent 6

- Tak 3 hodiny.

Respondent 7

- Myslím, že přibližně 4 hodiny.


Respondent 8

- Řekla bych, že tak $\frac{2}{3}$ pracovní doby.

Schéma č. 8: Dotaz na pokus měření času strávený prací s dokumentací


Otázka č. 8: Zkoušel (a) jste si čas strávený nad dokumentací někdy změřit?

Respondent 1	<ul style="list-style-type: none">• Ne.
Respondent 2	<ul style="list-style-type: none">• Ne.
Respondent 3	<ul style="list-style-type: none">• Ne.
Respondent 4	<ul style="list-style-type: none">• Ne.




Respondent 5

- Ne.




Respondent 6

- Ne



Respondent 7

- Ne



Respondent 8

- Ne.

Schéma č. 9: Pocit přetížení vedením dokumentace

Otázka č. 9: Cítíte se vedením dokumentace přetěžována?

Respondent 1

- Ano, hodně, zvláště tím, že píšeme dokumentaci za lékaře. Nesouhlasím s přepisováním ordinací léků, psaním žádanek a podobně. Zkoušeli jsme se opakovaně proti tomu bouřit, ale bez výsledku.

Respondent 2


- Někdy velmi. Ano cítím.

Respondent 3

- Ano, cítím.


Respondent 4

- Ne, nikdy jsem nad tím nepřemýšlela.




Respondent 5

- Určitě, hodně.




Respondent 6

- Ano.



Respondent 7

- Nevím, spíš mne to zlobí.

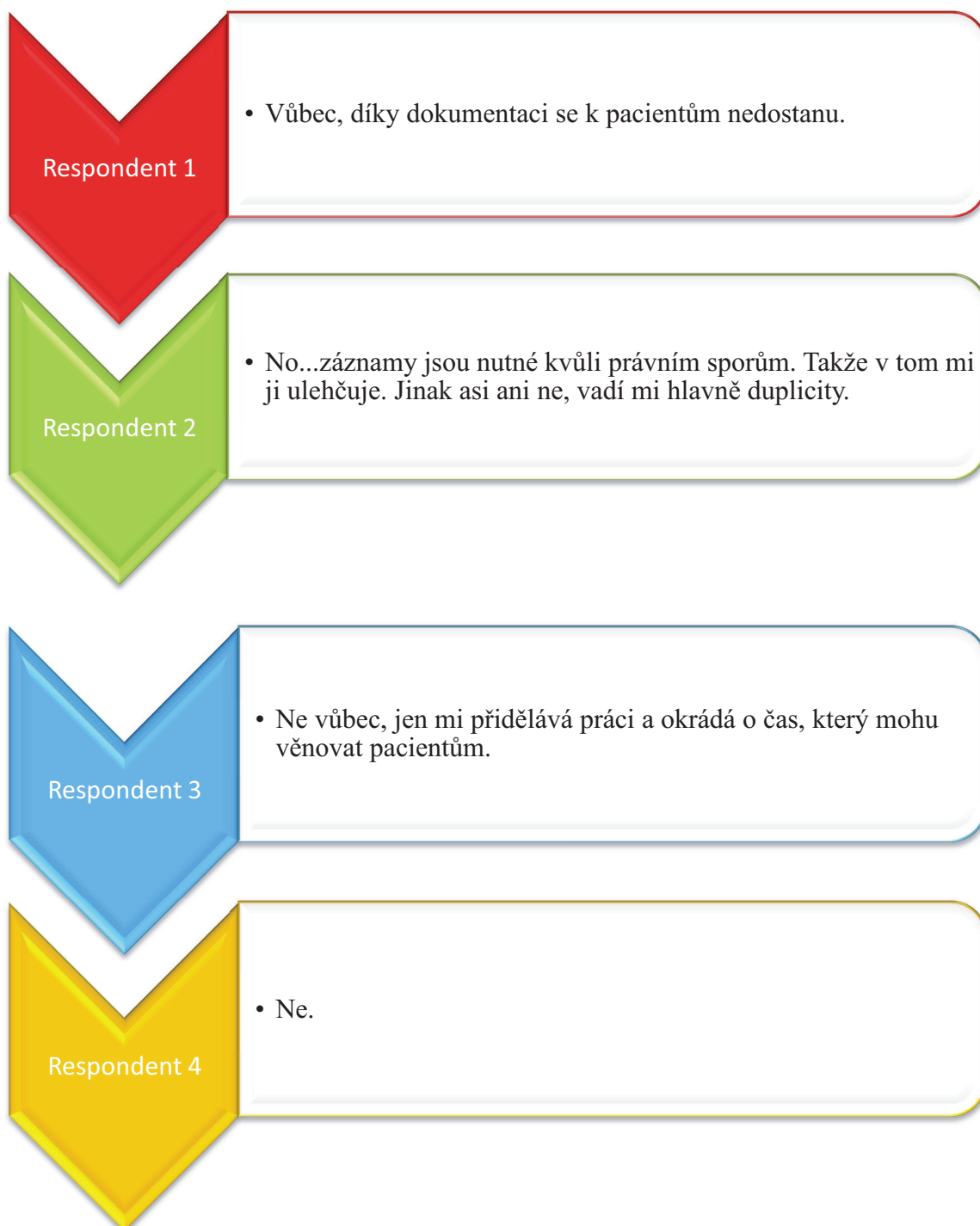


Respondent 8

- Ano, jistě.

Schéma č. 10: Vyjádření respondentů k ošetrovatelské dokumentaci při využití v péči o pacienta

Otázka č. 10: Ulehčuje Vám ošetrovatelská dokumentace péči o pacienta?



Respondent 5

- Ne.

Respondent 6

- Řekla bych, že ano. Cítím ulehčení hlavně, když k nám překládají pacienta, který není schopen se vyjádřit o svém zdravotním stavu. V překládové ošetrovatelské zprávě se vše dočtu.

Respondent 7

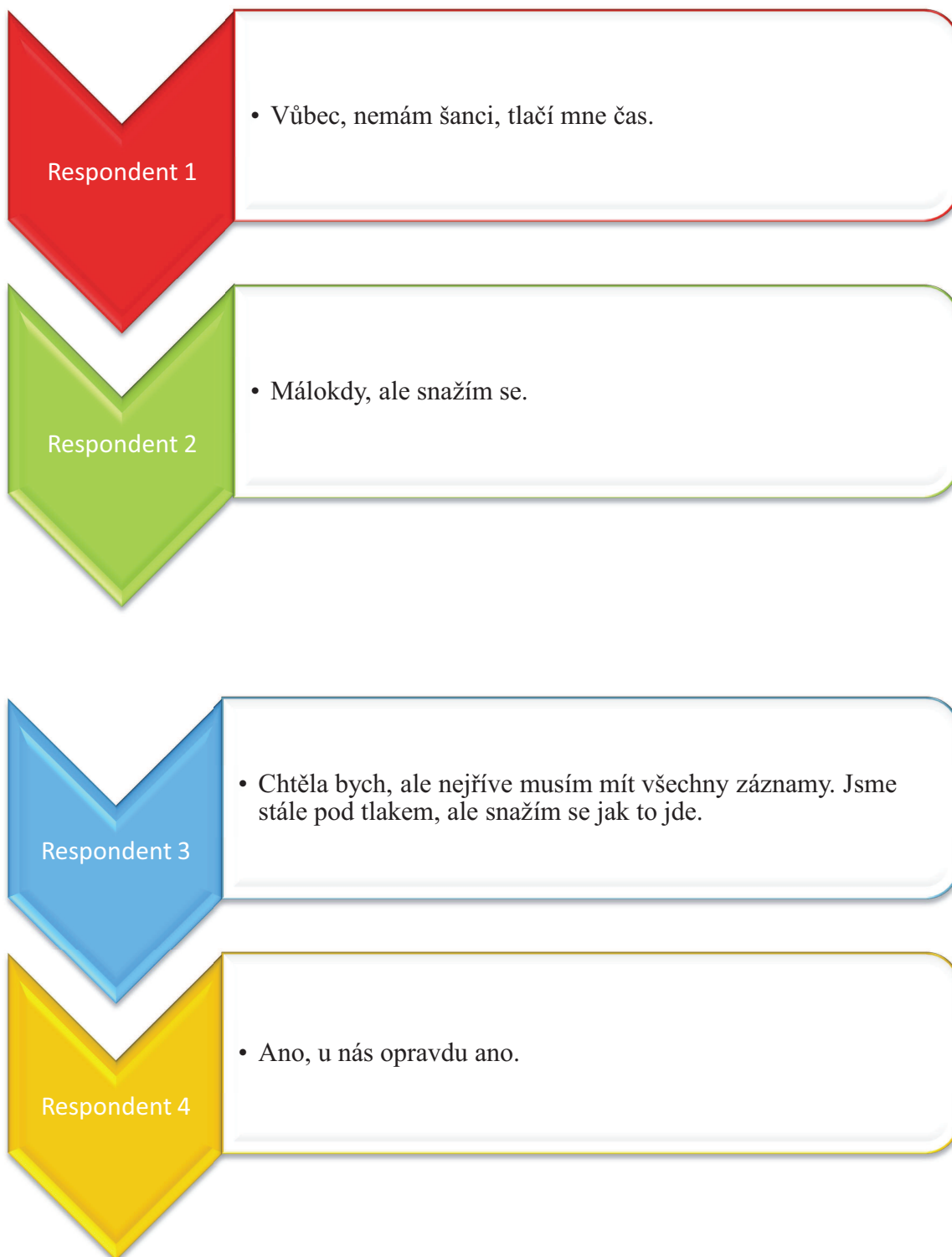
- Určitě, ne.

Respondent 8

- Ne neulehčuje, nemá čím.

Schéma č. 11: Čas na pacienty

Otázka č. 11: Máte čas se zastavit u pacienta, jen tak si s ním popovídat?



Respondent 5

- O víkendu ano, jinak s velkými obtížemi.

Respondent 6

- Ne, velmi ojediněle.

Respondent 7

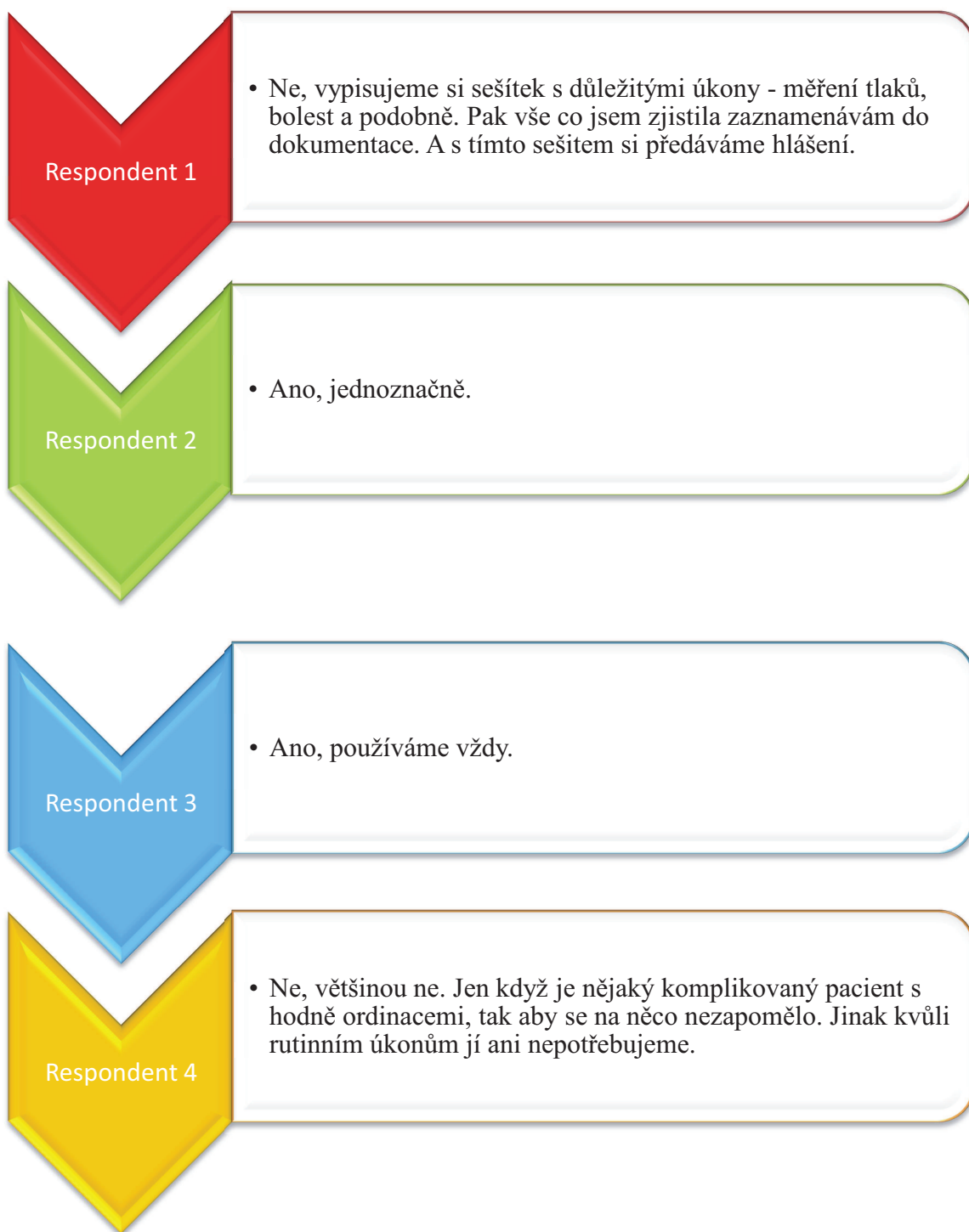
- Ano, ten čas si najdu, zvláště když nemám funkci primární sestry.

Respondent 8

- Možná tak o noční, ale když to udělám o denní tak pak fofruji a akorát na něco zapomenu. Takže vlastně nemám.

Schéma č. 12: Používání ošetrovatelské dokumentace při hlášení mezi směnami

Otázka č. 12: Používáte ošetrovatelskou dokumentaci při hlášení mezi směnami?



Respondent 5

- Ne, důležité si vypisujeme zvlášť do bloku.

