



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Ošetrovatelská dokumentace ve vybraných zemích

Vypracovala: Simona Veselá

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Tato práce se zabývá ošetrovatelskou dokumentací v České republice a ve Spolkové republice Německo. Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou, avšak samostatnou součástí zdravotnické dokumentace. Měla by odrážet úroveň poskytované ošetrovatelské péče a sloužit jako nástroj pro zvyšování její kvality. S ošetrovatelskou dokumentací úzce souvisí také ošetrovatelský proces, podle kterého by měla sestra pracovat.

V úvodu teoretické části je definován pojem ošetrovatelská dokumentace v obou zemích. V další části jsou podrobně rozpracovány jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu a přiblížena problematika zjišťování kvality ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská dokumentace slouží jako ukazatel kvality poskytované ošetrovatelské péče, která následně slouží jako podklad pro kontrolní činnost.

K naplnění myšlenky této práce byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat názor sester na práci s ošetrovatelskou dokumentací ve vybraných zdravotnických zařízeních ve dvou vybraných zemích. Druhým cílem bylo porovnat ošetrovatelskou dokumentaci ve vybraných zdravotnických zařízeních ve dvou vybraných zemích. Dále byly položeny dvě výzkumné otázky: Jaký je názor sester na práci s ošetrovatelskou dokumentací v České republice a ve Spolkové republice Německo na vybraných nemocničních odděleních? V čem se liší ošetrovatelská dokumentace na vybraných odděleních v České republice a ve Spolkové republice Německo?

Praktická část shrnuje výsledky kvalitativního výzkumného šetření, kterých bylo dosaženo na základě polostrukturovaného rozhovoru a analýzy dokumentace. První část výzkumného šetření představují rozhovory se sestrami, které byly zaznamenány nepřímým přepisem a dále byly zpracovány metodou otevřeného kódování. K sjednocení odpovědí byla využita technika „papír a tužka“, která byla následně uspořádána do kategorií a podkategorií metodou „vyložení karet“. Druhá část znázorňuje analýzu české a německé ošetrovatelské dokumentace.

Provedeným výzkumným šetřením byly zodpovězeny obě výzkumné otázky. Z šetření na první výzkumnou otázku vyplývá, že české sestry vnímají dokumentaci

jako nutnost systému. Při své práci ji však aktivně nepoužívají. Dále odpověděly, že veškeré činnosti, které u pacienta provádějí, zapisují zpětně. Německé sestry uvedly, že při obchůzkách nosí ošetrovatelskou dokumentaci na pokoj pacienta. Hlavním důvodem je prý zapsání činností ihned po provedení. Sestry tvrdí, že se tím zajistí nejen efektivita dokumentace, ale i ochrana pacienta. Rovněž uvádějí, že informace o pacientovi mají stále u sebe. Jsou navíc toho názoru, že bez kvalitně vedené dokumentace nemůže být kvalitně poskytována ošetrovatelská péče. Hlavním rozdílem mezi oběma nemocnicemi je fakt, že v německé nemocnici je prováděn audit otevřené ošetrovatelské dokumentace. To znamená, že vedení kontroluje především, zda je vykonáno to, co je zapsáno, tudíž péči provedenou u pacientů, kteří jsou ještě hospitalizováni. Oproti tomu je v české nemocnici audit uzavřené ošetrovatelské dokumentace, proto nejsou sestry nuceny dokumentaci aktivně používat. Většina sester se shodla na tom, že administrativy stále přibývá. Druhá výzkumná otázka byla zodpovězena na základě analýzy dokumentace, jež obnášela porovnání ošetrovatelské dokumentace ve vybraných zemích. Předmětem analýzy byla příjmová anamnéza, plán péče, jeho realizace a překladová ošetrovatelská zpráva. Německá dokumentace pro sestru představuje více bodů, které musí za svou směnu projít, než dokumentace v české nemocnici. Dále je více orientována na přímou péči s pacientem, jelikož přináší sestrám více informací o tom, co bylo u pacienta provedeno. Dá se říci, že takřka veškeré informace, které potřebuje sestra vědět k práci s pacientem, zjistí ze správně vedené ošetrovatelské dokumentace.

Klíčová slova: ošetrovatelská dokumentace, ošetrovatelský proces, kvalita ošetrovatelské péče, Česká republika, Spolková republika Německo

Abstract

This thesis deals with nursing documentation in the Czech Republic and Germany. Nursing documentation is an inseparable but also independent part of medical documentation and the specifications of its keeping is both in the Czech Republic and Germany based on law. Nursing documentation should reflect the level of provided nursing care and serve to promote its quality.

In the introduction of the theoretical part the term of nursing documentation based on the law of the Czech Republic and Germany is defined. Due to the fact that nursing documentation is a part of medical documentation itself the term is explained, too. The following part is concentrated on a detailed analysis of single steps of nursing process because it should serve as a basis for the further control work with it. The law defines the minimal requirements for the nursing documentation which is each medical facility due to fulfill.

In order to complete the idea of this thesis, two objectives have been set. The first one is concentrated on nurses' opinion collection about work with documentation in the selected medical facilities in the two selected countries. The next aim is to compare nursing documentation in the selected medical facilities in the two previously mentioned countries. Furthermore, two research questions have been formulated: What is the view of nurses in the Czech Republic and Germany in selected hospital departments on work with the documentation? What is the difference in the documentation in the selected departments between the Czech Republic and Germany?

The practical part summarizes the results of qualitative research, which have been obtained by a semistructured interview and by the analysis of the documentation. The first part of the research consists of the interviews with nurses, which have been recorded by indirect transcription and further processed through the open coding method. Additionally, pencil and paper method was used to unify the answers which were followingly organized into categories and subcategories through the technique of opened coding. The second part represents the analysis of Czech and German nursing documentation.

Both research questions have been answered through the proceeding of the research. The research of the first research question shows that Czech nurses see the documentation as necessary evil, they do not use it an active way. Furthermore, they have answered that recording of all procedures related to the patient is done additionally. However, the German nurses have stated a steady presence of the documentation during the errands. The main reason for that is a possibility of immediate recording after a procedure which allows not only to make the documentation more effective but also provides the safety for the patient. Next, they state they have all the necessary information with them.

In addition, they share the idea that a high-quality nursing care cannot lack high-quality nursing documentation. The main difference between the two hospitals is that the German one performs open nursing documentation audit. This means that the management controls mainly if what has been written has been done, specifically nursing interventions carried out in patients who are still hospitalized. Nevertheless, the Czech hospitals conduct closed nursing documentation audit, which does not force them to use the documentation in a more active way. Next, the majority of the nurses have agreed on rising amount of paperwork.

The second research questions have been answered through the analysis of the documentation. This meant a comparison of the documentation in the selected countries. The subject of the analysis was the nursing anamnesis, nursing care plan, its realization and nursing discharge summary. The German documentation for the nurse contains more points they must go through than the Czech one. Followingly, it is more closely aimed at direct care in the patient because it brings more information about what has been done to the nurses. It could be said that almost all necessary information which a nurse needs for his or her work is available in proper nursing documentation.

Key words: nursing documentation, nursing proces, quality of nursing care, Czech Republic, Germany

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou 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 bakalářské 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 25.4.2016

.....

Simona Veselá

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Františku Dolákovi, Ph.D., za ochotu a cenné rady při vedení této práce. Také bych chtěla poděkovat respondentům za ochotu při rozhovorech. Velké díky patří i mé rodině, která mi byla velkou oporou při mém studiu.

ÚVOD	11
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Ošetřovatelská dokumentace v České republice	12
1.1.1 Příjmová ošetřovatelská anamnéza	14
1.1.2 Překladová ošetřovatelská zpráva	16
1.2 Zdravotnická dokumentace v České republice.....	17
1.3 Určování stupně soběstačnosti v České republice.....	18
1.4 Ošetřovatelská dokumentace ve Spolkové republice Německo.....	20
1.5 Ošetřovatelský proces	22
1.5.1 1. fáze ošetřovatelského procesu.....	23
1.5.2 2. fáze ošetřovatelského procesu.....	23
1.5.3 3. fáze ošetřovatelského procesu.....	24
1.5.4 4. fáze ošetřovatelského procesu.....	27
1.5.5 5. fáze ošetřovatelského procesu.....	28
1.6 Zjišťování kvality ošetřovatelské péče.....	30
2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
2.1 Cíle práce	32
2.2 Výzkumné otázky	32
3 METODIKA PRÁCE	33
3.1 Použité metody.....	33
3.2 Postup při analýze rozhovorů se sestrami	34
3.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	35
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	36
4.1 Kategorizace a analýza výsledků z rozhovorů	37
4.1.1 Kategorie – Práce s ošetřovatelskou dokumentací.....	37
4.1.1 Kategorie – Názor sester na ošetřovatelskou dokumentaci.....	41
4.1.2 Kategorie – Zatíženost sester ošetřovatelskou dokumentací.....	44
4.2 Analýza ošetřovatelské dokumentace	46
4.2.1 Analýza ošetřovatelské příjmové anamnézy	46
4.2.2 Analýza plánu ošetřovatelské péče a jeho realizace.....	47
4.2.3 Analýza překladové ošetřovatelské zprávy	49
5 DISKUZE	57

6	ZÁVĚR	65
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
8	PŘÍLOHY	71

Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
SRN	Spolková republika Německo
PKMS	Pflegekomplexmassnahmen-Scores
PDCA	Demingův cyklus-Plan, Do, Check, Act
MRSA	Methicillin- resistant Staphylococcus aureus

ÚVOD

Ošetrovatelská dokumentace je stále diskutovaným tématem. Ať již z pohledu právního, managementu kvality ošetrovatelské péče, či z pohledu sester, které většinou vnímají dokumentaci spíše jako administrativní zatížení. Ošetrovatelská dokumentace plní v ČR i v Německu několik základních funkcí. Vedení dokumentace slouží jako důkazní materiál v případě soudního sporu, čímž zároveň plní ochrannou funkci pro sestru. Slouží také jako podklad pro zjišťování kvality ošetrovatelské péče. Další funkcí je shromažďování informací o péči provedené u pacienta, které by si sestry měly mezi sebou sdělit při předávání pacienta. S ošetrovatelskou dokumentací úzce souvisí i ošetrovatelský proces, na jehož principu by měla sestra pracovat. Problematika ošetrovatelské dokumentace byla v ČR již dostatečně zmiňována. Tato práce se tedy zaměřuje na prošetření dané problematiky v Německu. Cílem je porovnat jak problematiku ošetrovatelské dokumentace v ČR a v Německu, tak i názory sester a zjistit, v čem se dokumentace liší a jak je celkově vnímána.