Respondent 6

- Ne, jedeme podle hlášení, vypracováváme si ještě zvláštní blok, například na objenávání RTG a magnetických rezonancí, či ultrazuků. A pak ještě blok s činnostmi, které je nutné udělat u pacientů

Respondent 7

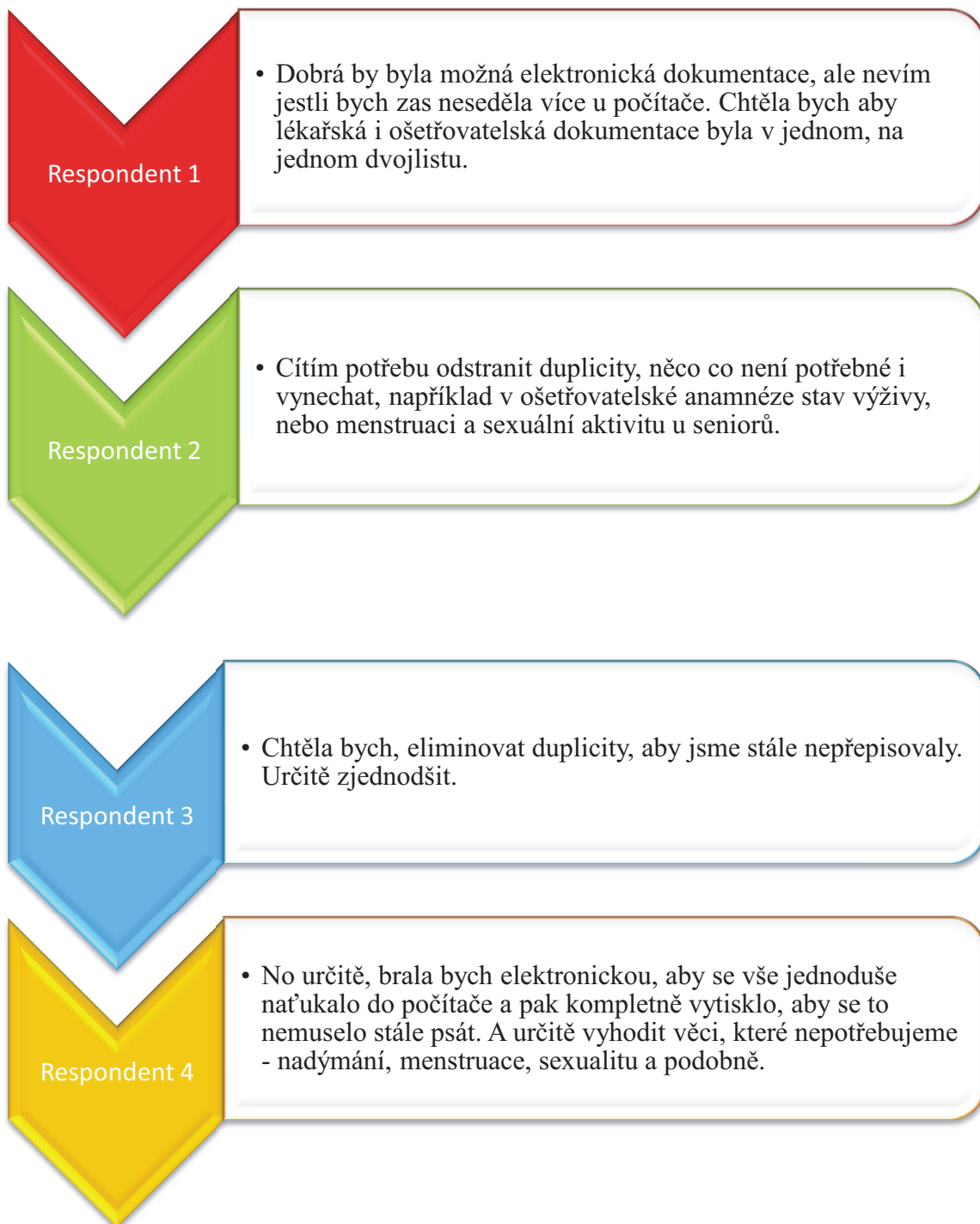
- Ne, pacienty si předáváme pouze ústní formou.

Respondent 8

- Ne.

Schéma č. 13: Vyjádření potřeby změny v ošetrovatelské dokumentaci

Otázka č. 13: Cítíte potřebu něco změnit v ošetrovatelské dokumentaci Vašeho oddělení? Co, například? Máte nějaké nápady?



Respondent 5

- Potřeba by byla, ale vedení to neumožní. Určitě bych ji chtěla zjednodušit, zpřehlednit, zlepšit. Nebo používat elektronickou dokumentaci, ale nevím, jak by se s ní šily starší ročníky.

Respondent 6

- Určitě, strašně mi vadí nově zavedený test Bradenové, chtěla bych se vrátit zpět k Nortonové. Nortonová mi o pacientovi řekla více. Bradenová je úplně k ničemu. Pak určitě bych chtěla odstranit vše co je dvojmo.

Respondent 7

- Nevím, nezamýšlela jsem se. Prostě plníme co plnit máme. Nezabývám se tím.

Respondent 8

- Já bych celou ošetrovatelskou dokumentaci zrušila, vůbec k ničemu není. Pacient byl více spokojen, když jsme byli u něho, místo toho, abych zapisovala že ho něco bolí na pět míst. To mu nepomůže. Dřív se razilo heslo "pacient na prvním místě", teď je to "papíry na prvním místě".

Schéma č. 14: Respondenty zaznamenané duplicitity

Otázka č. 14: Všimla jste si někdy, že by některé části dokumentace byly duplicitní?
Případně jaké?

Respondent 1

- Ano, 2x píšeme nutriční stav, to samé u bolesti, zapisujeme ji v ošetrovatelské anamnéze a pak ještě vedeme zvlášť záznam o monitoringu akutní bolesti a taky u hodnocení ošetrovatelské diagnózy - akutní bolest. Pak alergie, je již zaznamenána od lékaře, tak proč mám ještě znovu psát já?

Respondent 2

- Ano, začnu od prepisování ordinací, máme vlastně dva záznamy, takže odepisuji 3x vše co lékař naordinuje, pak zaznamenávám do Záznamu JIPového pacienta - TISS, pak ještě do ošetrovatelské dokumentace, u diagnózy Akutní bolest, opiátová kniha. Takže záznam o bolesti a podání analgetika napíši 6x. To samé je u infuzí, transfuzí, záznamů příjmu a výdeje tekutin. U dekubitů také, 1x do ošetrovatelské anamnézy a pak ještě zvlášť do formuláře - Záznam o ošetrování kůže.

Respondent 3

- Ano, všimla a všímám. Některé záznamy například nutriční screening píšeme 2x, bolest jak do ošetrovatelské dokumentace, tak do dekursů, hodnocení, k ošetrovatelské diagnóze. Vlastně veškeré výkony - podání infuzí, transfuzí, píšeme minimálně 2x, příjem/ výdej tekutin 2x, dekubity a podobně.

Respondent 4

- Hm, ani nevím, nepřemýšlela jsem nad tím. Možná bolest - zapisujeme ji do ošetrovatelského plánu a znovu zapisujeme u ošetrovatelské diagnózy Akutní bolesti. A péči o močový katetr zaznamenáváme 2x.

Respondent 5

- Ano, hlavně bolest - píšeme do analogové škály, pak ještě formulář Monitoringu akutní bolesti. Nutriční screening píšeme také 2x. Pak všechny hodnotící testy píšeme jak do ošetrovatelského záznamu tak i zvlášť.

Respondent 6

- Ano, například nutriční screening píšeme dvakrát, pohyblivost, testy Nortonové (Bradenové), Barthela, riziko dekubitů, kde opět je další Nortonová (Bradenová). A určitě toho bude více.

Respondent 7

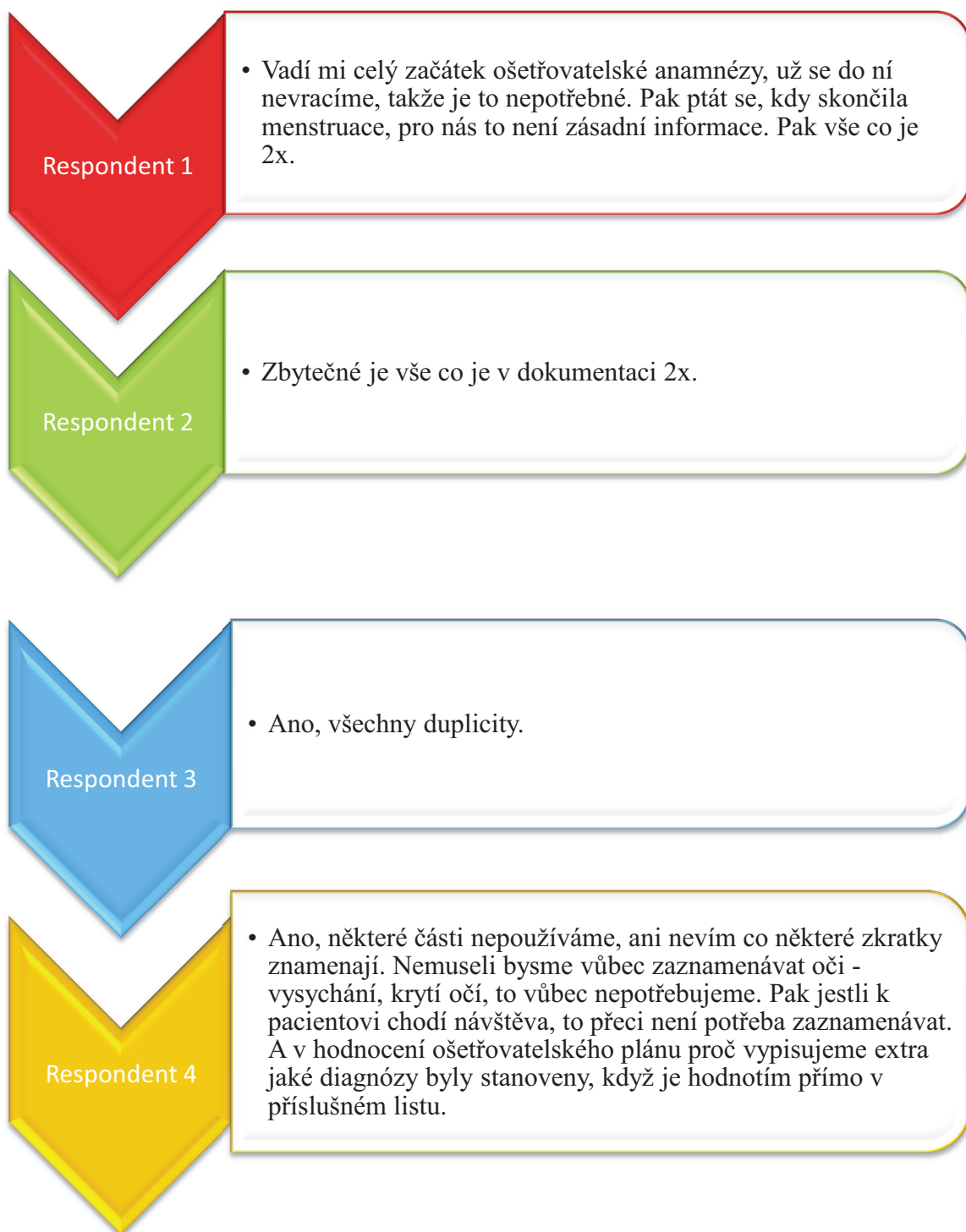
- Určitě v testu Bradenové. Nejvíce duplicitní je vlastně celá ošetrovatelská anamnéza, protože k ní vypisujeme další listy se stejnými dotazy.

Respondent 8

- Ano, bolest zapisujeme duplicitně + podání analgetik.

Schéma č. 15: Respondenty zaznamenané zbytečnosti v dokumentaci

Otázka č. 15: Máte pocit, že některé součásti dokumentace jsou zbytečné a proč?



Respondent 5

- Ano, nepotřebujeme vědět jak je na tom pacientka s menstruací a sexuálním životem, pak spánek, v nemocnici ho musí mít všichni narušený, tak proč to psát. Pak vše co píšeme 2x.

Respondent 6

- Určitě bych vynechala dotazování na menstruaci. U těch staříčkových babiček je to opravdu bezvýznamné. Jinak jsem s ošetrovatelskou dokumentací celkem spokojená. Stačilo by ji vylepšit, rozšířit, aby jsme nemuseli vypisovat další extra listy.

Respondent 7

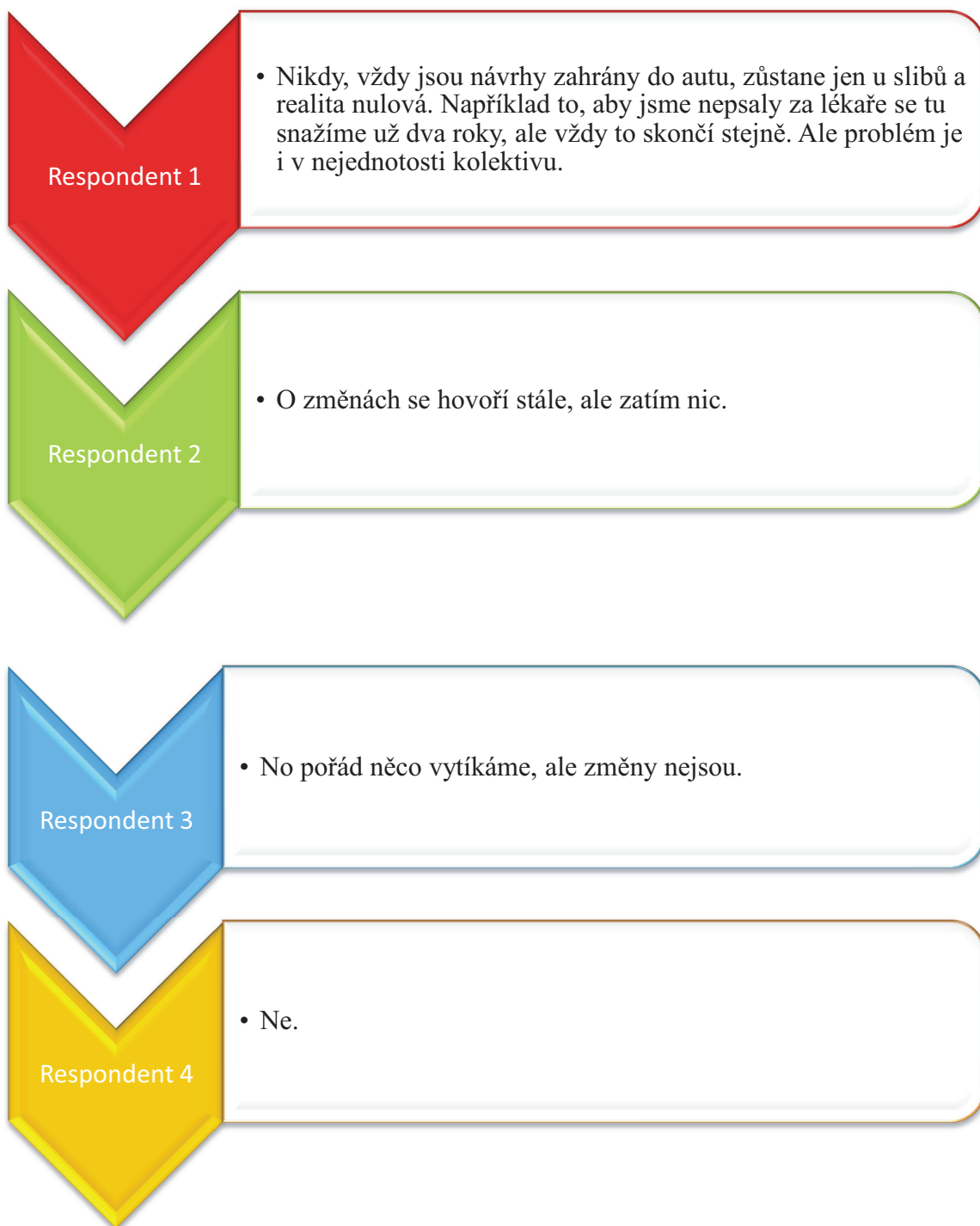
- Všechny duplicity.