Téma této práce jsem si zvolila na základě absolvování pracovní stáže ve Spolkové republice Německo. Nabývala jsem dojmu, že ošetrovatelská dokumentace není v České republice dostatečně efektivně používána. Zajímalo mě proto, jak tento systém funguje v Německu a jaký na tuto problematiku mají německé sestry názor. Můj cíl také podpořil fakt, že jako studentka jsem se necítila v průběhu své odborné praxe dostatečně zapojována do práce s ošetrovatelskou dokumentací.

Cílem této práce je zmapovat názor sester na práci s ošetrovatelskou dokumentací ve vybraných zdravotnických zařízeních ve dvou vybraných zemích. Druhým cílem je porovnat ošetrovatelskou dokumentaci ve vybraných zdravotnických zařízeních ve dvou vybraných zemích. Analýzou dokumentace se docílí jasné představy o tom, s jakými dokumenty pracují sestry v obou nemocnicích. Výsledkem bakalářské práce bude zjištění názorů sester na ošetrovatelskou dokumentaci a nalezení rozdílů mezi používáním dokumentace německými a českými sestrami. Tato práce též přinese porovnání ošetrovatelské dokumentace používané v české a německé nemocnici.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE V ČESKÉ REPUBLICĚ

Ošetrovatelská dokumentace je podle vyhlášky 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci samostatnou částí zdravotnické dokumentace. Z vyhlášky také vyplývá následující: je to dokument o průběhu ošetrovatelské péče. Podle této vyhlášky by měla ošetrovatelská dokumentace obsahovat ošetrovatelskou anamnézu pacienta a posouzení jeho stavu. Další částí musí být ošetrovatelský plán, jenž musí obsahovat popis ošetrovatelského problému či vytvoření ošetrovatelské diagnózy pacienta. Následuje stanovení a následné zapsání potencionálních ošetrovatelských intervencí, včetně záznamu o jejich provedení a poučení pacienta. Podle typu ošetrovatelského výkonu se zaznamená též čas jeho provedení. Třetí částí samotného ošetrovatelského plánu je zhodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče a uvedené případné změny v ošetrovatelském plánu. Ve vyhlášce také stojí vést průběžné zápisy o průběhu pacientova zdravotního stavu, o předávání informací a poučení pacienta.

Zákonem je také stanoveno vytvářet propouštěcí, či překládovou ošetrovatelskou zprávu. Tato zpráva by měla obsahovat další doporučení týkající se následné ošetrovatelské péče. V tomto dokumentu se shrnou údaje o dosavadní poskytnuté ošetrovatelské péči včetně časových údajů. Zpráva může také sloužit jako doporučení k následujícím ošetrovatelským intervencím. Je-li plánovaná hospitalizace či přesun do jiného zdravotnického zařízení nebo do zařízení sociálních služeb, připravuje sestra ošetrovatelskou překládovou zprávu. Ze zákona také vyplývá, že rozsah jednotlivých částí ošetrovatelské dokumentace může poskytovatel zdravotních služeb přizpůsobit typu poskytované ošetrovatelské péče. A to zpravidla tehdy, pokud její doba trvání u stejného pacienta nepřekročí tři dny (vyhláška 98/2012 Sb.).

Poprvé byl termín ošetrovatelská dokumentace zasazen do právního systému ČR v roce 2006 zákonem č. 385/2006 Sb. (Kvapilová, 2015). Nejenže by měla dokumentace obsahovat výše uvedené části, ale především by měla odrážet úroveň poskytované ošetrovatelské péče a sloužit jako nástroj pro zvyšování její kvality. S ošetrovatelskou dokumentací velice souvisí i ošetrovatelský proces, podle něhož má sestra pracovat. Je zasazen ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví (Koncepce ošetrovatelství, 2004).

Je tedy velice důležité tento proces dokládat za pomoci ošetrovatelské dokumentace, která je vedena hned z několika důvodů. Prostřednictvím dokumentace je předkládán přehled výkonů ošetrovatelské péče, které by měly být podkladem pro financování. Dále je možné pomocí dokumentace zpětné dohledání dokumentovaných výstupů z činností jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Dokumentace hraje velkou roli v předávání informací mezi všemi členy multidisciplinárního ošetrovatelského týmu (Kvapilová, 2015).

Podle České asociace sester (2008) je ošetrovatelská dokumentace neocenitelný způsob podpory komunikace mezi členy ošetrovatelského týmu a mezi zdravotnickými pracovníky, zároveň tak i s jejich pacienty.

Pomocí správného vedení ošetrovatelské dokumentace máme možnost získat statistická data pro vědeckovýzkumnou činnost. Dále také slouží jako ukazatel kvality pro potřeby interních auditů a ekonomické efektivity (Kvapilová, 2015).

Slouží také jako doklad o tom, že ošetrovatelská péče byla poskytována v souladu se standardy ošetrovatelské péče (Vondráček, Kučková, 2013).

V neposlední řadě má funkci, kterou si sestry často neuvědomují, když banalizují důležitost vedení ošetrovatelské dokumentace. Kvapilová (2015) uvádí, že je to funkce kontrolní a důkazní pro případ možných trestních řízení či v případě soudního sporu. Ošetrovatelská dokumentace by měla být vedena pouze v zařízeních, kde se uplatňuje ošetrovatelská péče. Za kvalitu záznamu v ošetrovatelské dokumentaci odpovídá sestra, která záznam provedla.

Pokud jsou však chyby v zápisech sester na oddělení časté, jedná se o chybu systémovou. Zde pak nese odpovědnost staniční nebo i vrchní sestra (Vondráček, Fryčová, 2011).

Dokumentace je také pořizována proto, aby členové zdravotnického týmu byli informováni o aktuálním stavu pacienta, o kterého se starají. Podle Kriškové (2006) by měla obsahovat přehled činností, které sestra vykonala s uvedením času. Dále by měla zahrnovat výsledky a zpětnou reakci od pacienta, kterému byla ošetrovatelská péče poskytnuta. V neposlední řadě by měly být součástí informace o efektivitě a kvalitě sesterských intervencí. Dokumentace je pro sestru prostředkem pro komunikaci a diskuzi na téma ošetrovatelské péče. Díky dokumentování jsou ošetrovatelské intervence posunuty z osobního pohledu do jistých a praxí potvrzených forem.

Je třeba brát na vědomí, že pacient i osoby, které určí nebo pozůstalí mají právo podle platné legislativy nahlížet do pacientovy dokumentace a pořizovat si opisy či kopie (Vondráček, Kučková, 2013).

1.1.1 PŘÍJMOVÁ OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Ošetrovatelská anamnéza není stejná jako anamnéza lékařská, i když se obě navzájem prolínají (Staňková, 2005).

Důležité je brát při odebírání ošetrovatelské anamnézy na vědomí, že odebrané informace od pacienta by neměly být duplicitní. To znamená, že zdravotnické zařízení by mělo pro sestry připravit formulář, který bude obsahovat takové informace, jež nejsou zaznamenány v jiné části zdravotnické dokumentace, ale pro ošetrovatelskou péči jsou skutečně potřebné. Dokument by měl být navíc sestaven tak, aby byl pro sestry co nejméně časově náročný a odpovídal požadavkům na anamnestické údaje oboru, pro který je určen. Tedy oboru ošetrovatelské péče, kterému slouží jako podklad pro zajištění kvalitní péče (Vondráček, Wirthová, 2008).

Sestra zjišťuje při odebírání anamnézy důležitosti z minulosti nemocného, aby mohla sestavit individuální plán péče s ohledem na potřeby a problémy pacienta.

Otázky sestry se proto nemohou zaměřit pouze na zjišťování současného stavu. „Sestra se potřebuje dozvědět, co je pro pacienta životní „normou“, aby plánovala přiměřenou péči. Tyto zdánlivě nepodstatné informace umožňují systematicky vést nemocného k soběstačnosti a k aktivní účasti v terapeutickém a ošetrovatelském procesu“ (Staňková, 2009, s. 18).

Ošetrovatelská anamnéza hraje důležitou roli v první fázi ošetrovatelského procesu. Jeho kvalita závisí na správném zhodnocení nároků pacienta a jeho potřeb na ošetrovatelskou péči. Aby sestra mohla rozhodnout o správném směru ošetrování, je potřeba, aby získala co nejvíce informací o pacientovi. Ke sběru informací do příjmové anamnézy jí může být zdrojem sám pacient při vzájemném rozhovoru, zdravotnická dokumentace, příbuzní, měřicí techniky a testy. „Čím vhodnější informace sestra o nemocném získá, tím lepší a individuálnější přístup může volit v jednání s ním a zejména při vlastní ošetrovatelské péči. V průběhu první fáze ošetrovatelského procesu má sestra nejvíce příležitostí navázat užší osobní kontakt s nemocným, poznat ho nejen po stránce medicínské, ale i osobnostní a sociální“ (Staňková, 2009, s. 5).

Časové požadavky na vyplnění příjmové anamnézy musí být v souladu s objektivními a subjektivními příznaky pacienta. Lubomír Vondráček ve své publikaci uvádí, že by dokumentace při přijetí měla být vyplněna do 24 hodin, avšak jiné zdroje uvádějí i 8 hodin. „Je třeba opět zdůraznit, že včasnost zhotovení dokumentace je závislá především na zdravotním stavu pacienta. Jeho ošetření, potřebná vyšetření a jeho psychický stav je třeba vnímat jako rozhodující faktory, které mají při poskytování ošetrovatelské péče přednost před administrativními výkony“ (Vondráček, Wirthová, 2008, s. 33).

Odebírání anamnézy musí jít v souladu s etikou a s ohledem na zdravotní stav pacienta a jeho dojmy. Již výše bylo zmíněno, že otázky ve formuláři by měly odpovídat požadavkům na anamnestické údaje, pro které byl formulář vytvořen (Vondráček, Wirthová, 2008). Ovšem největší pozornost je věnována právě dotazu na náboženské vyznání. Tato otázka je kritizována jako potencionální diskriminace věřících či naopak ateistů. Proto je u tohoto dotazu složité určit jeho potřebu pro

poskytování ošetrovatelské péče, a považuje se tudíž za nevhodný (Vondráček, Wirthová, 2008).