Respondent 8

- No, například proč mne má zajímat s kým a kde pacient bydlí, nebo menstruace, prostata. Nebo spánek, ten mají všichni v nemocnici porušený a to vím i bez ptaní. Sami pacienti mnohdy nechápu proč se jich na takové otázky ptáme.

Schéma č. 16: Vyjádření respondentů k akceptaci návrhů změn v dokumentaci vedením nemocnice

Otázka č. 16 :Myslíte si, že jsou připomínky a návrhy ke změně v dokumentaci vedením akceptovány?



Respondent 5

- Ne, nejsou.

Respondent 6

- Ne.

Respondent 7

- Připomínky jsou, ale nemá to efekt. Ale říká se, že bude brzy změna.

Respondent 8

- Ne, nikdo se nás na nic neptá, co nám nevyhovuje není vyslyšeno.

Schéma č. 17: Názory respondentů na výzkum

Otázka č. 17: Jaký názor máte na tento výzkum? Myslíte, že může změnit vedení dokumentace ve vaší nemocnici?

Respondent 1

- Věřím, že ano.

Respondent 2

- Byla bych ráda za změnu.

Respondent 3

- Doufáme, že ano.

Respondent 4

- Líbí se mi to, a doufám že ano.

Respondent 5

- Doufám, že to k něčemu bude, že si to někdo přečte.

Respondent 6

- Byla bych moc ráda.

Respondent 7

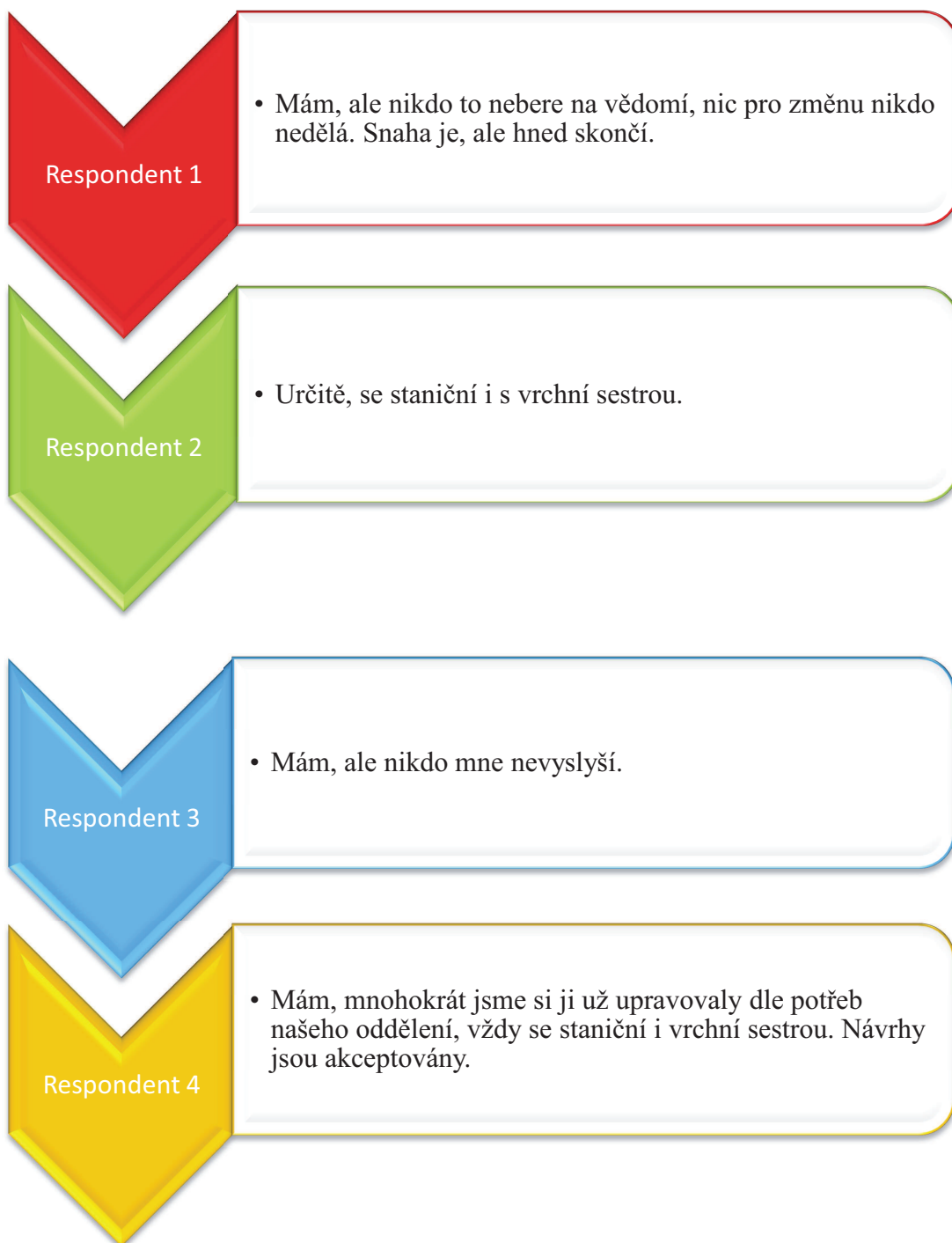
- No snad si to někdo přečte, ale věřím, že když plánují změny, tak se opravdu něco změní.

Respondent 8

- Ne, nevěřím, nezmění se nic.

Schéma č. 18: Možnosti respondentů vyjádřit se k negativům v ošetrovatelské dokumentaci

Otázka č. 18: Máte možnost vyjádřit se k negativům v ošetrovatelské dokumentaci Vašeho oddělení?



Respondent 5

- Mám, ale nikdo to nebere vážně. Většinou to nic nepřináší.

Respondent 6

- Ne

Respondent 7

- Ano, mám. Naše vrchní se nás ptá co se nám líbí, či nelíbí. Snaží se, aby dokumentace byla pro nás snadnější.

Respondent 8

- Ano mám, ale stále posloucháme: " Vedení řeklo...", a tím to skončí. Dnešní moderní funkcí sestry je držet pusu a krok. Chybí nám pomocný personál, sestry nedělají svou práci, ale zajišťují pečovatelské služby, děláme sanitáře, uklízečky, pak až tu svou, s objemnou dokumentací k tomu. A když nikoho nezajímá tohle, těžko budou naslouhat.

4.2 Nejdůležitější výsledky z rozhovorů

Tabulka č. 2.: Postoj respondentů k vedení dokumentace na jejich oddělení

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	celkem
Postoj k dokumentaci									
Pozitivní				X					1
Negativní	X	X	X		X	X	X	X	7

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 2. znázorňuje postoj sester k vedení dokumentace na jejich oddělení. Pouze R4 vnímá vedení dokumentace jako pozitivní, ostatní respondenti s vedení dokumentace nejsou spokojeni.

Tabulka č. 3.: Subjektivní vyjádření pocitů, kolik času respondenti tráví vedením dokumentace

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	celkem
Čas / 12 hod.									
Méně než polovinu pracovní doby				X	X	X	X		4
Polovinu pracovní doby		X	X						2
Více než polovinu pracovní doby	X							X	2

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 3. znázorňuje vyjádření subjektivního pocitu sester, kolik času přibližně respondentky tráví vedením dokumentace během dvanáctihodinové služby. Čtyři respondenti si myslí, že tráví vedením dokumentace méně než polovinu pracovní doby, dva respondenti si myslí, že tráví nad dokumentací polovinu pracovní doby, stejný počet respondentů si myslí, že s dokumentací pracuje více jak polovinu pracovní doby.

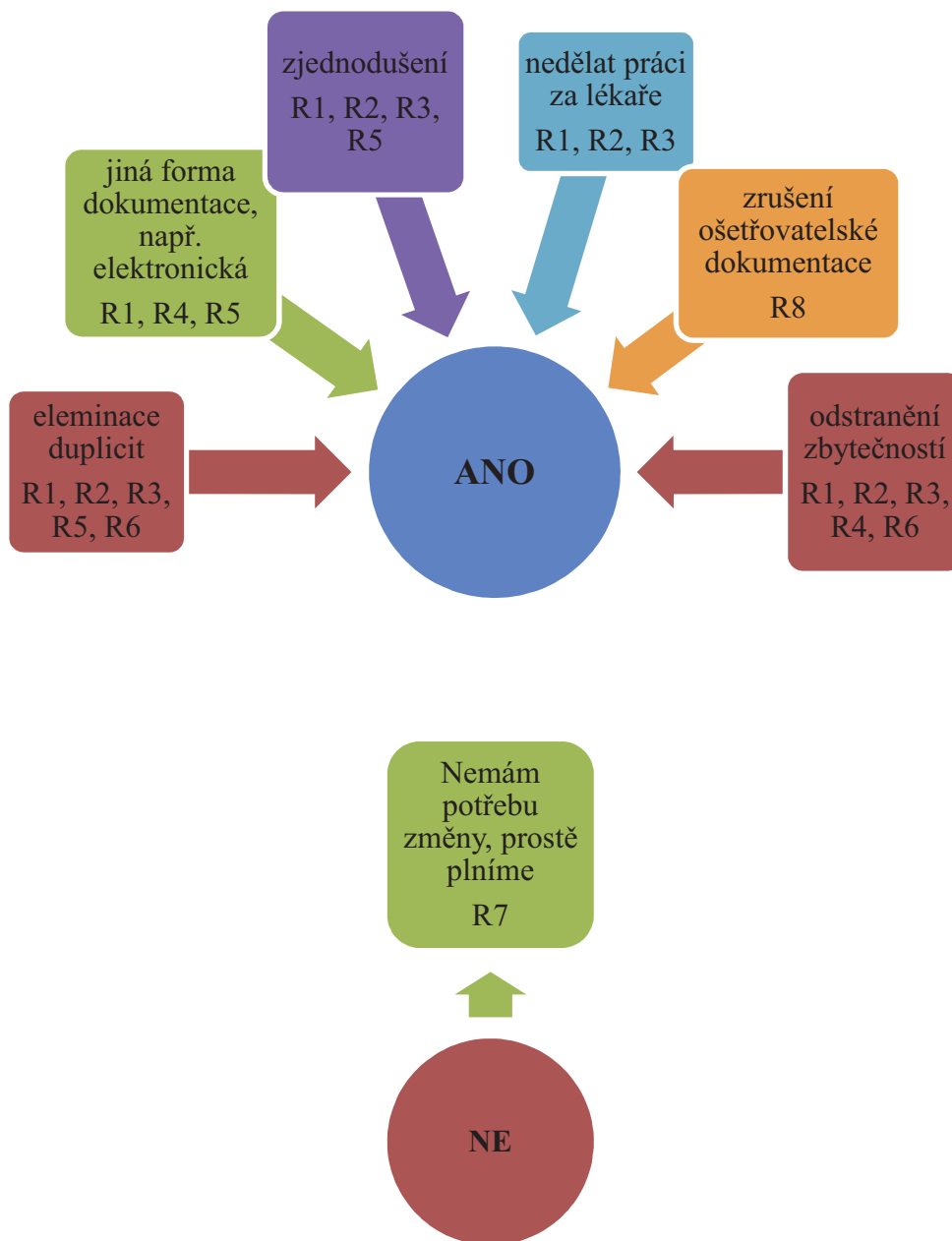
Tabulka č. 4.: Pocit přetížení respondentů vedením dokumentace

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	celkem
Pocit přetížení									
Ne, necítím				X					1
Částečně							X		1
Ano, velmi	X	X	X		X	X		X	6

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 4. znázorňuje, zdali cítí respondenti přetížení vedením dokumentace. Celkem šest respondentů vyjádřilo výrazné přetížení. Pouze jeden respondent cítí přetížení částečně, jeden respondent přetížení vedením dokumentace nepocítí uje.

Schéma č. 19.: Pociťují sestry potřebu změny v dokumentaci? A jaké?



Schémata znázorňují potřebu respondentů změnit dokumentaci ve znázorněných oblastech.