1.1.2 PŘEKLADOVÁ OŠETŘOVATELSKÁ ZPRÁVA

Ošetrovatelská překladová zpráva informuje další sestru o tom, pokud je pacient přeložen na jiné oddělení, do jiného zařízení nebo je propuštěn do domácího ošetřování. Základní informace o potřebách ošetrovatelské péče zajišťuje její spojitost (Staňková, 2009).

V dokumentaci by měla sestra zaznamenat, v jakém stavu je pacient při propouštění, změřit vitální funkce pacienta, popsat stav rány, pokud nějakou pacient má. Zapsat, zda pacient má zavedeny nějaké katétrů či jaké další pomůcky užívá a potřebuje. Seznámit se s přístroji, které pacient má. Důležité je také zmínit významné události, které nastaly během hospitalizace. Nezbytné je uvést důležitosti, jako jsou alergie, zvláštní diety a poruchy smyslových funkcí. Významné je předložit informace související s jazykem nebo kulturou. Co se týká zápisu medikace do překladové ošetrovatelské zprávy, dochází v dostupné literatuře ke značnému rozporu. Vondráček a Wirthová (2008) udávají, že uvádění medikace v ošetrovatelské propouštěcí zprávě je problematické a vede ke konfliktům. Za důležité považují provést záznam informace o tom, kdy dětský pacient dostal naposledy léky a jaké léky to byly.

V následující publikaci je předkládáno, že by sestra měla sepsat léky, které pacient užívá, léčbu a poučení, pokud je pacient překládán na specializované oddělení. Při překladu na specializované oddělení zaznamenáme do dokumentace, jakých cílů jsme u pacienta dosáhli a jakých nikoli. Důležité je také zaznamenat, jak byl pacient seznámen s překladem na jiné oddělení, například jak mu bylo vysvětleno, proč je přeložen na jiné oddělení. Dále by měl být ve formuláři zachycen čas propuštění, kdo na pacienta dohlížel při překladu, způsob jeho přepravy a jméno sestry, která pacienta v zařízení převezme (Kolektiv autorů, 2002).

1.2 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE V ČESKÉ REPUBLICE

Zdravotnická dokumentace přináší soubor zaregistrovaných informací týkající se poskytnuté zdravotní péče konkrétní fyzické osobě. Na základě legislativy je každé zdravotnické zařízení povinno vést zdravotnickou dokumentaci. Tento úkol je určen lékařům a sestřám (Vondráček, Wirthová, 2009).

První historická informace o zdravotnické dokumentaci, která byla ukotvena v legislativě, se objevila v zákoně č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Tento zákon nabyl plnění 15. dubna 1992 (Policar, 2010).

V současnosti jsou náležitosti vedení dokumentace ukotveny v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Zákon také udává zdravotnickému zařízení archivovat zdravotnickou dokumentaci. Mezi náležitosti, které by měla zdravotnická dokumentace obsahovat, patří osobní údaje, informace o pohlaví a adresa pacienta. Rovněž musí dokumentace obsahovat identifikační data poskytovatele zdravotnických služeb (Brabcová, 2015).

Mezi další informace, které by měly být součástí dokumentace, jsou údaje potřebné ke stanovení diagnózy, informace o zdravotním stavu pacienta a o diagnostických a léčebných opatřeních (Vondráček, Wirthová, 2009).

Zdravotnická dokumentace může být vedena v různých podobách, které povoluje právní úprava. V České republice je možné vést zdravotnickou dokumentaci v papírové formě, elektronické formě či ve spojení těchto dvou podob. V případě elektronické části dokumentace je důležité zajistit elektronický podpis osoby, která záznam provedla. S touto úpravou podrobně seznamuje zákon č. 227/2000 Sb. o elektronickém podpisu. Musí být také ošetřeno i to, aby nebyla možnost dodatečně měnit záznamy a aby byla pořízena kopie záznamů a tím se tak dodržela povinná archivace v termínech stanovených pro záznamy na papírových nosičích (Kvapilová, 2015). Brabcová (2015) se ale domnívá, že elektronická dokumentace přináší jistá rizika zneužití osobních dat pacientů virtuální cestou.

Brílová v rozhovoru jako výhodu uvádí, že v případě ošetrovatelské dokumentace sleduje elektronický systém celý léčebný proces od přijetí pacienta až po archivování. Některé sestry však při zavádění elektronické dokumentace ve vybraném zdravotnickém zařízení měly problémy s tím, aby se naučily pracovat se speciálním programem a zvykly si používat počítač. Zároveň ale udává, že záleží na dané osobnosti (Škubová, 2011).

Aby zdravotnická dokumentace řádně plnila svou funkci a platné předpisy, je důležité, aby byla vedena pravdivě, čitelně a přesvědčivě. Pravdivost záznamů by měla být běžným pravidlem. Je totiž důležité brát na vědomí, že jeden nepřesný záznam znehodnotí celou zdravotnickou dokumentaci. Podle Vondráčka a Wirthové (2009) patří mezi nejčastěji zkreslované informace časové údaje o podávaných medikamentech či odchodu a příchodu pacienta.

Podle Brabcové (2015) je důležitou otázkou, zda by měla být ošetrovatelská dokumentace vedena jako součást lékařské dokumentace či zda by měla být pořizována odděleně. Obě dokumentace zvlášť zajišťují přehlednost, zároveň ale i obávanou duplicitu údajů a neprovázanost péče. Společný systém nabízí souhrnnost údajů s tím rizikem, že dokumentace budou nepřehledné.

1.3 URČOVÁNÍ STUPNĚ SOBĚSTAČNOSTI V ČESKÉ REPUBLICE

Jedním z elementárních cílů moderní ošetrovatelské péče je podpořit nemocného, aby zůstal soběstačný a nezávislý na pomoci druhé osoby. Sestra by měla umět zjišťovat způsobilost každého pacienta a napomáhat mu k udržení a rozvoji soběstačnosti. Tato činnost sestry je důležitou součástí ošetrovatelského procesu patřící mezi základní ošetrovatelskou péči (České ošetrovatelství, 2006).

V literatuře týkající se oboru ošetrovatelství není dosud definován a vysvětlen pojem sebestačnosti a soběstačnost. Teoreticky je nejběžnější používanou definicí soběstačnost nemocného. Sestra ze svého pohledu ohodnotí pacienta, který se chystá na

operaci jako soběstačného, pacienta v kómatu nesoběstačného a pacienta s extenzí jako částečně soběstačného. Trachtová (2013) uvádí, že v německé literatuře je tento pojem jasně definován a zahrnuje aktivity denního života, denní činnosti. Přesněji řečeno se jedná o oblast hygieny, výživy, vyprazdňování, oblékání, spánku a odpočinku. Sestry v této zemi stanovují stupeň závislosti a míru dopomoci profesionála nebo laika. Sestry v lůžkových zařízeních v České republice obvykle stanovují míru soběstačnosti prostřednictvím ošetřovatelských modelů – například model Gordonové, který je sjednoceným systémem pro hodnocení nemocného. Dále také posuzují pacienta na základě Barthelova testu základních všedních činností (Trachtová, 2013).

Test svědčí o stupni soběstačnosti pacienta a o kvantitativní a kvalitativní potřebě ošetřovatelské péče. Podle českého ošetřovatelství (2006) se ho dá také využít pro změření pracovního zatížení sester na určité stanici a podle získaných výsledků navýšit tak počet ošetřovatelských pracovníků. Dále je uvedeno, že je přijatelný pouze pro oddělení s převažující ošetřovatelskou péčí.

Jako nástroj pro financování ošetřovatelské péče pojišťovny slouží jednotlivé kategorie pacientů, které určuje lékař. V první kategorii je pacient popisován jako soběstačný, nezávislý na základní ošetřovatelské péči, stejně tak i dítě nad 10 let věku nebo novorozenec na novorozeneckém oddělení. Druhou kategorií představuje částečně soběstačný pacient nebo dítě nad 6 let do 10 let věku včetně, sebeobsluha s dopomocí, schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku. Ve třetím stupni vyžaduje pacient zvýšený dohled, nebo sem patří dítě nad 2 roky do 6 let včetně, dále lucidní pacient neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku a potřebující téměř úplnou obsluhu. Také sem patří psychicky nevyrovnaný pacient, u něhož je nutný zvýšený osobní dohled, případně nutné přechodné omezení pohybu či útlum léky. Pacient, kterého lékař zařadí do čtvrtého stupně, je imobilní, nesoběstačný nebo je to dítě od narození do 2 let včetně. Nepatří sem novorozenec z novorozeneckého oddělení, lucidní pacient zcela imobilní, případně inkontinentní, vyžadující ošetřovatelskou pomoc i při všech nejběžnějších úkonech. V páté kategorii je zařazen pacient v bezvědomí (Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2016).

1.4 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE VE SPOLKOVÉ REPUBLICI NĚMECKO

Ošetrovatelské dokumentace se ve Spolkové republice Německo soustředí na podstatné rysy 5 formulářů, se kterými sestry pracují. Jsou to všechno nezbytné informace potřebné pro péči v rámci ošetrovatelského procesu. První částí je „Stammblatt“. Jedná se o sesbírané informace o pacientovi. Druhou částí je formulář pro stanovení ošetrovatelských problémů, zdroje problémů, potřeb pacienta a pro stanovení celkového pohledu na pacienta a jeho život. Třetí částí je plán péče, do kterého patří souhrnné sloučení problémů, cíle péče, opatření péče, posouzení účinku ošetrovatelských činností a vyhodnocení. Čtvrtou částí je realizace důkazů, do které patří provedení ošetrovatelských činností. Pátou a poslední částí je „Pflegebericht“ neboli ošetrovatelská zpráva, které náleží zvláštnosti realizace, průběh péče a důvody pro změnu intervencí (Brucker, 2005).

Strässner (2010) zařadil mimo jiné do částí ošetrovatelské dokumentace navíc podání informací o péči a čas na péči.