Schéma č. 20.: Nejčastější duplicity udávané respondenty

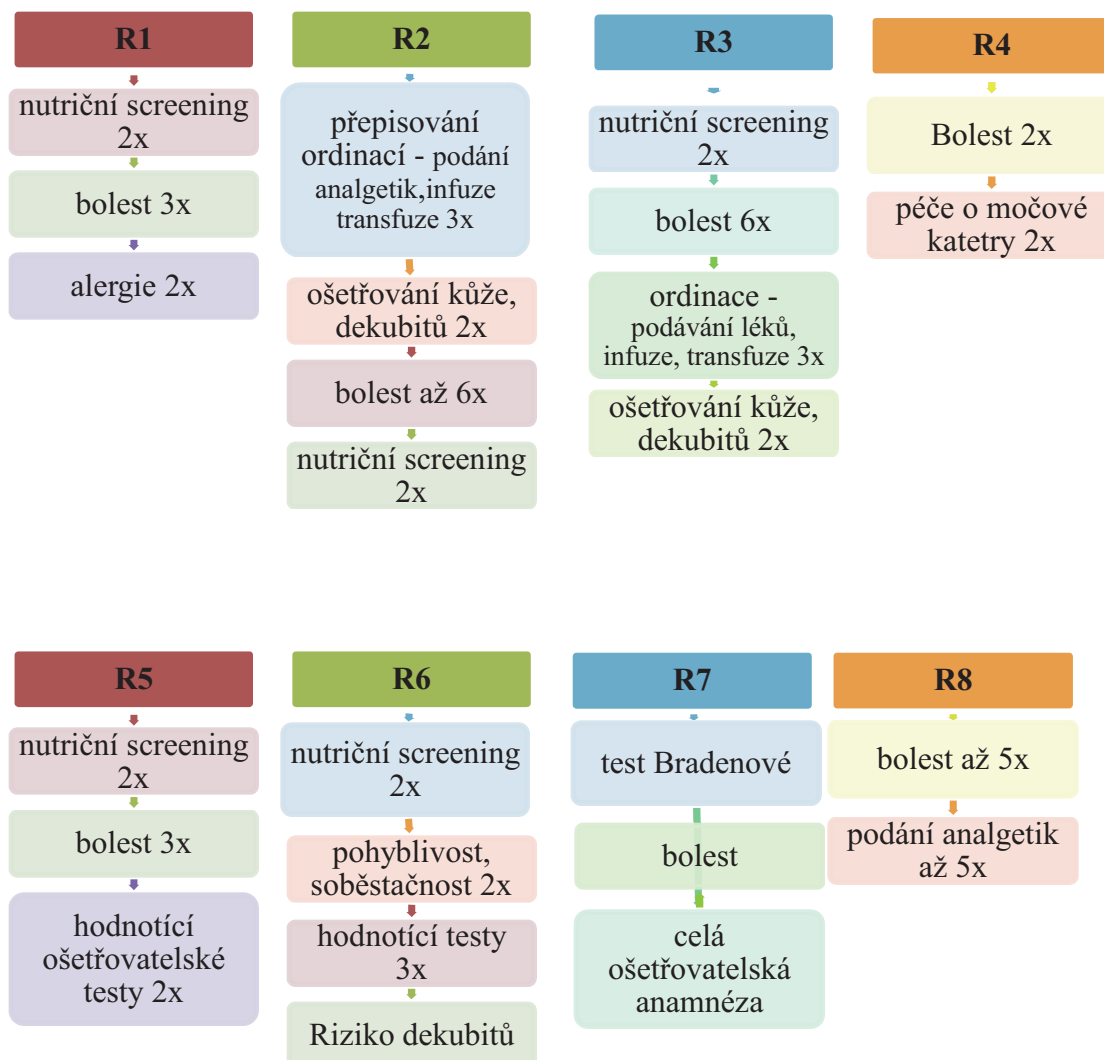


Schéma znázorňuje nejčastěji respondenty udávané duplicity v dokumentaci. Všichni respondenti se shodují u duplicit monitoringu bolesti. Respondenti R1, R2, R3, R5, R6 udávají shodně duplicitu u zaznamenávání nutričního screeningu, respondenti R2 a R3 navíc udávají duplicity v oblasti zapisování ordinací do dokumentace, ošetřování kůže/dekubitů, respondent R5 navíc udává duplicity u hodnotících ošetřovatelských testů, respondent R4 udává duplicitu u zapisování přítomnosti močového katetru, R7 udává jako duplicitní celou ošetřovatelkou anamnézu, R8 duplicitu záznamů podání analgetik.

Schéma č. 21: Respondenty udávané zbytečnosti v dokumentaci

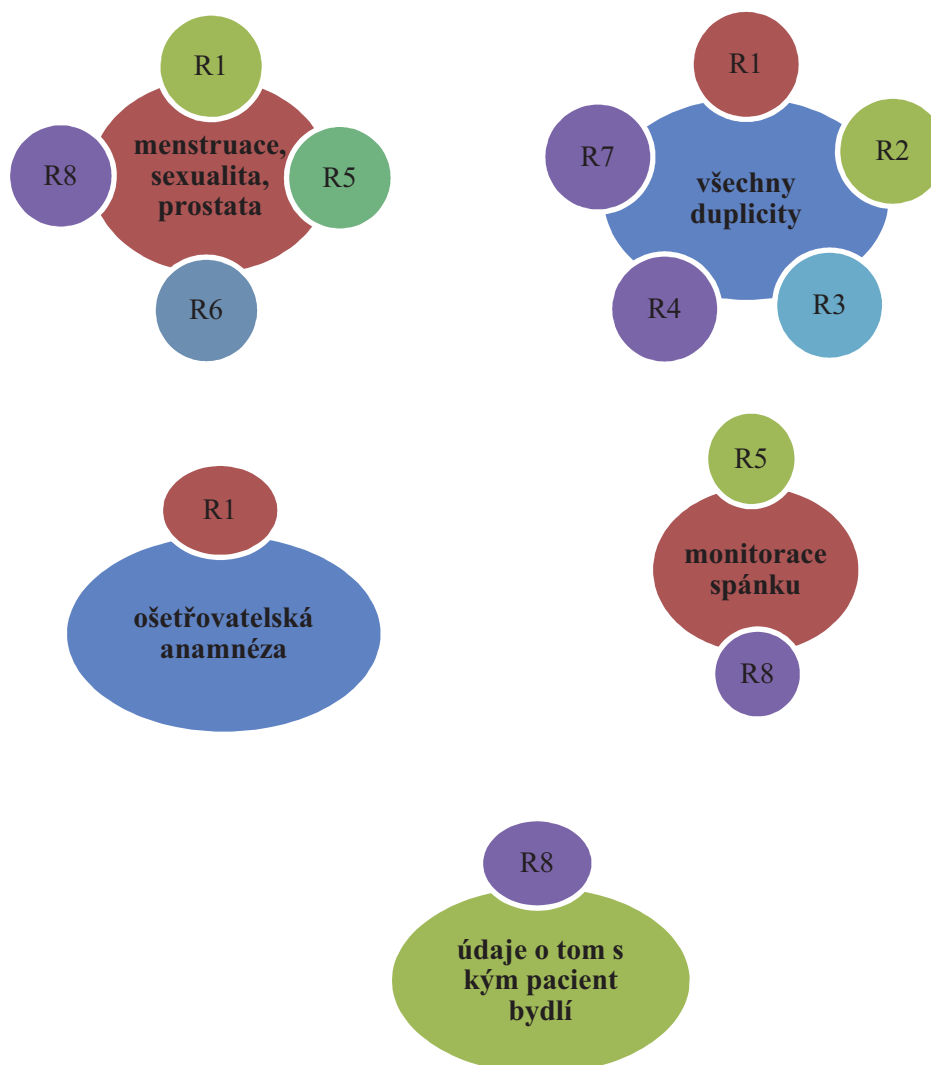


Schéma znázorňuje nejčastější zbytečnosti v dokumentaci udávané respondenty. Za zbytečné pokládají respondenti R1, R5, R6 a R7 zaznamenávání stavu menstruace, poruchy prostaty nebo sexualitu vůbec. Respondenti R1, R2, R3, R4, R7 pokládají za zbytečnosti všechny duplicity v dokumentaci. R1 považuje za zbytečné celou ošetřovatelskou dokumentaci ke které se již nevracejí, R5 a R8 vyjádřili nesouhlas se zaznamenávání monitoringu spánku a údajů o tom s kým pacient bydlí.

4.3 Výsledky analýzy dokumentace

Analýza dokumentace zkoumané nemocnice byla zaměřena na všechny součásti analyzované ve spolupráci s respondenty. Vlastní analýza byla zaměřena na zjišťování abnormalit, duplicit, zbytečností a zvláštností ve vedení dokumentace. Všechny poskytnuté součásti se shodují s částmi dokumentace znázorněné v Tabulce č. 1.

1. DEKURSY - na některých odděleních bylo zjištěno, že sestry (respondenti) provádějí **přepisování denních ordinací za lékaře.**
2. ŽÁDANKY NA VYŠETŘENÍ, OŠETŘENÍ KONSILIA - sestry často provádějí **přípravu všech žádanek na vyšetření ošetření, konsilia – RTG, ARO konsilia před operačními výkony, interní konsilia a podobně.**
3. ZVLÁŠTNÍ SEŠITY – na některých odděleních bylo zjištěno, že sestry **přepisují důležité činnosti u pacientů na 12 hodin do zvláštního sešitu**, se kterým obcházejí pacienty v pravidelných intervalech, pak **opět zjištěné údaje od pacientů přepisují do dokumentace.** Příprava tohoto seznamu, zabírá sestře přibližně 30 minut času.
4. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA (Příloha 4) – sestavena dle modelu Gordonové, kdy jsou upravené jednotlivé oblasti dle potřeb nemocnice, společné pro všechna standartní oddělení. Téměř každá oblast je doplněna o další listy v dokumentaci vytvořené dle potřeb jednotlivých oddělení, obsahující hodnotící testy - nutriční screening, hodnocení rizika pádu, monitoring akutní bolesti, polohovací záznamy, záznamy ošetřování kůže, bilance tekutin, formuláře monitoringu akutní / chronické bolesti, akutní kartu. Přidáváním těchto formulářů vznikají duplicity v dokumentaci, dokumentace se stává objemnou a nepřehlednou. Nedílnou součástí ošetřovatelské anamnézy jsou ošetřovatelské diagnózy přidávány dle stavu pacientů.
5. JIP – OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN, REALIZACE A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU – tato dokumentace je používána zejména na oddělení intenzivní péče JIP. Od Ošetřovatelské anamnézy se liší tím, že neobsahuje jednotlivé domény, ale je uzpůsobená potřebám charakteristické pro oddělení intenzivní péče. Tato anamnéza je zaměřena na všechny důležité fyziologické

funkce, které sestry zároveň zapisují do denního dekursu intenzivní péče v pravidelných intervalech, nejčastěji po 1 hodině. Dále hodnotí stav kůže rány, bolest, cévní vstupy, výživu, soběstačnost, vylučování. Tyto části jsou doplněny o další formuláře hodnotící stejný problém se stejnými dotazy. Poslední částí je nesmyslná kolonka k vypsání všech stanovených diagnóz, které jsou standardně vkládány do dokumentace na zvlášť tištěných formulářích.

6. PRÁCE S VÝSLEDKY VYŠETŘENÍ – prepisování z počítače z dokumentace pacienta do písemné dokumentace


7. HODNOTÍCÍ ŠKÁLA BRADENOVÉ (Příloha 5) – tento test neříká téměř nic o pacientovi. Hodnotí smyslové vnímání, vlhkost, výživu. Dále hodnotí pacienta **3x** na jednu stejnou schopnost, vždy jinak popsanou:

Stupeň fyzické aktivity – trvale ležící na lůžku x neschopen chůze dopomoc do sedu x chůze na krátkou vzdálenost x chodí

Pohyblivost – imobilní x změna polohy s dopomocí x mírná změna polohy bez dopomoci x bez omezení

Pohyb v lůžku – změna polohy s plnou pomocí x změna polohy s částečnou dopomocí x změna polohy bez pomoci

DUPLICITY V DOKUMENTACI:

1. Duplicita vzniká již samotným zapisováním veškerých činností, ordinací do dekursu → ošetřovatelské anamnézy → realizace ošetřovatelského plánu → hodnocení ošetřovatelského plánu  zapsáno 4x, ale může být i více například u doplnění o záznam příjmu x výdeje tekutin u podání infuzních roztoků
2. Duplicity v ošetřovatelské dokumentaci:

✓ 1. OBLAST PODPORA ZDRAVÍ

→ zde zjišťované informace – alergie, kouření, sociální podmínky, již zjišťuje lékař při příjmu pacienta.

✓ **2. OBLAST VÝŽIVA**

→ váha, výška, BMI, výsledek nutričního screeningu, výživa, stupnice Bradenové (Nortonové)



✓ **NUTRIČNÍ SREENING**

→ váha, výška, BMI, způsob příjmu potravy, věk, faktor stresu

✓ **4. OBLAST AKTIVITA A ODPOČINEK**

→ spánek, deficity sebe péče, pohyblivost, Barthelův test, hodnocení rizika



✓ **ZHODNOCENÍ RIZIKA PÁDU U PACIENTA**

→ soběstačnost a spolupráce, zhodnocení rizika

+

✓ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 00155 RIZIKO PÁDŮ, VŠECHNY OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY HODNOTÍCÍ DEFICITY SEBEPÉČE

✓ **8. OBLAST BEZPEČNOST – OCHRANA**

→ rizika dekubitů, infekce, tělesné teploty, alergie a jiné



✓ **POLOHOVACÍ ZÁZNAM, ZÁZNAM OŠETŘOVÁNÍ KŮŽE**

→ záznam dekubitů, hodnotící škála Bradenové (Nortonové), popis rány a ošetření

+

✓ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 00047 PORUŠENÍ KOŽNÍ INTEGRITY

✓ **9. OBLAST KOMFORT**

→ monitoringu bolesti, hodnocení bolesti dle stupnice



✓ **MONITORING AKUTNÍ/CHRONICKÉ BOLESTI**

→ záznam intenzity bolesti na stupnici a podání analgetik

+

✓ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 00132 AKUTNÍ BOLEST A 00133
CHRONICKÁ BOLEST

ZÁZNAM BOLESTI

- ✓ Dekurs (na některých odděleních i 2x – 3x - tištěný dekurs + dekurs JIP z vnější i vnitřní strany)
- ✓ Ošetřovatelská anamnéza (plán)
- ✓ Ošetřovatelská diagnóza 00132 Akutní bolest
- ✓ Monitoring akutní / chronické bolesti
- ✓ Hodnocení ošetřovatelského plánu a ošetřovatelské diagnózy

Bolest může být sestrou zaznamenána 7 – 8x, včetně stejného počtu zaznamenání podání analgetik, opiátů + záznam do opiátové knihy.

4.4 Výsledky snímkování pracovní doby a měření celkového času práce s dokumentací

Tabulka 5. Naměřený čas práce s dokumentací za dvanáctihodinovou směnu

Respondent	Čas v hodinách / 12 hod.
R1	6,45
R2	5,5
R3	5,2
R4	4,2
R5	9,3
R6	4,2
R7	4,45
R8	6,5
celkový průměr	5,7
pracovní doba/hod.	12

Celkem v % 48%

Tabulka 5. Znárodnuje výsledky naměřeného času respondenty za dvanáctihodinovou směnu, kdy výsledky ukazují, že respondenti v průměru tráví vedením dokumentace 5,7 hodin/ 12 hodin, což představuje 48% pracovní doby.

5 DISKUZE

Administrativa v práci sestry a čas spojený s jejím vedením, je ožehavé téma současnosti. Stále častěji se objevují články a výzkumy dokazující, že sestry tráví vedením dokumentace pacienta více a více času. Dokumentace je příliš objemná, nepřehledná, obsahuje často duplicity a zbytečnosti, díky kterým není čas při práci s dokumentací efektivně využit. Sestry se vedením dokumentace cítí přetěžovány, nemají čas na své pacienty. Jak moc se tato tvrzení zakládají na pravdě, jsme se rozhodli zjistit v této diplomové práci.

Výzkumné šetření diplomové práce *Administrativa a dokumentace ošetrovatelské péče v práci sestry* bylo zaměřeno na zmapování práce sester s dokumentací jak globálně tak i z časového hlediska, zároveň na podrobnou analýzu dokumentace na vybraných odděleních nemocnice. Bylo vybráno celkem 8 respondentů, kdy formou kvalitativního šetření byly zrealizovány polostrukturované rozhovory, analýza dokumentace a snímkování pracovní doby k získání reálného času, které sestry tráví vedením dokumentace. Otázky do rozhovorů byly vybrány tak, aby se vztahovaly ke stanoveným cílům a výzkumným otázkám.