Sestry ve Spolkové republice Německo se při práci s ošetrovatelskou dokumentací setkávají ještě s jedním velmi důležitým dokumentem, se kterým se v České republice při práci s ošetrovatelskou dokumentací nesetkáme. Jedná se o formulář PKMS „Pflegekomplexmassnahmen-Score“.

PKMS je nástroj, který byl vyvinut německou radou pro obor ošetrovatelství v roce 2009. Umožňuje individuální posouzení klienta v náročnosti na péči. Do provozu byl poprvé uveden v roce 2010. Na základě toho, že sestry dokumentují péči prostřednictvím systému PKMS, je následně poskytnutá péče uhrazena pojišťovnami. Jedná se především o činnosti u pacientů vyžadující mimořádně nákladnou ošetrovatelskou péči. Podle tohoto vyplněného dokumentu jsou překalkulovány poskytnuté výkony a péče zdravotní pojišťovnou a dorovnány náklady na mimořádnou péči. Jedná se o nástroj pro kódování dokumentace a kalkulace vysoce náročné péče (Wieteck, Koch, Schmidpeter, Benthin, 2016).

PKMS je určen pro pacienty, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni a vyžadují specializovanou péči. Jde tedy o skupinu pacientů, která představuje pro nemocnici mimořádné náklady a je pro ni vysoce ztrátová (RECOM, 2016).

Tento systém byl zaveden kvůli neustálému nárůstu pacientů vyžadujících náročnou ošetrovatelskou péči a kvůli složitému posouzení nákladů na jejich péči pro zdravotní pojišťovny. Rada pro ošetrovatelství si při tvorbě PKMS stanovila 4 centrální aspekty. A) Program podpory péče, B) Nástroje sloužící k přiměřenému personálnímu nasazení v péči, C) Vývoj a evidence indikátorů kvality v ošetrovatelské péči, D) Zvýšení atraktivity povolání všeobecné sestry a její perspektiva v nemocnici. Při příjmu je pacient posouzen podle 5 výkonnostních hledisek. Tato hlediska představují péči o tělo, stravování, vyprazdňování, pohyblivost/mobilizaci, jistotu/schopnost komunikace. Základní PKMS se dále dělí na 3 stupně dle věku pacienta. PKMS-E je pro dospělé od 19 let věku, PKMS-J pro děti od 7 do 18 let a PKMS-K od 2 do 6 let věku dítěte (Wieteck, Koch, Schmidpeter, Benthin, 2016).

Dle posledního průzkumu se 76 % dotázaných domnívá, že zavedení PKMS zlepšilo kvalitu dokumentace. 41 % dotázaných však uvedlo, že se nabídka terapeuticko-aktivní péče u pacientů zvýšila. Z konečné analýzy vyplynulo, že PKMS pacienti s náročnou péčí vykazují znatelné zlepšení stavu (RECOM, 2016).

Jednotlivé výkonnostní oblasti, jako je péče o tělo (bodová hodnota – 3), stravování (bodová hodnota – 4), vyprazdňování (bodová hodnota – 2), mobilizace/jistota (bodová hodnota – 3), komunikace/interakce (bodová hodnota – 1), jsou posuzovány z dvanácti výkonnostních hledisek G1–G12 ((Wieteck, Koch, Schmidpeter, Benthin, 2016).

Práce s PKMS náleží pouze sestře, která je průběžně školená tak, aby zvládala dobře s tímto systémem pracovat a správně dokázala posoudit pacienta v oblasti péče. V nemocnicích pracují konzultanti PKMS, kteří hlídají systém PKMS a slouží i jako poradci sester při řešení PKMS.

Pro příklad uvádím: Sestra vybrala z výkonnostní oblasti péče o tělo „*Pacient potřebuje k zabezpečení hygieny celého těla dvě osoby*“, což představuje oblast A4. V oblasti A4 jsou na výběr 3 jednotlivá hlediska G4, G5 a G7. Z těchto hledisek vybrala sestra hledisko G5, což představuje, že „*Pacient ztratil schopnost měnit samostatně*

pozice v posteli“. Dohromady musí pacient dosáhnout 43 bodů, aby byl právně zařazen jako PKMS pacient. Teprve Počet získaných bodů za průběh hospitalizace proplatí pojišťovna nemocnici, která má nárok žádat po pojišťovně dorovnání vícenákladů. Formulář, na základě kterého sestry dokumentují PKMS, je přílohou této práce (viz Příloha 1).

1.5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

S ošetrovatelskou dokumentací úzce souvisí i ošetrovatelský proces či naopak. Podle Staňkové „ošetrovatelský proces bez ošetrovatelské dokumentace není možný, avšak ošetrovatelská dokumentace je bez ošetrovatelského procesu zbytečná“ (Staňková, 2005, s. 45).

Z pohledu pacienta je nutné vést souběžně lékařskou a ošetrovatelskou dokumentaci (Heinz Strässner).

Podle Tóthové „je ošetrovatelský proces základním kamenem vyspělého ošetrovatelství“ (Tóthová, 2006, s. 56). Ten dále ovlivňuje jeho význam a přivádí sestru od přístrojů a modernizace zpět k pacientovi. Ošetrovatelský proces předpokládá inovaci ve smyslu tradiční a zajaté práce sester. Pozitivní hodnocení tohoto procesu ze strany pacientů dává sestře spokojenost a motivuje ji při své práci. Z výzkumů Tóthové bylo zjištěno, že největšími překážkami při zavádění ošetrovatelského procesu do praxe bylo nepochopení moderního ošetrovatelství ze strany lékařů v tom smyslu, že sestra zde není na to, aby přemýšlela, ale plnila lékařské ordinace. Další těžkostí při realizaci praxe byly všední a zajaté metody práce sester a vymezení kompetencí (Tóthová, 2006).

Podle Mastiliákové přichází s ošetrovatelským procesem pozitiva i negativa. Jedním ze záporů ošetrovatelského procesu je vysoké administrativní zatížení, které přináší sestrám (Holubová, Pálková, 2012).

Ošetrovatelská péče využívá na principu ošetrovatelského procesu dvou systémů péče – systém skupinové péče a systém primárních sester. Systémem skupinové péče je

myšlena odpovědnost sestry za určitou skupinu pacientů. Tento systém lze použít na odděleních s krátkodobým pobytem pacienta, kde není zapotřebí vypracovávat u jednotlivých nemocných obsáhlé plány péče. Při poskytování ošetrovatelské péče na základě tohoto systému sestra zabezpečuje pacientovi především bezpečí, jistotu a uspokojuje pacientovi potřeby. Systém primárních sester je pro ošetrovatelský proces příznivější, a to hlavně při dlouhodobé hospitalizaci nemocného. Pacient je při příjmu přidělen nějaké sestře, která za něj odpovídá v rámci ošetrovatelské péče po celou dobu léčení, ale péči zajišťuje za pomoci ostatních členů týmu. V tomto případě pacient ví, jak se daná sestra jmenuje (Staňková, 2005).

1.5.1 1. FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

První fází ošetrovatelského procesu je myšlena ošetrovatelská anamnéza. Hlavními cíli této etapy je sběr informací a hodnocení pacienta. V této fázi má sestra nejvíce možností navázat s pacientem bližší vztah a dozvědět se nejvíce informací o jeho osobě, zdraví a o jeho sociální stránce. „Než se sestra rozhodne pro nejvhodnější způsob ošetřování, měla by v první fázi ošetrovatelského procesu získat o svém pacientovi co nejvíce potřebných informací“ (Staňková, 2009, s. 5). Předmětem otázek by měly být jak specifické funkce (schopnost osobní hygieny, kontrola močení, zmatenost), tak i fyzické zdraví (puls, kapacita plic, stav pokožky). Až poté by měly zaznít otázky týkající se na specifické problémy, které by vyžadovaly intervenci sestry nebo lékaře (Carpenito-Moyet, 2009, s. 10–11).

1.5.2 2. FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Druhou fází ošetrovatelského procesu představuje diagnostický proces. Má čtyři fáze: utřídění a vyhodnocení informací, stanovení zdravotních problémů a potřeb

ošetřovatelské péče, formulování ošetřovatelské diagnózy a jako poslední stanovení priority diagnóz (Staňková, 2009).

V první etapě 2. fáze ošetřovatelského procesu uplatňuje sestra své znalosti o somatických, psychologických a sociálních funkcích člověka. Potřebuje také znát, jakými směry ovlivňuje pacienta lékařská diagnóza. V druhé etapě hovoříme o problémech a potřebách pacienta, což v současnosti odborně nazýváme ošetřovatelská diagnóza. Hlavní myšlenkou není jaký použít termín, ale položit si otázku, co nemocného trápí a následně stanovit tvrzení, kterému budou rozumět členové ošetřovatelského týmu včetně samotného nemocného. Třetí etapou je samotné zformulování ošetřovatelské diagnózy. Nejprve se slovně vyjádří pacientův problém spolu s jeho příčinami a projevy. Na tomto podkladě je sestra schopna naplánovat péči, kterou zaznamená do příslušného formuláře. Na závěr by mělo dojít k určení priorit jednotlivých diagnóz. Principem uspořádání je seřadit problémy podle naléhavosti jejich vykonání. Správné seřazení je velice podstatné pro správné sestavení ošetřovatelského plánu (Staňková, 2009).

1.5.3 3. FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

„Třetí fází ošetřovatelského procesu je fáze plánování, v rámci které se připravuje plán ošetřovatelské péče pro konkrétního pacienta“ (Tóthová, 2013, s. 105).

Do ošetřovatelského plánu se zapisují ošetřovatelské intervence a odpovídající hodnotící kritéria. Plán ošetřovatelské péče je shromáždění myšlenkových postřehů, které jsou následně zapsány do plánu péče. Díky písemnému záznamu plánování je možné předat informace o pacientových potřebách i ostatním členům multidisciplinárního týmu (Tóthová, 2014). „Výběrem odpovídajících ošetřovatelských strategií se osvojuje řešení pacientových problémů“ (Tóthová, 2014, s. 105).

Podle Tóthové (2014) se díky správnému a přesnému plánování stává ošetřovatelská péče individuální. Z plánu však musíme vždy vyčíst odpovědi na tyto otázky: „Které problémy je nutné vyřešit, odstranit, zmírnit a kterému problému je třeba

předejít do propuštění pacienta? Jaké jsou očekávané výsledky? Jaké ošetřovatelské činnosti jsou potřebné k odstranění, vyřešení či předejití problému?“ (Tóthová, 2014, s. 105).