V úvodu rozhovorů byly zjištěny základní údaje o respondentech, funkci, dosaženém vzdělání a délce praxe u lůžka. Respondenti byli dotazováni na spokojenost s používanou ošetrovatelskou dokumentací, zjišťování s jakými typy dokumentace pracují, formy dokumentace, na časové hledisko práce s dokumentací, přetížení vedením dokumentace, potřeby změn v dokumentaci, duplicity, zbytečnosti a možnosti vyjádření se k negativům v dokumentaci. Ve výsledcích byly vybrány nejdůležitější zjištěné údaje. Bylo zjištěno, že s dokumentací není spokojeno sedm z osmi respondentů. Toto zjištění není vůbec překvapivé. Z podrobné analýzy dokumentace vyšlo nemalé množství duplicit, ošetrovatelská anamnéza je nedostatečná, proto je intenzivně doplňována o další formuláře ke zjištění podrobnějších informací o pacientech. Tím se stává dokumentace objemná, náročná, nepřehledná. Náročnost dokumentace sebou přináší negativní postoj sester k práci s dokumentací, jelikož s ní tráví příliš mnoho času, sestry nestíhají efektivně zajišťovat potřeby pacientů, cítí se přetížené, touží po změně. Tyto fakta bohužel potvrzují i výsledky z rozhovorů

s respondenty. Velmi přetíženo se cítí celkem šest respondentů, pouze jeden respondent se cítí přetížen částečně a jeden přetížení necítí. Respondenti nejvíce zdůrazňovali časovou náročnost práce s dokumentací, kdy dva respondenti udávali, že stráví vedením dokumentace více než polovinu pracovní doby, dva respondenti polovinu pracovní doby a zbylí čtyři respondenti udávali dobu menší než polovinu pracovní doby. Časovou náročnost vedení dokumentace můžeme porovnat se zjištěným časovým údajem získaný prostřednictvím metody snímkování pracovní doby, kdy respondenti strávili administrativní činností téměř polovinu pracovní doby, celkem 48 %.

Potřeba změny v dokumentaci byla pěti respondenty směřována k odstranění zbytečností, tři respondenti by rádi dělali jen svou práci a ne práci s dokumentací za lékaře, dále čtyři respondenti udávali zjednodušení dokumentace, pět respondentů požadují eliminaci duplicit, čtyři respondenti by uvítali úplně jinou formu dokumentace například elektronickou a jeden respondent by ošetrovatelskou dokumentaci úplně zrušil. Jako nejčastější zbytečnosti byly respondenty označeny v třetí oblasti ošetrovatelské anamnézy Vylučování a výměna – menstruace, problémy s prostatou, kterou by odstranili čtyři respondenti. Pět respondentů pokládá za zbytečné psaní veškerých duplicitních údajů, dva respondenti pokládají za zbytečné zaznamenávat kvalitu spánku pacientů, jeden respondent by vynechal informace o tom, s kým pacient bydlí. Jeden s respondentů považuje za zbytečnou celou ošetrovatelskou anamnézu. Duplicitu v dokumentaci vnímají respondenti též velmi intenzivně, kdy celkem sedm respondentů nejvíce poukázalo na duplicitu zaznamenávání bolesti. Pět respondentů označilo duplicitu v oblasti ošetrovatelské anamnézy číslo dvě – Výživa, stejné údaje z této oblasti jsou zároveň zaznamenávány do Nutričního screeningu. Dále třemi respondenty byly udávány jako duplicitní záznamy o ošetřování kůže a rizika dekubitů, dva respondenti určili duplicitu u hodnotících testů a zapisování ordinací lékaře. Ojedinele byly určeny duplicity u zaznamenávání rizika pádu, hodnocení soběstačnosti, zaznamenávání přítomnosti permanentního močového katetru, záznamy o podávání analgetik, alergií. Na základě analýzy dokumentace potvrzujeme, že během výzkumného šetření bylo zjištěno mnoho duplicit a zbytečností v dokumentaci. Opakující zápisy údajů o pacientech navyšují časovou náročnost práce s dokumentací,

tím dochází k přetěžování sester, jejich pracovní čas není dle našeho názoru efektivně využit ve prospěch pacientů.

Velice zajímavá byla podrobná analýza dokumentace, která byla zrealizována vždy na každém vybraném oddělení zkoumané nemocnice. Největším překvapením je, že dokumentace JEDNÉ nemocnice není jednotná. Jak je možné, že na jednom standartním oddělení je dokumentace jednoduchá, přehledná, jinde naopak složitá, objemná, velmi duplicitní? Nebo jak je možné, že na jednom oddělení se testuje Nortonová (Bradenová) třikrát u jednoho pacienta, na jiném pouze jednou a to jen u hospitalizovaných pacientů déle než tři dny? Ve zdejší nemocnici je na základě zjištěné analýzy velká nejednotnost. Vondráček a Wirthová do zásad vedení dokumentace řadí, že musí být jednoduchá, věcná, srozumitelná, stručná a tak dále. Bohužel z analýzy dokumentace vyšlo, že tyto zásady nejsou v mnoha případech dodržovány. Sestry se slovy, že MUSÍ, vyškrtávají, vyplňují a zase vyškrtávají a doplňují a vlastně ani nevědí, proč a co dělají. Nevšimnou si, že jeden a ten samý test píše třikrát, jednu věc zapisují na několik míst. Nebo si toho jsou vědomi, ale pod tlakem vedení dělají, co dělat musí. Bohužel v tomto případě se ztotožňujeme s názorem Dr. Marxe (2010): „Byrokracii, si zdravotníci přidělávají sami.“. Můžeme tedy říct, že kdyby vedení mělo větší přehled o vedení dokumentace na jednotlivých odděleních, dokumentace by byla sjednocena, zjednodušená a upravena tak, aby vyhovovala potřebám všech oddělení, sestry by určitě změnilly celkový postoj k vedení dokumentace.

Analýza dokumentace byla zaměřena na všechny součásti znázorněné v tabulce číslo 1. Do výsledků analýzy byly vybrány ty části, kde byly zjištěny abnormality, zbytečnosti či duplicity.

Při analýze dekursů, žádank na ošetření/ vyšetření, nebo u vypisování výsledků vyšetření biologického materiálu z elektronické dokumentace v počítači do dekursů, bylo zjištěno, že stále na některých odděleních přetrvává přežitek, kdy sestry přepisují ordinace lékařů, vypisují žádanky na konsilia (ARO, interní), žádanky na RTG a podobně. Tato práce je však prací lékařů, sestra k této činnosti není kompetentní. Pročteme – li si vyhlášku číslo 55/ 2011 nikde se o těchto činnostech nedočteme. Můžeme tedy konstatovat, že sestry svým konáním porušují zákon. Vystavují se riziku

pochybení a zbytečně na sebe přebírají zodpovědnost za lékaře. Je velmi důležité práci za lékaře z práce sestry úplně vyřadit.

Bohužel sestry si přidělávají administrativní činnost i samy a to tím, že si na začátku směny vypisují zvláštní sešity s důležitými činnostmi u pacientů, které v průběhu směny plní a následně zjištěné data od pacientů, fyziologické funkce, aplikace injekcí, příjem a výdej tekutin, změny stavu pacienta přepisují zpět do dekursů, ošetrovatelských plánů a hodnocení. Tato administrativa je určitě zbytečná. Bylo by jednodušší, praktičtější a rychlejší u pacientů pracovat přímo s ošetrovatelskou dokumentací a dekursy.

Na základě analýzy dokumentace za nejproblematictější část považujeme ošetrovatelskou anamnézu. Ošetrovatelská anamnéza je nejen neúplná, ale v jednotlivých oblastech sestry zaškrťávají údaje, které přímo s danou oblastí nesouvisí. Například v oblasti výživy se dotazují na stav kůže a hodnotí riziko vzniku dekubitu. Ano, stav kůže a riziko vzniku dekubitu s výživou samozřejmě souvisí, ale vzhledem k tomu, že touto problematikou se zabýváme v Nutričním screeningu, navrhuje v oblasti výživy hlavně hodnotit, zda je pacient ve výživě soběstačný, jaké má dietní omezení, či stav hydratace, přítomnost sondy, parenterálního permanentního katetru, nebo centrálního žilního katetru. A takto jsou řešeny všechny oblasti ošetrovatelské anamnézy kdy je buď neúplná a je nutné ji doplnit o další formuláře, které pacienta podrobněji zhodnotí, nebo obsahuje zbytečnosti. Ošetrovatelská anamnéza je sestavena dle modelu Gordonové tak jak na nemocného nahlížela. Tento model je celosvětově nejvíce používaný, ale není již způsob sběru údajů v ošetrovatelské anamnéze dle Gordonové zastaralý, možná někdy i nevyhovující? Ano, člověk je bio – psycho – sociální jednota a musí na něho být tak nahlíženo, ale ošetrovatelství se neustále vyvíjí, proto by mohly být využity ke sběru anamnézy i jiné ošetrovatelské modely. Také by bylo jistě účelnější zaměřit se na nejdůležitější biologické procesy člověka, kdybychom například v oblasti vědomí zjišťovali, zdali je pacient orientován, klidný, či neklidný, rozrušený, zmatený, či apatický, v bezvědomí. V oblasti dýchání se zaměřit na potíže, dušnost, kašel, cyanózu. A takto bychom mohly pokračovat v dalších oblastech až po stupeň náročnosti péče. Takové vyšetření stačí doplnit o nejdůležitější testy – Barthelův

test, Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové, Zjištění rizika pádů. Na toto vše jistě bude dostačující formát papíru A4. Na základě jednoduchého vyšetření sestra snadno a určitě s potěšením stanoví ošetřovatelský plán péče a dle potřeby dokumentaci doplní například o formuláře hodnocení bolesti, polohovací záznam a podobně. U krátkodobějších hospitalizací, zejména na operačních odděleních by měla být dokumentace ještě jednodušší, jelikož se předpokládá, že když pacient přichází k operačnímu řešení určitého problému, v ostatních oblastech budou bez obtíží. Takové vyšetření by mohlo vypadat například takto: Vědomí: orientován ano ne; Psychický stav: spolupracuje nespolupracuje; Soběstačnost soběstačný nesoběstačný a tak dále. Určitě je zbytečné vyplňovat náročnou stávající dokumentaci u pacienta přijatého k artroskopii, nebo odstranění mandlí, když bude druhý den propuštěn. Řešením práce s dokumentací je také převedení na tak zvanou parametrickou dokumentaci, kdy se jedná o elektronickou verzi zdravotnické dokumentace, kterou jako první zavedl Masarykův onkologický ústav. Dokumentace je přístupná celému zdravotnickému týmu, který o pacienta pečuje. Hlavními uživateli, jsou sestry. Záleží tedy hlavně na sestrách, jaké součásti ošetřovatelská dokumentace bude mít. Výhodou parametrické dokumentace je, že umožňuje záznam všech ošetřovatelských anamnestických údajů, na základě kterých se automaticky stanovují rizika v oblasti výživy, pádů, dekubitů, soběstačnosti, bolesti, žilních vstupů, močových katétrů, a dalších. Program samotný pak automaticky vygeneruje ze získaných údajů z ošetřovatelské anamnézy ošetřovatelský plán (Bezděková, 2010).

Za největší zbytečnost v dokumentaci dle našeho názoru pokládáme nyní nově zavedenou Hodnotící škálu Bradenové, která v šesti zjišťovaných oblastech se třikrát ptá na jednu a tu samou schopnost pacienta: *Stupeň fyzické aktivity* – trvale ležící na lůžku x neschopen chůze dopomoc do sedu x chůze na krátkou vzdálenost x chodí; *Pohyblivost* – imobilní x změna polohy s dopomocí x mírná změna polohy bez dopomoci x bez omezení; *Pohyb v lůžku* – změna polohy s plnou pomocí x změna polohy s částečnou dopomocí x změna polohy bez pomoci. Tento test o pacientovi vůbec nic nevyovídá. Zejména ohodnotí - li sestra tyto tři oblasti stejnými body, počet bodů bude velmi vysoký a zjištěný údaj nemůže být objektivní, jelikož odpovídáme

tříkrát stejně na jednu schopnost. Před zavedením testu Bradenové byl používán test Nortonové, který považujeme za logičtější a přehlednější. Zaměřuje se na pacienta jako na celek od věku, schopnosti spolupráce a fyzický stav, aktivitu a pohyblivost, přidružená onemocnění, inkontinenci, aktivitu, vědomí. Zejména věk, přidružená onemocnění a stav pokožky v testu Bradenové postrádáme, jelikož je pokládáme za velmi důležité faktory v hodnocení rizika vzniku dekubitů.

V závěru analýzy dokumentace je nutné zmínit se o duplicitách v dokumentaci, kterých bylo zjištěno opravdu mnoho. Sestry zapisují jednu věc, činnost na mnoho míst - do dekursů, ošetřovatelské anamnézy, ošetřovatelského plánu, realizace plánu, hodnocení plánu, do ošetřovatelských diagnóz, hodnotících testů. Nejvíce duplicitní v dokumentaci zkoumané nemocnice je celá ošetřovatelská anamnéza, doplňovaná o další testy, screeniny, záznamy. V oblasti 1. Podpora zdraví jsou již všechny záznamy zjišťovány lékařem v příjmové dokumentaci lékaře. Oblast 2. Výživa obsahuje údaje, které sestry opět hodnotí v Nutričním screeningu, údaje ze 4. oblasti Aktivita a odpočinek je opakovaně hodnocena v Riziku pádu, ošetřovatelských diagnózách 00155 Riziko pádu a všech diagnózách deficitů sebezpečí. Podobné je to i u oblastí 8. Bezpečnost – ochrana, duplicitně zaznamenávanou v polohovacím záznamu, záznamech ošetřování kůže, ošetřovatelské diagnóze 00047 Porušení kožní integrity. Také 9. Oblast Komfort je duplicitní, kdy veškeré údaje, včetně stupnice bolesti jsou opět v Monitoringu akutní/chronické bolesti, diagnózách 00132 Akutní bolest a 00133 Chronická bolest. Bolest a podání analgetik v analýze dokumentace vyšla jako nejvíce zaznamenávaná duplicita. Duplicity zjištěné z analýzy se zároveň shodují s duplicitami udávanými respondenty v rozhovorech, kdy respondenti se cítí díky objemné dokumentaci plně duplicit velmi přetěžované, zaujímají negativní postoj k dokumentaci. Změna a eliminace duplicit je velmi žádoucí. Musíme se opět přiklonit k názorům Dr. Marxe, ředitele Akreditační komise, který v článku pro časopis Tribune řekl, že není nutné zapisovat bolest na šest míst. Stačí jedenkrát vývoj bolesti zaznamenat do grafu, aby mohl lékař dle záznamů upravovat analgetika a tím efektivně naplnit potřeby pacienta (Marx, 2010).

Poslední součástí výzkumného šetření bylo snímkování pracovní doby sester, s cílem reálně změřit čas, který sestry tráví vedením dokumentace. Snímkování pracovní doby proběhlo za plné spolupráce s respondenty během jedné dvanáctihodinové služby se zaměřením na čas práce s dokumentací. U respondenta R1, byl naměřen celkový čas šest hodin čtyřicet pět minut během denní směny v pracovním týdnu, u R2 pět hodin padesát minut během noční směny v pracovním týdnu, u R3 pět hodin dvacet minut během noční směny v pracovním týdnu, u R4 čtyři hodiny dvacet minut během denní směny v pracovním týdnu, R5 neuvěřitelných devět hodin třicet minut během denní směny v pracovním týdnu, R6 čtyři hodiny dvacet minut během denní směny v pracovním týdnu, R7 čtyři hodiny čtyřicet minut během denní směny v pracovním týdnu a R8 šest hodin třicet minut během denní směny v pracovním týdnu. Shrňme – li zjištěné údaje, u R1 bylo potvrzeno tvrzení z rozhovoru, že tráví vedením dokumentace více jak polovinu pracovní doby, ale nepotvrzuje udávaný procentuální údaj 80%. U R2 a R3 se výsledek téměř blíží respondenty udávané době, kdy tvrdili, že vedením dokumentace tráví přibližně polovinu pracovní doby. Respondent R4 v rozhovoru udával jednu třetinu pracovní doby, tento údaj v realitě je o jednu hodinu a dvacet minut vyšší, R5 odhadoval přibližně čtyři hodiny, což potvrzeno nebylo, respondent v den měření strávil vedením dokumentace o pět a půl hodiny více, díky náročné administrativě při akutním příjmu deseti pacientů a propouštěním osmi pacientů do domácí péče v kombinaci s prací s dokumentací přidělené skupiny pacientů. R6 odhadl přibližný čas tři hodiny, změřený reálný čas je také o hodinu a dvacet minut vyšší. R7 odhadoval přibližný čas čtyři hodiny, naměřený reálný čas je navýšen o čtyřicet pět minut. R8 odhadoval dvě třetiny pracovní doby, naměřený reálný čas činí šest hodin třicet minut. Po sečtení všech zjištěných časových údajů snímkováním pracovní doby byl v programu Excel spočítán celkový průměr – 5, 7 hodin a průměr procentuální – 48 %. Z celkového naměřeného průměru vyplývá, že sestry tráví celkově administrativní činností téměř šest hodin pracovní doby, čili téměř polovinu pracovní doby. Musíme konstatovat, že jsme zjištěnými časy byli ohromeni. Je neuvěřitelné, že čas, který sestry tráví vedením dokumentace je opravdu takto alarmující. Není divu, že sestry nemají vedení dokumentace rády, jsou přetíženy a že tvrdí, že tráví nad

dokumentací příliš mnoho času na úkor pacientů. Zjištěné údaje jejich tvrzení bohužel potvrzují. Zjištěný čas lze určitě ovlivnit celkovou úpravou a zjednodušením dokumentace, eliminací všech duplicitních záznamů a zbytečností v dokumentaci, zejména odstraněním všech činností s lékařskou dokumentací, ke kterým sestry nejsou kompetentní. Změna a zjednodušení dokumentace bude jistě sestry více motivovat k práci s ošetrovatelskou dokumentací a nebudou nucené si přidělovat administrativní činnost s vypisováním zvláštních sešitů s důležitými úkoly u pacientů. Vyhláška číslo 98/2012 , O zdravotnické dokumentaci, stanovuje součástí ošetrovatelské dokumentace. Součástí ošetrovatelské dokumentace musí být ošetrovatelská anamnéza a zhodnocení zdravotního stavu pacienta, ošetrovatelský plán s popisem ošetrovatelského problému a stanovenými ošetrovatelskými diagnózami, stanovenými činnostmi a výkony, jejich realizací a hodnocením a průběžnými záznamy o vývoji zdravotního stavu. Poslední součástí ošetrovatelské dokumentace musí být překládová a propouštěcí ošetrovatelská zpráva. Vyhláška současně udává, že jednotlivé součásti dokumentace může přizpůsobit charakteru poskytované péče, zejména u dlouhodoběji hospitalizovaných pacientů. Vyjmenované součásti mohou být doplněné o důležité testy – Nortonové, Barthelův test, Riziko pádu a jiné. Samozřejmě záleží, jakou formu ošetrovatelské anamnézy zdravotnické zařízení zvolí. Zvolí - li anamnézu nevyhovující, neúplnou, kterou bude nutné stále doplňovat, jako dokumentace ve zkoumané nemocnici, nebude chtít s takovou dokumentací nikdo pracovat a stane se časově náročnou. Na tuto možnost však legislativa nepomýšlí. Myslíme si, že dokumentace by měla být jednoduchá, výstižná, zachycující nejdůležitější údaje o pacientovi, zejména však jednotná a to nejlépe celorepublikově. Když může Ministerstvo zdravotnictví stanovit ošetrovatelské postupy, standardy ošetrovatelské péče, proč nemůže mít Česká republika jednotnou dokumentaci pro všechny nemocnice?

6 ZÁVĚR

Administrativa a dokumentace ošetrovatelské péče v práci sestry je v současné době velmi přetřásané téma. Sestry směřují kritiku zejména k objemu dokumentace, dokumentace je nepřehledná, složitá, zápisy se zbytečně opakují, zapisují se na mnoho míst. Sestry tráví zapisováním mnoho času, udávají, že i třetinu pracovní doby. Nářky, že nemají čas na pacienty, nejsou zaznamenávány jen z řad sester, ale bohužel už i z řad samotných pacientů. To, že si kvůli papírování nemohou často udělat ani povinnou přestávku na jídlo už sestry ani nekomentují.

V rámci výzkumného řešení byla použita kvalitativní metoda. K výzkumnému šetření byly použity metody individuálních polostrukturovaných rozhovorů, analýza dokumentace a metoda snímkování pracovní doby. Metody výzkumu sloužily k dosažení stanovených cílů a k zodpovězení stanovených výzkumných otázek. Výzkumné šetření proběhlo od února do června roku 2014 v nemocnici u záměrně vybraných respondentů na standartních odděleních nemocnice a odděleních intenzivní péče. Jednalo se o osm respondentů, osm všeobecných sester s různou úrovní vzdělání.

První cíl byl zaměřen na zmapování postoje sester k vedení dokumentace na vybraných odděleních nemocnice. Cíl byl splněn. V rámci výzkumného řešení bylo zjištěno, že postoj sester je velmi negativní. Konkrétně sedm respondentů je nespokojeno s vedením dokumentace, pouze jen respondent dokumentaci negativně nevnímá. Sestry udávaly, že dokumentace je velmi časově náročná, objemná, špatně se s ní pracuje, obsahuje duplicitu a zbytečnosti, což je příčinou jejich negativního postoje. V souvislosti s plněním prvního cíle jsme získali odpověď na výzkumnou otázku 1: „Cítí se sestry přetěžovány vedením ošetrovatelské dokumentace?“ Vedením dokumentace se cítí sestry velmi přetížené, sestry touží po změnách a úpravě dokumentace. Přetíženost *ano, velmi* vyjádřilo celkem šest respondentů, jeden respondent částečně, pouze jeden respondent přetížení nepocítuje.

Druhým cílem výzkumného šetření bylo zmapovat, jak vnímají sestry vedení dokumentace z časového hlediska a kolik času reálně stráví s dokumentací v rámci pracovní doby. Ke splnění cíle 2 byla použita metoda rozhovoru, konkrétně otázky číslo pět, šest a sedm. Na základě odpovědí respondentů bylo zjištěno, že si respondenti

myslí, že vedením dokumentace tráví více času než s pacienty. Vedením dokumentace tráví respondenti příliš mnoho času, zároveň jsme od respondentů získali odhadované časové údaje práce s dokumentací. K reálnému změření času věnovaný práci s dokumentací byla použita metoda snímkování pracovní doby, kdy do záznamového archu byl zaznamenán změřený časový údaj konkrétní činnosti práce s dokumentací, hodnoty byly na konci měření sečteny u každého respondenta. Ze všech naměřených časových údajů byla vyhodnocena průměrná časová doba a zároveň procentuální průměr. Cíl 2 byl splněn.

Třetím cílem bylo provést analýzu ošetrovatelské dokumentace na vybraných odděleních nemocnice. Cíl 3 byl splněn. Analýza dokumentace ukázala nejednotnost a rozdílnost v dokumentaci mezi vybranými odděleními. Byly odhaleny složitosti, duplicity a zbytečnosti. Na mnoha oddělení je dokumentace náročná, objemná jinde naopak jednoduchá, přehledná, vyhovující potřebám konkrétního oddělení.

Odpověď na Výzkumnou otázku 3: „Je čas věnovaný práci s dokumentací efektivně využit?“, můžeme dohledat mezi řádky ve výsledcích, diskuzi i v závěru. Výzkumné šetření ukázalo, že sestry dělají práci za lékaře, ke které nejsou kompetentní, dále si sami přidělávají práci tím, že nepracují s ošetrovatelskou dokumentací, ale vypisují si další pomůcky k práci, které sestřím zabírají další čas. Dokumentace je velmi objemná, náročná, nepřehledná, neúplná, nebo obsahuje zbytečnosti a zejména duplicity. Některé údaje jsou zaznamenávány několikrát na různá místa v dokumentaci. Odpověď na otázku je tedy jednoznačná, NE, čas věnovaný práci s dokumentací rozhodně není efektivně využit.

Poslední Výzkumná otázka 4 se dotazovala respondentů, zda by sestry uvítaly změny v současné dokumentaci. Tato otázka byla přímo součástí otázek v rozhovoru. Souhrnně ANO, téměř všichni respondenti by uvítali nějakou změnu v dokumentaci.

Cíle diplomové práce „Administrativa a dokumentace ošetrovatelské péče v práci sestry“ byly splněny, všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Doporučení pro praxi:

Výsledky této diplomové práce bychom rádi poskytli vedení zkoumané nemocnice. Doufáme, že zjištěné údaje vezmou vážně, zároveň doufáme, že povedou k radikálním změnám. Navrhujeme v první řadě plně odstranit z práce sester administrativu lékařů, které provádějí i s rizikem porušení zákona. Dále sestry by měly více pracovat s ošetrovatelskou dokumentací, aby ušetřily čas, který investují do vypisování zbytečných „taháků“. Aby se sestrám s dokumentací dobře pracovalo, měla by být stávající ošetrovatelská dokumentace zcela zrušena a nahrazena jednodušší, stručnější, věcnější a praktičtější dokumentací. Tím by se vyřešily všechny problémy, na které sestry poukazují. Ošetrovatelské vyšetření nemusí být rozsáhlé, ale zaměřené na nejdůležitější procesy pacienta, které se budeme dotazovat přímo a výstižně, například: Hygiena samostatně; s dopomocí; neprovede, nebo Bolest ano; ne; akutní; chronická; intenzita: ostrá, pulzující, řezavá, kolikovitá, tupá, pálivá + škála 0 – 5 bodů. Takové vyšetření by bylo doplněné jen důležité testy ke zjištění rizik u dlouhodobé péče. Myslíme, že takové vyšetření je velmi výstižné a není nutné je ničím rozšiřovat. Velkým pomocníkem pro sestry by bylo vytvoření jednoduché ošetrovatelské dokumentace pouze pro krátkodobé hospitalizace, aby sestry nemusely dlouhou a náročnou dokumentaci psát u pacientů, kteří budou následující den propuštěni do domácího ošetřování. Nápad jak formulovat takový plán již zmiňujeme v diskuzi. Možností změny práce s dokumentací by mohlo být převedení na tak zvanou parametrickou dokumentaci, kdy se jedná o elektronickou verzi zdravotnické dokumentace. Tuto možnost a popsání programu zmiňujeme již v diskuzi.

Jsme si vědomi, že provádět změny v tak velké nemocnici a zavádět novinky je velice náročné a personál změny příliš nevíta. Příkladem jak zavádět změny ve velké nemocnici může být právě Masarykův onkologický ústav, který první zavedl parametrickou dokumentaci. Zde mají specializované oddělení, kde všechny nové změny zkoušejí, eliminují chyby, navrhují zlepšení. Sestry výzkumnice jsou na svou pestrou práci zvyklé, neustálé změny je nepřekvapují a rychle se na změny adaptují.

Myslíme si, že takové specializované výzkumné oddělení, by mělo být součástí každé větší nemocnice.

Poslední záležitostí, na kterou máme potřebu upozornit, je nedostatek personálu. Nedostatek personálu na některých odděleních je velmi alarmující, ani ne tak sester, jako personálu pomocného. Během rozhovorů jsme zaznamenali, že sestry zajišťují návozy na operační sály a zpět na oddělení úplně samy. Nemají pomocný personál ani na velmi důležité polohování pacientů. Situace řeší vzájemným vypomáháním z jiných stanic. Sestry dělají práci, kterou může zvládnout jakýkoliv pomocný personál, například hygienu pacientů, péči o lůžko, zajištění hydratace, rozdávání stravy, donášení podložních mís, bažantů a podobně. Pokud by tyto práce byly zajištěny pomocným personálem, sestry by měli více času na odbornou práci a na pacienty samotné, nemusely by pracovat ve spěchu a jistě by lépe zvládaly náročnou dokumentaci, nemluvě o jejich přetížení a stále více se objevujícím syndromu vyhoření.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- VONDRÁČEK, Lubomír, M. LUDVÍK a J. NOVÁKOVÁ. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2003, 72 s. ISBN 8024707047.
- ČESKÁ REPUBLIKA. *Vyhláška o zdravotnické dokumentaci*. [online]. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2012, roč. 2012, č. 98, 39/2012. [cit. 5. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>.
- BEZDĚKOVÁ, Iva. *Sestry mají kvůli dokumentaci méně času na pacienta*. [online]. 2009. Medical tribune cz. [cit. 22. 3. 2014]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/16106>.
- ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Průzkum: Sestry jsou přesvědčeny, že jich na péči není dost*. [online]. 2013. Mladá fronta. Zdravotnictví a medicína. [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/pruzkum-sestry-jsou-presvedceny-ze-jich-na-peci-neni-dost-472492?category=z-domova>.
- ŠMÍDOVÁ, Alena. *Komunikace ve zdravotnictví – potřeba kontaktní sestry*. [online]. 2012. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Konference nadačního fondu Porozumění. [cit. 12. 1. 2014]. Dostupné z: <http://www.porozumeni.cz/nase-projekty/67/6/konference-na-tema-kontaktni-sestra>.
- BEZDĚKOVÁ, Iva a David MARX. *Zdravotníci si byrokracii přidělávají sami*. [online]. 2010. Medical tribune cz. [cit. 22. 3. 2014]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/16136-zdravotnici-si-byrokracii-casto-pridelavaji-sami>.
- ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů*. [online]. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2011, roč. 2011, č. 105, 40/2011. [cit. 2. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-105>.
- ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních*. [online]. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2004, roč. 2004, č. 96, 30/2004. [cit. 2. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.