Je nutno podotknout, že existují dva typy ošetřovatelských intervencí, jednak ty, které byly předepsány sestrou, a jednak ty, které byly předepsány lékařem. Povaha intervencí se od sebe pochopitelně liší (Carpenito-Moyet, 2009, s. 13).

Použitelnost a hodnota plánu je vždy v přímé úměře se znalostmi a praktickými dovednostmi sestry. Třetí fáze ošetřovatelského procesu plánování je dále rozdělena do čtyř fází. V první fázi stanoví sestra po domluvě s pacientem cíle, kterých má být dosaženo. V druhém kroku vybere příslušné ošetřovatelské intervence, které pomohou k dosažení stanovených cílů. V následné třetí fázi je zhotovený plán prodiskutován opět s pacientem. V posledním kroku jsou s plánem seznámeni i ostatní členové ošetřovatelského týmu (Staňková, 2009).

Podle Tóthové a Kotaskové (2007) vede to, že pacient může projevit svůj názor do dokumentace ke spojitému zdokonalování a zvyšování úrovně ošetřovatelské péče, jelikož se tak stává pro sestru zpětnou vazbou.

Samotný ošetřovatelský plán je rozdělen do dvou částí. V první části je vytýčení cílů, které zde značí potencionální výsledky, jakých chceme dosáhnout. Cíl stanovuje sestra na základě hypotézy. Druhou částí plánu jsou ošetřovatelské intervence. Sestra musí na základě stanovených cílů vytvořit plán ošetřovatelské péče tím, že zvolí vhodné ošetřovatelské činnosti. Intervence povedou k přiblížení se k cíli a k jeho následnému splnění. Po celou dobu plánování spolupracujeme aktivně s pacientem a jeho rodinou, neboť právě oni zde hrají důležitou roli v úspěšném zvládnutí péče (Staňková, 2009). Cíle by měly představovat minimálně zachování zdravotního stavu pacienta (Carpenito-Moyet, 2009 s. 13).

Zápisy do ošetřovatelského plánu

Pro zajištění plynulosti ošetřovatelské péče a jejího následného hodnocení musí být plán péče konstruován jednoznačně a srozumitelně, aby byl snadno pochopitelný pro

všechny členy multidisciplinárního ošetrovatelského týmu. Aby bylo toho všeho dosaženo, je důležité mít vytvořený na oddělení patřičný formulář (Staňková, 2009).

Zápisy do ošetrovatelského plánu by neměly být časově náročné, nesmí totiž zabraňovat sestře v přímé péči o nemocného. Důležité je stanovit si v ošetrovatelském týmu, jakým stylem se bude do formulářů zapisovat a jaké informace to budou. Například zda se bude zaznamenávat, že péče je prováděna podle plánu s možnými připomínkami k péči. Další možností je zapisovat informace o péči, jež byla plánována, ale nějaká fakta zabránila jejímu poskytování. Či zda budou zaznamenávány informace o péči neplánované, která se prokázala jako potřebná. Při zvolení způsobů výše uvedených je důležité, aby ho respektoval celý ošetrovatelský tým (Staňková, 2009). „Pro plánování péče je důležité první zhodnocení pacienta, proto by vstupní rozhovor a jeho zdokumentování měly být provedeny do 24 hodin po přijetí“ (Staňková, 2009, s. 48).

Ve formuláři by měly být uplatněny dva typy zápisů, a to jak průběžný, tak i souhrnný. Průběžný zápis by měl být elementární a informovat pouze o činnostech, které byly již provedeny, a o těch které byly provedeny mimo plán. Souhrnný záznam je uplatňován především při předávání směny. Zde je namístě také stručnost a jednoduchost. Zároveň však musí správně informovat o poskytnuté, neposkytnuté či plánované péči a odezvě pacienta na ni. Záznam do dokumentace by neměl být odkládán, jelikož hrozí riziko, že informace budou nesprávné či úplně zapomenuty (Staňková, 2009). K zachování individualizované péče je důležité seznámit s plánem celý tým ošetrovatelské péče. Každý z týmu nemusí vědět o pacientovi podrobnosti, musí však vědět, jakou péči o pacienta je třeba zabezpečit a proč je to nezbytné (Staňková, 2009).

„Každý ošetrovatelský pracovník by měl získat následující informace: jaké má pacient hlavní problémy, jaké jsou krátkodobé a dlouhodobé cíle naplánované péče, jaká péče by se měla poskytnout k zajištění pacientových potřeb, které výkony již byly provedeny a jak dalece pacient pokročil ke stanovenému cíli (či naopak)“ (Staňková, 2009, s. 49).

Správně formulovaný plán péče ulehčuje spojení mezi sestrami. Díky předem stanoveným činnostem můžeme včas zabezpečit pomůcky, které budeme potřebovat a na základě správně stanovených kritérií můžeme zhodnotit, zda dosáhneme cíle (Tóthová, 2014).

V ošetrovatelské péči se uplatňují tři typy ošetrovatelských plánů. Prvním takovým je plán ošetrovatelské péče zaměřený na ošetrovatelské diagnózy, tzv. plán individuální péče. Plán je obvykle sestaven na 24 hodin, po uplynutí této doby následuje jeho zhodnocení sestrou. Hodnotí se účinnost péče, kde se srovnává faktický stav pacienta a předpokládané výsledky v plánu. Dále je plán přezkoumán a péče opět naplánována. Druhým používaným typem plánů je denní plán péče. Je obvykle sestavován u věkově starší skupiny pacientů, kterým významně zdokonaluje kvalitu života. Sestra zde naplánuje činnosti, jako je buzení, ranní hygiena, snídaně a další denní aktivity. Posledním užívaným plánem je standardní plán péče. Pomocí informačních technologií je plán předpřipraven se zaměřením na problémy určitých klinických případů. Cílem tohoto plánu je ušetřit čas sestře při vypisování dílčích bodů, ne vysadit plánování ošetrovatelského procesu. V těchto plánech můžeme vybírat z nejčastějších ošetrovatelských diagnóz, kritérií a činností, které individualizujeme podle stavu pacienta. I přesto, že je tento plán předtíštěn, je potřeba jej často doplňovat (Tóthová, 2014).

1.5.4 4. FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

V této části ošetrovatelského procesu provádí sestra ošetrovatelské intervence, které jsou zaznamenány v plánu péče. Sestra zde opět zhodnotí pacientovy potřeby, které následně aktualizuje. Pokud je ošetrovatelský plán v souladu se zdravotním stavem pacienta a již byly vykonány naplánované ošetrovatelské intervence, měly by se vyřešit pacientovy problémy (Tóthová, 2014).

Fáze realizace „propojuje všechny fáze ošetrovatelského procesu v jeden dynamický celek. Pokud není naplánovaná individuální péče provedena, necítí nemocný

žádné zlepšení kvality ošetrovatelské péče a ošetrovatelský proces se stává spíše administrativní než praktickou záležitostí“ (Staňková, 2009).

Tato fáze je sestřám nejbližší, jelikož je spojena s přímou péčí o pacienta. Sestry se v této fázi cítí bezpečněji. Oproti předchozím fázím, kde musí zapojit kritické myšlení, být nezávislé, tvořivé a musí umět pracovat odborně.

Zápisy do ošetrovatelského plánu

„Dokumentace o pacientovi by měla být vždy aktuální, úplná a přesná“ (Tóthová, 2013, s. 116). V okamžiku, kdy sestra provede ošetrovatelské intervence a zhodnotí zpětnou vazbu pacienta, by měla zároveň provést zápis o výsledcích opětovného posouzení, provedených výkonech a o odezvě pacienta do ošetrovatelské dokumentace. Okamžitý zápis intervence chrání pacienta před nedopatřením či duplicitním provedením výkonu. Sestra by neměla nikdy zapisovat výkony předem. Mohlo by se stát, že na daný výkon vůbec nemusí dojít (Tóthová, 2014).

1.5.5 5. FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Pátá fáze ošetrovatelského procesu má zhodnotit účinnost dosavadní poskytnuté péče. Jedná se o významnou část celého procesu, jelikož sestry jsou odpovědné za intervence, které provedly a nepokračují zde v neúčinné ošetrovatelské péči, ale pokračují v užívání jiných, účinnějších intervencí (Hudáčková, 2014).

Hodnocení ošetrovatelského plánu poskytuje také zpětnou vazbu na vykonanou péči a informuje o tom, že je potřeba lépe vzdělávat ošetrovatelský personál, či že je práce personálu nevhodně organizována. Závěrečným hodnocením je také uzavírána etapa ošetrovatelského procesu. Hodnocení účinku by měla provádět sestra spolu s nemocným. Při hodnocení péče pacientem musí sestra s nemocným vést dialog a rozebrat, co se díky plánu zdařilo a co účinné nebylo. Zároveň by měla vnímat pacientovy subjektivní pocity. Mohou jí totiž pomoci nalézt jiné možnosti řešení v případě, pokud pacient cítí, že cíle nebylo dosaženo (Staňková, 2009).

Oproti tomu hledá sestra objektivní posouzení, které ukazuje pozitivní, žádný či negativní účinek. Výsledky péče jsou hodnoceny průběžně jednotlivci ošetřovatelského týmu, avšak soustavné hodnocení by měla provádět sestra, která plán péče zhotovila (Staňková, 2009).

Při hodnocení by měl být podle Staňkové zachován obecný postup, ve kterém porovnáváme získané výsledky s plánovanými cíli. Dále změříme efektivnost plánovaných ošetřovatelských intervencí prostřednictvím specifických ošetřovatelských metod. V případě, že nebyl cíl splněn, upravíme plán podle výsledků hodnocení (Staňková, 2009).

V této fázi může sestra užít tři typy hodnocení. Jedním typem je hodnocení termínované, které se provádí na konci první periody procesu. Toto hodnocení má nastínit, čeho již v péči bylo dosaženo, čeho nikoli a kde došlo k rozporu mezi výsledkem a naplánovanými cíli. Při tomto hodnocení využívá sestra dostupné měřicí techniky a testy, díky kterým je objektivně informována. Sestra zde bere v potaz také názor pacienta, který se může lišit od názoru sestry. Pokud tomu tak je, měl by vždy převážít pacientův názor. Pokud sestra plánuje reálné cíle, je vždy hodnocení jednodušší. V případě že bylo dosaženo cíle, není třeba již v intervencích pokračovat a můžeme o tom provést zápis do dokumentace (Staňková, 2009). Tento typ hodnocení by měla zhotovovat sestra, která pacienta zhodnotila při přijetí a vytvořila celý plán péče (Tóthová, 2014).