- ČESKÁ REPUBLIKA. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. [online]. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2011, roč. 2011, č. 55, 20/2011. [cit. 2. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.
- VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada, 2008, 88 s. ISBN 9788024727639.
- POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010, s. 223. ISBN 9788024723587.
- RADA EVROPY. Úmluva o lidských právech a biomedicíně.[online] Děčín: Česká lékařská komora, 2001.[citováno 2013-12-14]. Dostupné z: http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/Uml096-2001_EtikaBiomed.html.
- *Úmluva na ochranu lidských prav a důstojnosti lidské bytosti* [online]. 2007. [citováno 2013-12-14]. Dostupný z: <http://www.nrzp.cz/zahranicidokumenty>.
- ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o zdravotních službách*. [online]. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2011, roč. 2011, č. 372, 131/2011. [cit. 22. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
- ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon o získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře*. [online]. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2004, roč. 2004, č. 95, 30/2004. [cit. 22. 11. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95>.
- ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon o elektronickém podpisu*. [online]. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2000, roč. 2000, č. 227, 68/2000. [cit. 5. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-227>.
- ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon o ochraně veřejného zdraví*. [online]. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2000, roč. 2000, č. 258, 74/2000. [cit. 11. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>.
- KILÍKOVÁ, Mária. *Kvalita vedenia ošetrovateľskej dokumentácie v praxi*. In Kontakt, 2009, roč. I., č. 11, [online]. ISSN 1212-4117. [cit. 3. 5. 2013].

Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1-2009/511-kvalita-vedenia-osetrovatel-skej-dokumentacie-v-praxi>.

- MÜLLEROVÁ, Nina. *Jednotný postup při vedení ošetrovatelské dokumentace*. [online]. Plzeň: 2003. Fakultní nemocnice Plzeň. [cit. 20. 12. 2013]. Dostupné z: http://www.fnplzen.cz/asp/standardy-new/soubory/31_SOP.pdf.
- TÓTHOVÁ, Valerie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009, 160 s. ISBN 9788073871.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. [online]. Praha: 2004, 9/ 2004. [cit. 13. 12. 2013]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html.
- ČESKÁ REPUBLIKA. *Listina základních práva a svobod*. [online]. In: Sbírka zákonů České republiky. 1993, roč. 1993, č. 2, 1/1993. [cit. 13. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>.
- ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů*. [online]. In: Sbírka zákonů České republiky. 2000, roč. 2000, č. 101, 32/2000. [cit. 13. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-101>.
- ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon občanský zákoník*. [online]. In: Sbírka zákonů České republiky. 2012, roč. 2012, č. 89. [cit. 13. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>.
- ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon trestní zákoník*. [online]. In: Sbírka zákonů České republiky. 2009, roč. 2009, č. 40, 11/2009. [cit. 13. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>.
- ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon české národní rady o přestupcích*. [online]. In: Sbírka zákonů České republiky. 1990, roč. 1990, č. 200, 35/1990. [cit. 17. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1990-200>.
- ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon o archivnictví a spisové službě*. [online] In: *Sbírka zákonů*. 2004, č. 499, 173. [citováno 14. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-499>.

- MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 8024705850.
- GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd., Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 8072269968.
- PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 9788024738710.
- BÁRTLOVÁ, Sylva a Jana SOMROVÁ. *Význam indikátorů kvality v ošetrovatelské péči*. [online]. Bratislava: 2012. Ošetrovatelský obzor 3-4/2012. [cit. 15. 2. 2014]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelsky.herba.sk/osetrovatelsky-obzor-3-4-2012/vyznam-indikatoru-kvality-v-osetrovatelske-peci>.
- KILÍKOVÁ, Mária a Viera JAKUŠOVÁ. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008, 148 s. ISBN 9788080632908.
- GROHAR-MURRAY, Mary Ellen, Helen R DICROCE, Jana HEŘMANOVÁ a Věra TOPILOVÁ. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 2003, 317 s. ISBN 8024702673.
- MINISTERSVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Standardy ošetrovatelské péče*. [online]. Praha: 2013. [cit. 3. 3. 2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/standardy-osetrovatelske-pece_7399_2849_29.html.
- JOINT COMMISSION INTERNATONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči: komentovaný oficiální překlad*. Přeložila Veronika Di Cara. Praha: Grada, 2005, 247 s. ISBN 8024710013.
- MARX, David a František VLČEK. *Akreditační standardy pro nemocnice*. [online]. Praha: 2014. Spojená akreditační komise. [cit. 3. 3. 2014]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace>.
- UHEREK, Pavel. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků: komplexní rozbor aktuální právní úpravy: výjimky a právní odpovědnost: řešení sporných či komplikovaných případů z praxe: praktickou součástí jsou zpracované vzory formulářů : publikace poradí i pacientům, osobám blízkým či studentům středních a vysokých škol*. Praha: Grada, 2008, 182 s. ISBN 9788024726588.

- NING, W., D. HAILEY a P. YU. *Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review*. [online]. New South Wales: 2011. *Journal of advanced nursing*. 9/2011. s. 1858 – 1875. ISSN: 1365-2648. [citováno 13. 5. 2013]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21466578>.
- KAREŠ, Jiří, Marie DRLÍKOVÁ a Iva BRABCOVÁ. *Moderní metody řízení*. České Budějovice: Jihočeská univerzita (České Budějovice). Zdravotně sociální fakulta, 2006, 137 s. ISBN 8070408529.
- ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005, 162 s. ISBN 8070134194.
- BLAIR Wendy a Barbara SMITH. *Nursing documentation: Frameworks and barriers*. Palmerston North: 2012, *Contemporary Nurse*. 2/2012. ISSN 1037-6178. [citováno 13. 5. 2013]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22551265>.
- BURIÁNEK, Jan. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. Praha: Linde, 2005, 204 s. ISBN 8072015443.
- FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 8080632278.
- HERDMAN, T. Heather. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2009-2011*. Přeložila Pavla Kudlová. Praha: Grada, 2010, 456 s. ISBN 9788024734231.
- HOLUBOVÁ, Adéla a Alena PÁLKOVÁ. *Jak vnímají sestry ošetrovatelskou dokumentaci?* [online]. Tábor: 2012. *Sestra* č.1/2012. ISSN 1210-0404. [cit. 12. 5. 2013] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/jak-vnimaji-sestry-oseetrovatelskou-dokumentaci-463100>.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2007, 133 s. ISBN 8085866552.
- KLÁNOVÁ, Markéta. *Zdravotnická dokumentace*. Praha: 2009. *Sestra* 6/2009. s. 12–13, ISSN 1210-0404.

- LAITINEN, H., M. KAUNONEN a P. ÅSTEDT-KURKI. *Patient-focused nursing documentation expressed by nurses*. [online]. Yannawa: 2010. Journal of Clinical Nursing. 19/2010. s.489 – 497 ISSN: 1365-2702. [citováno 13. 5. 2013] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20500288>.
- MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 8024713993.
- *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. Přeložila Simona Šeclová. Praha: Grada. 2002. 389 s. ISBN 8024702789.
- STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 8071842435.
- STRNAD, Zdeněk. *K vyhlášce č. 385/2006Sb. O zdravotnické dokumentaci. Diagnóza z ošetrovatelství*. 2007, roč. 3, č. 3, 109 s. ISSN 18011349.
- VAŠÁTKOVÁ, I. *Ošetrovatelská dokumentace*. Hradec Králové: RNDr. František Skopec, CSc. – Nukleus HK, 2005. 68 s. ISBN: 8086225720
- VAŠÁTKOVÁ, Ivana. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 43 s. ISBN 8070133279.
- VONDRÁČEK, L. a V. Wirthová. *Právní minimum pro sestry (příručka pro sestry)*. Praha: Grada Publishing. 2009. 95 s. ISBN 978802473132.
- WOLTER, P., W. SERMEUS, R. M. B. NIEWEG a C. P. VAN DER SCHANS. *Prevalence of accurate nursing documentation in patient records*. [online]. Belgie: 2010. Journal of advanced nursing.11/2010. [citováno 2013-06-13]. s. 2481–2489. ISSN: 1365-2648. [citováno 13. 5. 2013]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20735494>.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Sestra

Administrativa

Zdravotnická dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelský standart

Ošetrovatelský audit

9 PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Standard ošetrovatelské dokumentace
2. Otázky do rozhovoru
3. Záznamový list
4. Ošetrovatelská anamnéza
5. Test Bradenové

Standard „Vedení ošetrovatelské dokumentace“

Definice: Ošetrovatelská dokumentace je systematické zaznamenávání plánované i neplánované ošetrovatelské péče poskytované klientovi/pacientovi všeobecnou sestrou (dále jen sestrou) a porodní asistentkou a ostatními členy ošetrovatelského týmu, kteří pod vedením kvalifikované sestry/porodní asistentky pracují. Vedení záznamu může efektivním způsobem ovlivňovat ošetrovatelskou praxi a porodní asistenci.

Standard: Zdravotnická zařízení dokumentují realizaci ošetrovatelského procesu v ošetrovatelské části zdravotnické dokumentace (dále jen ošetrovatelské dokumentace), která vychází a je v souladu s platnou legislativou.

Cíl standardu:

- Zabezpečit chronologický přehled a kontinuitu ošetrovatelské péče.
- Zajistit zdokumentování vývoje zdravotního stavu klienta/pacienta se zaměřením na výsledky.
- Zajistit interdisciplinární důslednost a spojení cílů léčby a péče pro vývoj stavu klienta/pacienta.
- Řádně vést, uchovávat, předávat údaje a informace o pacientovi, tzn. čitelně, srozumitelně, přesně, pravdivě, přehledně a úplně.
- Poskytnout základ pro komplexnější rozpracování standardu vedení ošetrovatelské dokumentace dle možností příslušného zdravotnického zařízení

Cílová skupina: Zdravotnická zařízení a instituce poskytující ošetrovatelskou péči:

- lůžková zařízení,
- agentury domácí péče,
- agentury péče o matku,
- praxe praktických a odborných lékařů,
- zařízení poskytující hospicovou péči,
- stacionáře zdravotní péče,
- ošetrovatelské domy,
- domovy důchodců a všechny typy ústavů sociální péče,
- další instituce dle vývoje struktury zdravotnických zařízení v České republice.

Poskytovatelé ošetrovatelské péče, pro něž je standard závazný:

- všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb.,
- všeobecné sestry-specialistky v rozsahu získané specializace,
- porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb.,
- porodní asistentky-specialistky v rozsahu získané specializace.

Platnost standardu: 2 roky (po dvou letech aktualizovat)

Odpovědnost za realizaci: vedoucí pracovník na úseku ošetrovatelské péče

Kritéria struktury:

S1 Pracovníci: sestry a porodní asistentky, které jsou dle současných právních norem kompetentní řádně vést, uchovávat, předávat údaje a informace o pacientovi.

S2 Prostředí: zdravotnická zařízení a instituce poskytující ošetrovatelskou péči.

S3 Dokumentace: sestra má k dispozici pro udržování kontinuální péče ošetrovatelskou dokumentaci, jejíž součástí jsou následující formuláře:

- vstupní zhodnocení zdravotního stavu, které zahrnuje:
 - ošetrovatelskou anamnézu
 - fyzikální vyšetření sestrou,
 - různé hodnotící měřicí techniky.
- ošetrovatelský záznam jehož součástí je
 - ošetrovatelský plán/standardní ošetrovatelský plán,
 - realizace ošetrovatelského plánu,
 - hodnocení plánu/hlášení,
- ošetrovatelská / sesterská překladová zpráva/propouštěcí zpráva,
- jmenný seznam oš. týmu včetně podpisových vzorů
- seznam standardizovaných zkratk a další formuláře dle zvyklosti oddělení,
- lokální standard vedení ošetrovatelské dokumentace,
- standard ošetrovatelského procesu.

Kritéria procesu:

P1 Sestra nebo porodní asistentka vyplní ošetrovatelskou dokumentaci v následujících částech:

- Ošetrovatelská anamnéza a fyzikální vyšetření
- Ošetrovatelský plán / standardní ošetrovatelský plán
- Realizace ošetrovatelského plánu
- Hodnocení plánu / hlášení
- Sesterská překladová zpráva / propouštěcí zpráva
- Doplňující speciální formuláře

P2 Sestra nebo porodní asistentka vypracuje ošetrovatelskou anamnézu a fyzikální vyšetření do 24 hodin po přijetí klienta/pacienta

A) V ošetrovatelské anamnéze vyplní tyto identifikační údaje:

- příjmení a jméno klienta / pacienta,
- identifikační číslo (rodné číslo apod.),
- identifikaci zdravotnického zařízení a oddělení,
- pořadové číslo formuláře (list č.),
- telefonní kontakt do zdravotnického zařízení.

B) Získává informace pomocí rozhovoru, pozorování, měřeními fyziologických funkcí a základním fyzikálním vyšetřením.

P3 A) Na základě adekvátně získaných vstupních informací o stavu pacienta, sestavené ošetrovatelské anamnézy a analýz získaných informací sestaví a zaznamenává sestra nebo porodní asistentka ošetrovatelský plán do 24 hodin od přijetí pacienta / klienta a kontrolu plánu provádí průběžně.

B) Sestra nebo porodní asistentka v ošetrovatelském plánu dokumentuje následující údaje:

- identifikace ošetrovatelských diagnóz – datum jejich stanovení
- stanovení ošetrovatelských cílů pro každou ošetrovatelskou diagnózu
- určení výsledných kritérií pro každý cíl
- plánování ošetrovatelských intervencí provádí průběžně
- hodnocení efektu poskytnuté péče provádí průběžně
- datum zpracování plánu
- záznamy o realizaci výkonů

- záznam o mimořádných situacích
- podpis sestry, která plán vypracovávala
- podpis sester, které se na poskytované péči podílely.

P4 Sestra nebo porodní asistentka dokumentuje veškeré činnosti a reakce na ně, které provádí v rámci realizace ošetrovatelského plánu, tak aby byla zřejmá identita sestry, která ošetrovatelskou péči o klienta prováděla. Důležité záznamy obsahují datum, čas a podpis sestry, která výkon provedla.

P5 Sestra nebo porodní asistentka hodnotí vývoj zdravotního stavu klienta/pacienta, zaznamenávání pokroků provádí průběžně. Hodnocení provádí porovnáním zaznamenaných očekávaných výsledků a skutečného stavu klienta/pacienta.

Průběžně vyhodnotí **pozitivní a negativní reakce pacienta** na poskytovanou péči, léčebné/diagnostické výkony, léčbu, ošetrovatelské intervence, rehabilitaci apod.

Hodnocení zahrnuje průběžné a závěrečné hodnocení vývoje zdravotního stavu. Průběžné hodnocení je zapisováno do ošetrovatelské dokumentace, závěrečné do překladové nebo propouštěcí zprávy.

P6 Sestra nebo porodní asistentka provádí záznamy do ošetrovatelské dokumentace tímto způsobem:

- formuláře vyplňuje pouze **nesmazatelným psacím prostředkem**, nepoužívá se obyčejná tužka či inkoustová pera
- opravy chybného záznamu v ošetrovatelské dokumentaci provádí pouze jednoduchým vodorovným škrtnutím. U každé opravy zaznamenává datum, kdy k němu došlo, a parafru/podpis/iniciály sestry, která přepis prováděla
- nevyplněné kolonky nesmí zůstat prázdné, sestra nebo porodní asistentka je proškrtává
- všechny záznamy zapisuje **srozumitelně** – jak v používání ošetrovatelské terminologie, tak čitelností písma, **stručně** – aby jejich význam nevyvolával žádné pochyby, **úplně** – obsahující všechny nezbytné informace
- v záznamech lze používat pouze standardizované zkratky (vypracovaný seznam podle zvyklostí oddělení).

P7 Sestra nebo porodní asistentka používá, dle individuálních problémů pacienta/klienta, další složky ošetrovatelské dokumentace, např.:

- diabetická karta
- dokumentace / anamnéza rány
- akutní karta
- bilance tekutin
- kontinuální sledování výskytu dekubitů
- vyhodnocení rizika dekubitů, pádů
- Barthelův index soběstačnosti

P8 Ošetrovatelská dokumentace je bezpečně uložena na určeném místě, tak aby byla chráněna před únikem osobních dat.

Kritéria výsledku:

V1 V ošetrovatelské dokumentaci je vytvořen podklad pro sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče.

V2 Jsou vytvořeny podklady pro zajištění chronologického přehledu a kontinuity ošetrovatelské péče.

- V3 Ošetrovatelská dokumentace poskytuje přehled o obsahu a rozsahu, komplexnosti a úplnosti poskytnuté péče, a to i zpětně.
- V4 Ošetrovatelská dokumentace je zdrojem dat pro forenzní účely.
- V5 Ošetrovatelská dokumentace slouží jako podklad pro hodnocení ošetrovatelské péče a spokojenosti klienta/pacienta s poskytnutou péčí.

Vyhodnocení standardu „Vedení ošetrovatelské dokumentace“

Kontrolní kritéria k ošetrovatelskému auditu „Vedení ošetrovatelské dokumentace“

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	ano	ne
S1	Provádějí záznamy do dokumentace kompetentní osoby?	Pohledem do dokumentace		
S3	Používá sestra základní formuláře určené pro zachování kontinuální péče?	Pohledem na jednotlivé formuláře		
S3	Je na oddělení seznam standardizovaných zkratk?	Dotazem na oš. personál; pohledem do seznamu		
S3	Je na oddělení jmenný seznam oš. týmu včetně podpisových vzorů?	Dotazem na oš. personál; pohledem do seznamu		
S4	Je na oddělení standard „Vedení ošetrovatelské dokumentace“?	Pohledem do dokumentace		
P1	Zahrnuje ošetrovatelská dokumentace: <ul style="list-style-type: none"> - ošetrovatelskou anamnézu? - fyzikální vyšetření? - použití různých hodnotících a měřících technik? - údaje o bio-psycho-sociálních, spirituálních potřebách klienta/pacienta? 	Pohledem do dokumentace		
P2	Je ošetrovatelská anamnéza vypracována do 24 hodin?	Pohledem do ošetrovatelské anamnézy		
P2	Obsahuje každý formulář: příjmení a jméno klienta / pacienta, identifikační číslo, identifikaci zdravotnického zařízení a oddělení, pořadové číslo formuláře (list č.), telefonní kontakt do zdravotnického zařízení?	Pohledem do dokumentace		
P3	Obsahuje ošetrovatelský plán tyto údaje: <ul style="list-style-type: none"> - identifikace ošetrovatelských diagnóz – datum jejich stanovení? - stanovení ošetrovatelských cílů pro každou 			

	<p>ošetřovatelskou diagnózu?</p> <ul style="list-style-type: none"> - určení výsledných kritérií pro každý cíl? - plánování ošetřovatelských intervencí – písemný plán? - hodnocení efektu poskytnuté péče – průběžně? - datum zpracování plánu? - záznamy realizovaných výkonů? - záznamy mimořádných událostí? 	Pohled do ošetřovatelského plánu		
P4	Lze z dokumentace jasně identifikovat sestru, která prováděla oš. péči?	Pohledem do dokumentace		
P4	Obsahují důležité záznamy datum, čas a podpis sestry, která výkon provedla?	Pohledem do dokumentace		
P5	Jsou zaznamenávány pozitivní/negativní reakce pacienta?	Pohledem do dokumentace		
P6	Jsou záznamy do ošetřovatelské dokumentace zaznamenány propisovací tužkou?	Pohledem do dokumentace		
P6	Jsou všechny údaje zaznamenané sestrou čitelné?	Pohledem do dokumentace		
P6	Opravy chybného záznamu se provádějí dle protokolu?	Pohledem do dokumentace		
P7	Využívají se na oddělení speciální formuláře dle charakteru oddělení?	Pohledem do speciálních formulářů		
P8	Je dokumentace bezpečně uložena na předepsaném místě?	Pohledem na dokumentaci		
V1	Je ošetřovatelská dokumentace kompletní a obsahuje všechny záznamy?	Pohledem do dokumentace		

Vysvětlivky:

S – kritéria struktury

P – kritéria procesu

V – kritéria výsledku

Kódy a jejich číslování v auditu odpovídají příslušným kritériím standardu

Otázky k rozhovoru

<u>Oddělení:</u>	<u>Pracovní zařazení:</u>
<u>Délka praxe u lůžka:</u>	<u>Nejvyšší dosažené vzdělání:</u>
Jak se Vám pracuje s ošetrovatelskou dokumentací na Vašem oddělení?	
S jakými typy ošetrovatelské dokumentace pracujete? Prosím vyjmenujte, např. ošetrovatelská anamnéza, hodnotící testy, informované souhlasy, šatní lístky, propouštěcí/překládová zpráva apod.	
Jaká forma vedení dokumentace je na Vašem oddělení upřednostňována – písemná, elektronická, kombinovaná?	
Máte zkušenosti i s jinou dokumentací z jiných zdravotnických zařízení? Můžete vyjádřit pozitiva x negativa.	
Myslíte si, že trávíte vedením ošetrovatelské dokumentace více času než péčí o pacienta?	

Máte pocit, že trávíte celkově vedením dokumentace příliš mnoho času?	
Kolik času si myslíte, že vedením dokumentace trávíte?	
Zkoušel (a) jste si čas strávený nad dokumentací někdy změřit?	
Cítíte se vedením ošetrovatelské dokumentace přetěžována?	
Ulehčuje Vám ošetrovatelská dokumentace péči o klienta?	
Máte čas se zastavit u pacienta, jen tak si s ním popovídat?	
Používáte ošetrovatelskou dokumentaci při hlášení mezi směnami?	
Cítíte potřebu něco změnit v ošetrovatelské dokumentaci Vašeho oddělení? Co například? Máte nějaké nápady?	
Všimla jste si někdy, že by některé části dokumentace byly duplicitní? Případně jaké?	

Máte pocit, že některé součásti dokumentace jsou zbytečné? A proč?	
Myslíte si, že jsou připomínky a návrhy ke změně v dokumentaci vedením akceptovány?	
Jaký názor máte na tento výzkum? Myslíte, že může změnit vedení dokumentace ve Vaší nemocnici?	
Máte možnost vyjádřit se k negativům v ošetrovatelské dokumentaci Vašeho oddělení?	

Záznam o snímkování pracovní doby a pozorovací záznam

Čas	Činnost

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Štítek se jménem pacienta:	<i>Nemocný svým podpisem stvrzuje, že byl seznámen s:</i>
	Právy pacientů: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Domácím řádem: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Cennosti uloženy v trezoru: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Ošetř.anam.odebrána od: Pacienta <input type="checkbox"/>	Datum: <i>Podpis pacienta:</i>
Rodinného přísl. <input type="checkbox"/> jiné.....	Ošetř.anam.sepsala (jmenovka+podpis):

1. Podpora zdraví	Sociální podmínky - bydlí:
Kouříte ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Sám ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> DD ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Drogy ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Partner/ka ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> DPS ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Sport aktivně ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	S rodiči ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Kontaktní osoba:	Manžel/ka ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	S dětmi ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Kontaktní osoba informována ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	

2. Výživa	Kožní turgor dobrý <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/>
Dieta č. -	Kůže normální <input type="checkbox"/> změny <input type="checkbox"/>
Váha - Výška - BMI	jiné léze <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/>
Chuť k jídlu ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Sliznice: suché <input type="checkbox"/> vlhké <input type="checkbox"/>
Výživa: dostatečná <input type="checkbox"/> nedostatečná <input type="checkbox"/>	jiné <input type="checkbox"/> jaké <input type="checkbox"/>
nadměrná <input type="checkbox"/> vegetarián <input type="checkbox"/>	Stupnice dle Northonové - součet bodů:
Nutriční screening: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Způsob přijímání potravy:
Výsledek - počet bodů:	ústy <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> krmem <input type="checkbox"/>
Nutriční terapeut volán: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Sonda NGS* <input type="checkbox"/> NJS* <input type="checkbox"/> PEG* <input type="checkbox"/> PEJ* <input type="checkbox"/>
Viz. standard č. 006	Výživa enterální <input type="checkbox"/> parenterální <input type="checkbox"/>
	Zubní protéza ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>

3. Vylučování a výměna	Způsob vyprazdňování
Močení bez potíží <input type="checkbox"/> katetr <input type="checkbox"/> jiné.....	sám <input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/> s pomocí WC <input type="checkbox"/>
Inkontinence ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	stomie ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Bolest při močení ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Inkontinence stolice ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Stolice pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/>	Bolest při vyprazdňování ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/>	Plyny ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Reprodukční činnost:	Klimakterium ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Menstruace začátek v letech	problémy
pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/>	Vaginální výtoky ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaké
Cyklus (dny) normální <input type="checkbox"/>	Problémy s prostatou ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
bolestivá <input type="checkbox"/> nebolestivá <input type="checkbox"/>	jaké
Antikoncepce ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaká	

4. Aktivita - Odpočinek	Sebepéče soběstačný ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Spánek kvalitní <input type="checkbox"/> narušený <input type="checkbox"/>	deficit při oblékání <input type="checkbox"/>
časté buzení <input type="checkbox"/> obtížné usínání <input type="checkbox"/>	při hygieně <input type="checkbox"/> při jídle <input type="checkbox"/>
léky na spaní <input type="checkbox"/> sp. návyky <input type="checkbox"/>	při vyprazdňování <input type="checkbox"/>

Pohyblivost normální zhoršená
 imobilita inv. vozík
 berle, hůl konč. protéza
 riziko pádů ano ne

Způsob hodnocení rizika - viz standard č. 049

Barthelův test - součet bodů:
 - viz standard č. 034

Dýchání bez potíží
 dušnost klidová námahová
 TSK* ETK*

5. Vnímání - poznávání

Vědomí jasné
 somnolence
 sopor
 kóma

Orientován úplně částečně

Dezorientován osobou
 místem časem

Řeč plynulá narušená
 němý cizinec

Poruchy zraku ano ne
 jaké
 brýle čočky

Poruchy sluchu ano ne
 jaké
 naslouchadlo

6. Vnímání sebe sama

Nálada normal smutná veselá
 bezmocnost beznaděj

Porušený tělesný obraz ano ne

7. Zvládání zátěže - odolnost vůči

stresu

Strach, úzkost, smutek ano ne

Chronický zármutek ano ne

8. Bezpečnost - ochrana

Riziko dekubitů ano ne
 aspirace ano ne
 sebepoškození ano ne
 infekce ano ne
TT v normě zvýšená
 horečka podchlazení

Alergie ano ne
 - na potraviny, jaké
 - léky, jaké
 - jiné

9. Komfort

Bolest ano ne
 Akutní Chronická

Nauzea ano ne
Zvracení ano ne

Stupnice 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 **Hodnocení bolesti - viz standard č. 041**

* NGS nasogastrická sonda

* NJS nasojejunální sonda

* PEG perkutánní endoskopická gastronomie

* PEJ perkutánní endoskopická jejunostomie

* TSK tracheostomická kanyla

* ETK endotracheální kanyla

EDUKAČNÍ ZÁZNAM

Datum	Téma a průběh	Podpis sestry	Podpis pacienta

Hodnoticí škála dle Bradenové

Riziko vzniku dekubitů

Smyslové vnímání	zcela omezené - kóma - kvadruplegie	1	velmi omezené - sopor - hemiplegie	2	mírně omezené - somnolence - paraplegie - parézy	3	bez omezení	4
Vlhkost	neustále - inkontinence - pocení - zvracení	1	často - výměna prádla 2 krát/den	2	občas - výměna prádla 1 krát/den	3	výjimečně	4
Stupeň fyzické aktivity	trvale ležící na lůžku	1	neschopen chůze dopomoc do sedu	2	chůze na krátkou vzdálenost	3	chodí	4
Pohyblivost	imobilní	1	změna polohy s dopomocí	2	mírná změna polohy bez dopomoci	3	bez omezení	4
Výživa	velmi špatná - nic per os - přijme max. 1/3 porce stravy - nepřijímá doplňky stravy	1	zhoršená - přijme max. 1/2 porce stravy - nepravidelné přijímání doplňků stravy	2	přiměřená - přijme více jak 1/2 porce stravy - neodmítá stravu	3	v normě	4
Pohyb na podložce/ lůžku	změna polohy s plnou dopomocí	1	změna polohy s částečnou dopomocí	2	změna polohy bez dopomoci	3		
Celkem bodů:								
Datum:				Hodnocení provedl/a:				

Hodnocení:

23 – 20 bodů
 19 – 16 bodů
 15 – 11 bodů
 10 – 6 bodů

nízké riziko
 střední riziko
 vysoké riziko
 velmi vysoké riziko