Průběžné hodnocení se provádí neustále v průběhu všech fází ošetřovatelského procesu, jelikož ke každé fázi procesu náleží i hodnocení (Tóthová, 2014).

Závěrečnému hodnocení náleží také „ošetřovatelský souhrn“, který je znám pod názvem překladová ošetřovatelská péče. Seznamuje další sestru, rodinu či agenturu domácí péče s hlavními ošetřovatelskými problémy, informuje o dlouhodobých cílech, které by měli další ošetřovatelé brát v potaz. Tento formulář zajišťuje spojitost ošetřovatelské péče (Staňková, 2009).

1.6 ZJIŠŤOVÁNÍ KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

V dnešní době je průkazné, celistvé a správné vedení zdravotnické dokumentace důležitým mezníkem při poskytování bezpečné a kvalitní zdravotní péče. Mezery v dokumentování mohou vést k pochybení zdravotnických pracovníků a následně poškodit zdraví pacienta (Brabcová, Bártlová, 2015). Brabcová (2015) dále uvádí, že dotazované sestry se nejčastěji setkávají s nečitelnými záznamy v dokumentaci či s neúplností dokumentace před nebo po různých vyšetřeních, které pacient absolvuje. Dalším problémem, který sestry uvádějí, jsou chybějící části záznamů z pozorování sestry v ošetrovatelské dokumentaci. Podle Brabcové (2015) by mělo být v zájmu sester průkazné a pečlivé vedení ošetrovatelské dokumentace.

„Pojetí „kvality“ je dáno kulturním a sociálním prostředím“ (České ošetrovatelství, 2006, s. 6). Zdravotní péče je do jisté míry ovlivňována hodnotami společnosti a představami o kvalitě těch, kteří definují kvalitu péče. Jsou to například politici, tvůrci zdravotnické legislativy a zdravotničtí pracovníci. S definováním kvalitní péče úzce souvisí tzv. standard, který vymezuje dobrou standardní kvalitní péči. Na základě stanoveného standardu se poskytovaná péče hodnotí. Význam slova „kvalita“ tedy závisí na určení rozsahu či mezníku, co reálně představuje dobrou ošetrovatelskou péči.

S určováním kvality ošetrovatelské péče úzce souvisí ošetrovatelský audit. V překladu znamená tento termín vyhodnocení. Abychom mohli vyhodnocovat poskytovanou ošetrovatelskou péči, musíme pracovat na základě metod ošetrovatelského auditu. České ošetrovatelství (2006) udává, že kromě dodržování standardů je důležité monitorovat kvalitu ošetrovatelské péče na základě těchto metod – „pozorovat sestry při práci, kontrolovat ošetrovatelskou dokumentaci, zjistit, jak je péče hodnocena spolupracovníky i jak sestra hodnotí vlastní práci, sledovat, jak si sestry předávají nemocné a službu, měřit účinnost péče např. podle délky jejího trvání nebo podle frekvence kontaktů mezi pacientem a sestrou“ (České ošetrovatelství, 2006, s. 21).

Za kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na stanici je odpovědná staniční sestra, načež za kvalitu ošetrovatelské dokumentace celého oddělení odpovídá vrchní sestra (Vondráček, 2013).

„Je třeba zdůraznit, že vedoucí zaměstnanci mají nejen právo, ale i povinnost kontrolovat kvalitu zdravotnické dokumentace“ (Vondráček, Kučková, 2013).

„Kontrola plní v procesu řízení pro vedoucího pracovníka funkci zpětné vazby“ (Gladkij, 2003, s. 277).

Mezi rizika či nežádoucí události při plnění ošetrovatelských činností je zahrnuta nesprávně vedená dokumentace u nemocného. Nečitelnost, neúplnost záznamů ve zdravotnické dokumentaci a zároveň jejich duplicita vedou ke zvýšení rizikového faktoru, což zvyšuje pravděpodobnost, že systém selže. Následkem tohoto selhání je chybovost zdravotnických pracovníků. Podle Prokešové (2015) patří právě proces s administrativou mezi 5 rizikových procesů v ošetrovatelství. Mezi rizikové momenty považuje i nekompletně vedenou zdravotnickou dokumentaci. Tyto rizikové situace jsou podle Prokešové spojené s nedostatkem zdravotnického personálu. Jako příčiny nedostatku personálu však udává jisté důvody, jako je například nárůst počtu pacientů, zvýšení neschopnosti zaměstnanců způsobenou nemocí zdravotníků a dále poté mimořádné události či akutní příjmy.

Nový pohled na věc přináší PDCA cyklus podle W. Edwarda Deminga. Demingův cyklus je metoda, která vede ke zvyšování kvality. PDCA znamená Plan, Do, Check, Act. Plánování, realizace, kontrola, úpravy záměru. Podle tohoto cyklu představuje fáze plánování – „Plan“ sběr informací, definování problému a potřeba stanovení cílů a opatření. Ve fázi „Do“ se provedou stanovené intervence, které se následně zadokumentují. Fáze „Check“ účinky a opatření se kontrolují v pravidelných intervalech a s ohledem na stanovené cíle se zhodnotí. Ve čtvrté fázi se na základě zhodnocení jednotlivých cílů intervence upraví nebo doplní dle změněné situace. Podle německých autorů se do tohoto cyklu dá zasadit ošetrovatelský proces (Brucker, 2005).

2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 CÍLE PRÁCE

1. Zmapovat názor sester na práci s ošetrovatelskou dokumentací ve vybraných zdravotnických zařízeních ve dvou vybraných zemích.

2. Porovnat ošetrovatelskou dokumentaci ve vybraných zdravotnických zařízeních ve dvou vybraných zemích.

2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaký je názor sester na práci s ošetrovatelskou dokumentací v České republice a Spolkové republice Německo na vybraných nemocničních odděleních?

2. V čem se liší ošetrovatelská dokumentace na vybraných odděleních v České republice a ve Spolkové republice Německo?

3 METODIKA PRÁCE

3.1 POUŽITÉ METODY

Pro výzkumné šetření bylo využito metody kvalitativního výzkumu. Technikou pro sběr dat byl sestaven polostrukturovaný rozhovor, který „vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek“ (Švaříček, 2007, s. 159). Odpovědi sester byly dobrovolné a anonymní. Seznam otázek k rozhovoru je součástí příloh (viz Příloha 1). Jelikož je výzkum prováděn v České republice a ve Spolkové republice Německo, musely být otázky pro rozhovory připraveny ve dvou provedeních, a to německy a česky. Otázky byly sestaveny tak, aby byl zjištěn názor sester na situaci týkající se ošetrovatelské dokumentace a práci s ní.

V úvodu rozhovoru byly od sester zjištěny základní informace, jako je věk, léta práce, pohlaví a dosažené vzdělání. Následovaly otázky týkající se práce s ošetrovatelskou dokumentací, které byly prolínány otázkami na celkový pohled či názor sester na práci s dokumentací a na ošetrovatelskou dokumentaci jako takovou. Dále otázky narážely na téma, jak se sestry cítí ošetrovatelskou dokumentací zatížené nebo jaká je spolupráce v týmu na podkladu ošetrovatelské dokumentace.

Rozhovory byly zaznamenávány písemně do připraveného formuláře s otázkami, které byly však různě doplňovány či vynechávány, pokud nebylo zodpovězení otázky předmětné. Následně byly jednotlivé rozhovory formou nepřímého přepisu transkribovány do počítačového programu Microsoft Word 2013. Přepisy rozhovorů jsou umístěny ve volné příloze této práce (Příloha 22, viz CD).

Druhou část výzkumného šetření představuje analýza dokumentace. Předmětem analýzy byla příjmová ošetrovatelská anamnéza, plán ošetrovatelské péče, jeho realizace a překládová ošetrovatelská zpráva. Analyzovány byly dokumentace ze dvou zdravotnických zařízení – jedna ze SRN a jedna z ČR. Obě zdravotnická zařízení byla

požádána osobně o poskytnutí jejich ošetrovatelské dokumentace. Obě nemocnice souhlasily s analýzou a následným přiložením jejich dokumentace jako přílohu této bakalářské práce (viz Příloha 1–5). Německé dokumenty, které byly předmětem analýzy, byly z části přeloženy a obsahují slovník pojmů, vyskytující se v dokumentaci (viz Příloha 3-13a,b). Česká ošetrovatelská dokumentace je také součástí práce (viz Příloha 14-17). Souhlas nemocnic je taktéž jednou z příloh této práce (viz Příloha 18, 19).

3.2 POSTUP PŘI ANALÝZE ROZHovorŮ SE SESTRAMI

Rozhovory byly nejprve přepsány do počítače prostřednictvím programu Microsoft Word 2013. Pro analýzu rozhovorů byla použita metoda otevřeného kódování, kdy každému přepsanému rozhovoru, respektive každé z dotazovaných sester, bylo přiděleno číslo 1–20. Následně byly očíslovány řádky odpovědí sester pro lepší orientaci v textu a následné odkazování se na ně. Dále byly rozhovory zpracovávány metodou „papír a tužka“. Zvolení této formy bylo pro snadnější orientaci a přehlednost v několikastránkových rozhovorech. Jako příklad pro orientaci v praktické části této bakalářské práce uvádím: pokud je ve výsledcích zmíněna respondentka 5 a její odpověď na otázku se nachází na 15. řádce, vypadá kód takto: S5/15. Dalším použitým prvkem byla metoda „vyložení karet“, na základě které byla data uspořádána do 3 kategorií – práce s ošetrovatelskou dokumentací, názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci, zatíženost sester ošetrovatelskou dokumentací. Kategorie byly následně popsány a podloženy citacemi z rozhovorů.

3.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor představovaly sestry ze dvou vybraných zemí. Sestry, se kterými byly rozhovory vedeny, pracovaly ve zdravotnických zařízeních v České republice a ve Spolkové republice Německo. V SRN byla vybranou nemocnicí Klinikum Passau, jelikož to byla instituce, kde probíhala má pracovní stáž. V České republice byla oslovena celkem dvě zdravotnická zařízení z důvodu, že jedno zdravotnické zařízení odmítlo. Výzkumné šetření nakonec probíhalo v Nemocnici Tábor a.s.

Výzkumný soubor z každé země tvořilo deset sester. Rozhovory se sestrami, které pracovaly na území SRN, probíhaly od 20. 7. 2015–25. 8. 2015. Sestry z oddělení interních a chirurgických oborů byly osloveny záměrně. Z každého oddělení bylo osloveno 5 sester. Sestry byly velmi ochotné. Rozhovory se všemi sestrami byly prováděny na oddělení o pracovní době či o polední přestávce.

V Nemocnici Tábor a.s. bylo výzkumné šetření prováděno od 14. 3. 2016 do 15. 4. 2016. Probíhalo na oddělení interních a chirurgických oborů. Dvě z oslovených sester rozhovor odmítly. Jako vysvětlení uvedly pracovní důvody. Nakonec rozhovory probíhaly s 5 sestrami z interního a s 5 sestrami z chirurgického úseku. Rozhovory se všemi respondentkami byly vedeny na oddělení, kde pracují.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V tabulce 1 jsou pro lepší orientaci znázorněny identifikační údaje dotazovaných sester. Z celkem dvaceti dotázaných sester byli 4 muži, pracující na území Německa. Nejmladší oslovené sestře bylo 21 let. Nejvyšší uvedený věk byl 55 let. Nejkratší praxi ve zdravotnictví má sestra z ČR, a to půl roku. Všechny sestry ze SRN mají stejné dosažené vzdělání (S1–S10). Absolvovaly též učební obor neboli německy (Ausbildung = tříletý učební obor, všeobecná sestra), jelikož Spolková republika Bavorsko ještě nepřijala jednotný evropský vzdělávací rámec. U dotazovaných sester z ČR bylo dosažené vzdělání různorodější. Pět z dotázaných uvedlo střední zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra (S11, S12, S17, S18, S19), 2 sestry dokončily reformovaný obor na střední zdravotnické škole, obor zdravotnický asistent. Tři z deseti dotázaných českých sester mají dokončený 3 stupeň vzdělávání a získaly titul Bc. (S16, S20) a titul Dis. (S13).

Tabulka 1: Základní identifikační údaje dotazovaných sester/ respondentů

Respondent	Věk	Pracoviště	Země	Délka praxe ve zdravotnictví v letech	Vzdělání	Pohlaví
S1	26	Chir. oborů	SRN	2	UO- VS	MUŽ
S2	27	Chir. oborů	SRN	7	UO- VS	ŽENA
S3	55	Chir. oborů	SRN	37	UO- VS	ŽENA
S4	35	Chir. oborů	SRN	18	UO- VS	ŽENA
S5	36	Chir. oborů	SRN	15	UO- VS	MUŽ
S6	32	Inter. oborů	SRN	16	UO- VS	ŽENA
S7	50	Inter. oborů	SRN	23	UO- VS	ŽENA
S8	50	Inter. oborů	SRN	26	UO- VS	MUŽ
S9	49	Inter. oborů	SRN	20	UO- VS	MUŽ
S10	21	Inter. oborů	SRN	1,5	UO- VS	ŽENA
S11	47	Chir. oborů	ČR	28	SZŠ- VS	ŽENA
S12	25	Chir. oborů	ČR	6	SZŠ- VS	ŽENA
S13	45	Chir. oborů	ČR	13	Dis.	ŽENA
S14	26	Chir. oborů	ČR	6	SZŠ- ZA	ŽENA
S15	29	Chir. oborů	ČR	3	SZŠ- ZA	ŽENA
S16	47	Inter. oborů	ČR	30	Bc.	ŽENA
S17	36	Inter. oborů	ČR	17	SZŠ- VS	ŽENA
S18	30	Inter. oborů	ČR	11	SZŠ- VS	ŽENA
S19	30	Inter. oborů	ČR	11	SZŠ- VS	ŽENA
S20	23	Inter. oborů	ČR	0,5	Bc.	ŽENA

S – sestra/respondent

SRN – Spolková republika Německo

ČR – Česká republika

UO – učební obor/Ausbildung

VS – všeobecná sestra (Gesundheits –und Krankenpfleger/in, Krankenschwester)

4.1 KATEGORIZACE A ANALÝZA VÝSLEDKŮ Z ROZHovorŮ

Výsledky rozhovorů byly zpracovány do třech kategorií, které jsou ještě rozčleněny do jednotlivých podkategorií. Na podkladě každé kategorie bylo vytvořeno schéma, které nás seznamuje s rozdělením samotných podkategorií. Podkategorie jsou dále ve schématu rozděleny na sestry ze SRN a sestry z ČR, což zajišťuje lepší přehlednost a přináší názorné porovnání.

4.1.1 KATEGORIE – PRÁCE S OŠETŘOVATELSKOU DOKUMENTACÍ

Kategorie Práce s ošetrovatelskou dokumentací se zabývá tím, jak sestry pracující v nemocnicích v ČR a SRN pracují s ošetrovatelskou dokumentací. Předmětem této kategorie je také přiblížit to, jak je ošetrovatelská dokumentace používána sestrou v průběhu směny. S podrobnými fakty seznámí jednotlivé podkategorie, obsahující zakódované výrazy, které sestry uvedly v rámci rozhovorů.

Podkategorie – Používání ošetrovatelské dokumentace při předávání hlášení

V podkategorii Používání ošetrovatelské dokumentace při předávání hlášení byly sestry dotazovány, zda dokumentaci při předávání hlášení aktivně používají. Dvanáct z dotázaných sester (S1–S10, S16, S17) uvedlo, že dokumentaci při předávání hlášení používají aktivně. Ostatní sestry ošetrovatelskou dokumentaci při předávání hlášení nepoužívají vůbec. Při rozhovoru však uvedly jejich alternativy, na jejichž podkladě hlášení předávají, kromě tří sester (S15, S18, S20) které uvedly, že dokumentaci nepoužívají. Tři sestry si jako pomoc při předávání hlášení berou své poznámky, které předávají ústně (S11, S13, S19). „*Používáme spíše poznámky, které předáváme ústně*“ (S11/4); „*Důležitosti o pacientovi mám vypsány na svém papíře*“ (S13/3); „*Máme vypsány speciální papír o pacientech*“ (S19/4). Dvě sestry, patřící do skupiny

sester, které nepoužívají dokumentaci při předávání hlášení, uvedly jako důvod nepoužívání formulářů tím, že: „*Informace si pomatuji*“ (S14/3) či „*Říkám informace spíše z hlavy*“ (S12/3).

Na otázku týkající se důležitosti jednotlivých částí ošetřovatelské dokumentace pro předání odpovědělo 13 sester (S1–S11, S16, S17), jelikož sedm sester dokumentaci nepoužívá. Pro dvě z dotázaných sester, přičemž sestra (S11) dokumentaci nepoužívá a řídí se spíše svými poznámkami, které předává ústně, se ale při předání drží lékařské dokumentace. „*Za důležité považuji ordinace lékaře, na které se vzájemně upozorňujeme*“ (S11/4). Sestra (S17), která ošetřovatelskou dokumentaci při předání používá, zároveň používá lékařskou dokumentaci. „*Předávám také informace ze zdravotnické dokumentace*“ (S17/4). Informace z oblasti ošetřovatelské péče zajímá 13 sester. Sestry zmínily různé informace, které považují při předání za stěžejní. Pouze jedna sestra zmínila, že ji zajímají pocity pacientů (S6). „*Zaměřuji se na všechna aktuální data a fakta a pocity pacientů*“ (S6/3). Deset sester zmínilo ve své odpovědi alespoň jednu oblast týkající se ošetřovatelské péče, která je pro ně při předávání pacienta důležitá (S1–S5, S7–S9, S16–S17). „*Při předávání se zaměřujeme na ošetřovatelské diagnózy*“ (S1/5), „*Polohování, zavedená opatření*“ (S2/6), „*Pomůcky denní potřeby, strava, mobilizace*“ (S5/4), „*Pokud je to pacient pro mě nový, zajímají mě informace, které jsou důležité při plnění ošetřovatelských činností*“ (S9/5), „*především informace z realizace*“ (S17/3).

Podkategorie – Používání ošetřovatelské dokumentace při obchůzkách po pacientech

Podkategorie Používání ošetřovatelské dokumentace při obchůzkách po pacientech seznamuje s tím, jak dotazované sestry používají dokumentaci při plnění ošetřovatelských intervencí. Ošetřovatelskou dokumentaci jako takovou, myšlen je tím i plán ošetřovatelské péče a jeho realizace, používá aktivně 10 sester (S1–S10). Sestry (S1–S5, S7–S9) uvedly hlavní důvody, proč dokumentaci při své práci používají. (S5, S10) odpověď nijak neodůvodnilo. „*Dokumentaci mám vždy u sebe, abych mohl zaznamenat veškeré změny či nově změřené hodnoty u pacienta*“ (S1/14). „*Musím přece*

kontinuálně zaznamenávat, a to ihned když pacienta vidím, moc často nezaznamenávám zpět“ (S3/11). „Potřebuji vědět různé informace, když jdu k pacientům něco dělat, případně pacienti chtějí po mně vědět nějaké informace“ (S4/8). „Veškerá data musí být zaznamenána aktuálně, ne dřív ani ne zpětně“ (S8/8). Sestry (S11, S12, S15) dokumentaci při práci aktivně nepoužívají a ani svou odpověď neodůvodnily. U dotazovaných (S13–S14, S16–S20) z odpovědí vyplynulo, že jimi je dokumentace užívána pasivně. Tři z nich používají dokumentaci aktivně pouze v případě příjmu pacienta (S18, S19, S20). U čtyř sester z jejich odpovědí vyplývá, že informace do dokumentace zaznamenávají zpětně (S13, S14, S17, S18). Všechny uváděly podobné odpovědi. „Zapisuji provedené činnosti až na inspekci“ (S13/6). „Zapisuji vše zpětně, beru si s sebou jen lékařské ordinace“ (S14/6).

Podkategorie – Použití ošetrovatelské dokumentace lékařem z pohledu sestry

Otázka, na základě které byla stanovena tato podkategorie, se týkala samotného použití ošetrovatelské dokumentace lékařem z pohledu sestry. Jedenáct (S5, S11–S20) z dotázaných dvaceti sester uvádělo jako nejčastější odpověď, že lékaři ošetrovatelskou dokumentaci pravděpodobně nepoužívají, protože se nesetkaly s tím, že by ji použili. Je také možné, že ošetrovatelskou dokumentaci využívají velmi málo, neboť se na informace z ošetrovatelské péče stále ptají. Tyto odpovědi se týkají sester (S11–S20). Dvě sestry uvedly, že se lékař občas podívá na nutriční screening, bilance tekutin či teplotní tabulku (S14, S19).

Na otázku, zda je dokumentace používána při vizitách, bylo opět častou odpovědí to, že se s takovou praxí sestry nesetkaly. Nemohou potvrdit, že by se lékaři při vizitě do ošetrovatelské dokumentace dívali, protože se na informace o ošetrovatelských činnostech často ptají. Na tomto tvrzení se shodly sestry (S11–S20). „Málokdy jsem viděla, že by lékař dokumentaci použil, spíš to mezi námi funguje komunikačně“ (S11/21). „Při vizitě je dokumentace používána zřídka“ (S12/15). „Zeptají se, když potřebují něco z ošetrovatelské péče“ (S13/15). „Není, bereme ji s sebou, ale nikdy se do ní lékař nepodíval“ (S15/16). Sestry (S1–S4, S6–S10) na tuto otázku měly víceméně

stejnou odpověď. Shodují se na tom, že lékaři dokumentaci používají především při vizitách a to aby znali pacientův celkový stav. „V dokumentaci mají lékaři i sestry svůj prostor pro zaznamenávání a vzájemně pak vidí, jak se pacientův stav vyvíjí“ (S1/34). „Můžou vidět, jak pacient jedl či jaké má ošetrovatelské problémy“ (S1/35). „Zajímá je celkový stav pacienta, který mají zase od nás“ (S9/24). Na základě odpovědí sester (S11–S20), které tvrdí, že se lékaři spíše ptají na ošetrovatelské informace, byla sestrám položena otázka, zda jim nevadí vyhledávat lékařům informace či na ně odpovídat. Sestry se ve většině odpovědí shodly v tom, že odpovídat lékařům jim nevadí, že si na to zvykly nebo to berou jako součást své práce. „Už jsem si zvykla, beru to jako tak, že je to má práce“ (S12/17). „Nevím, jestli je to jejich povinnost s ní pracovat“ (S14). „Možná by s naší dokumentací mohli taky někdy pracovat“ (S11/23). „Na numerické informace by se mohli podívat“ (S16/19).

Podkategorie – Problémy při vyplňování ošetrovatelské dokumentace

Podkategorie Problémy při vyplňování ošetrovatelské dokumentace se zabývá tím, co sestrám práci s dokumentací nejvíce znepríjemňuje, anebo zda mají nějaké problémy při jejím vyplňování. Z rozhovorů vyplynulo, že 5 sester nemá žádné problémy při práci s ošetrovatelskou dokumentací (S6, S10, S14, S15, S19). Pouze jedna sestra uvedla, že jako hlavní problém při práci s ošetrovatelskou dokumentací, se kterým se setkává, je její duplicita (S9). „Duplicitní dokumentace“ (S9/23). Dalším problémem, který se vyskytoval ve výpovědích sester nejčastěji, byla špatná čitelnost dokumentace po kolezích. V této odpovědi se shoduje dohromady 12 sester (S1, S3–S5, S7, S8, S11, S12, S16–S18, S20). Z toho sestry (S3, S8, S20), které uvedly také špatnou čitelnost, jsou však toho názoru, že jde především o zvyk či už se naučily po svých kolezích číst. „Nečitelnost, ale asi si na písmo ostatních časem zvyknu“ (S20/16). Pouze 2 sestry vztáhly odpověď na zdravotnickou dokumentaci (S2, S4). Nejčastěji jim znepríjemňuje práci neuspořádanost podkladů a nečitelnost lékařských ordinací. „Jednou jsou tablety vysazeny, podruhé nasazeny“ (S2). Sestra (S5) uvedla jako svůj nejčastější problém, se kterým se setkává to, že spousta věcí není doplněna. Jedna sestra uvádí „složitost a neúplnou jasnost v připravených formulářích“ (S13/14). Další ojedinělou odpovědí

bylo také to, že „*informace nenavazují a kolegyně jsou nedůsledné*“ (S16/17). Problém „*Neúplné informace*“ (S17/19) zmínila také jedna sestra.

4.1.1 KATEGORIE – NÁZOR SESTER NA OŠETŘOVATELSKOU DOKUMENTACI

Tato kategorie nás seznamuje s názorem sester na ošetrovatelskou dokumentaci. Zkoumá názor na některé její části, a to zejména zda sestry pracují s těmi jejími částmi, o nichž si myslí, že jsou pro praxi zbytečné, a zjišťuje, jaký mají sestry pohled na elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci. Zajímá se také o to, jak sestrám vyhovuje systém péče, podle kterého na oddělení pracují.

Podkategorie – Zbytečnost některých částí ošetrovatelské dokumentace

Na otázku, zda je nějaká část ošetrovatelské dokumentace, kterou pokládají za zbytečnou, odpovědělo 7 sester striktně, že není žádná část, která by byla zbytečná (S2, S3, S6, S8, S9, S11, S19, S20). Tři sestry (S1, S7, S10) se také ztotožňují s názorem, že není žádná část ošetrovatelské dokumentace zbytečná. Navíc se utvrzují v tom, že je vše nastavené akorát „*V ošetrovatelské dokumentaci, kterou používáme, je vše nastavené akorát*“ (S1/38). Sestra (S20) uvádí, že ošetrovatelskou dokumentaci vnímá jako jistý způsob ochrany. „*Když je to všechno napsané, tak mě to chrání, jako že jsem to udělala*“ (S20/20). Sestra (S16) se domnívá, že dříve udělaly sestry některé věci spíše náhodně, kdežto nyní díky dokumentaci mají přesné body, na které mají reagovat „*Nedochází tak často k chybám a zvýšila se bezpečnost*“ (S16/23). Zcela opačný názor udávají sestry (S12, S14, S15), jimž přijde vyplňování plánů ošetrovatelské péče zbytečné, neefektivní, nebo se domnívají, že je těchto formulářů pro plánování péče mnoho. Sestra (S14) navíc uvedla, že by s plány musel pracovat celý ošetrovatelský tým. „*Nebere se to moc vážně*“ (S14/22). Navíc si tyto sestry myslí, že plán péče není úplně zbytečná věc. „*Spíš se s tím neumí pracovat*“ (S14/23). „*Aby to bylo hlavně zapsané, to je důležité*“ (S12/19). „*Myslím, že se prakticky nepoužívají*“ (S15/18).

Sestrám (S13, S15, S17) přijde jako nejvíce zbytečná část edukační plán a sestřím (S17, S18) monitorace bolesti. Sestra (S5) uváděla, že „*Pacienti jsou na klinice krátký čas na to, aby se dosáhlo všech cílů*“ (S5/21). Její tvrzení bylo zdůvodněno tím, že největší díl práce zabere naplánování péče a jeho aktualizování. U sestry (S4) je za největší zbytečnost považována „*formulace ošetrovatelských cílů*“ (S4/26).

Podkategorie – Názor na elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci

Z rozhovorů bylo zjištěno, že žádná z dotázaných sester nepracuje na oddělení, kde by byly části, jako je plán ošetrovatelské péče a ošetrovatelských činností, příjmová ošetrovatelská zpráva, vedeny v elektronické podobě. Pouze na oddělení u sester (S1–S10) je v elektronické podobě ošetrovatelská zpráva, která se sice vyplní elektronicky, ale vzápětí se vytiskne. Sestrám byly pokládány otázky, aby se zjistilo, zda by pro ně bylo výhodnější mít ošetrovatelskou dokumentaci v elektronické podobě a zda si myslí, že by jim to ušetřilo čas. Sestry (S1, S2, S4–S10) jsou toho názoru, že by bylo určitě výhodnější mít celou ošetrovatelskou dokumentaci vedenou elektronicky. Sestra (S2, S5) navíc vidí jako podmínku pro zavedení elektronické dokumentace zajistit dostatek počítačů, tabletů a lepší vybavení. Sestra (S2) navíc udala i jasnou představu o jejich počtu, a sice „*minimálně jeden na okresek*“ (S2). (S11, S12, S17) jsou toho názoru, že vedení dokumentace elektronicky by nebylo výhodnější ani příjemnější, dokonce sestra (S19/28) uvedla: „*Nejspíš bych byla ještě více ve stresu a nervózní*“. Sestry (S13, S15, S16, S18) by souhlasily s elektronickou dokumentací také za splnění určitých podmínek jako sestry (S2, S5). Sestra (S13) vidí jako nejtěžejnější pro dobré fungování propracovaný počítačový program. „*V počítačové verzi je přesný čas, kdy sestra zapsala výkon, zamezilo by se chybám*“ (S13/). Dobrý program by chtěla i sestra (S16). Ta navíc udává, že by měla být „*dokumentace dobře provázána s lékařskou, aby údaje nevznikaly dvakrát*“ (S16/28). Sestra (S14) odpověděla: „*Nevím, ještě jsem se s tím nesešla*“ (S14/25). Sestra (S20) si myslí, že „*By to nebylo úplně špatné, musely bychom si zvyknout*“ (S20/23). Dalším rozhodujícím faktorem, zda by sestry chtěly pracovat s elektronickou dokumentací, je čas, který by to zabralo. Ptali jsme se proto sester, zda si myslí, že by jim tento typ dokumentace ušetřil čas. Sestry (S1, S2, S5, S9,

S10) jsou toho názoru, že by jim určitě ušetřil čas. Dotazované (S11, S12, S14) odpověděly „*Možná*“. To proto, že si z nějakého důvodu nejsou jisté, například protože „*to není vyzkoušené*“ (S11/28), jak uvedla jedna z těchto sester. Sestry (S4, S7, S17) si myslí, že by to čas neušetřilo. Sestry (S5, S13, S15, S16, S18, S19) nabývají dojmu, že čas by to ušetřilo pouze za splnění podmínek, jako je dostatek počítačů a dobrý program. Dále se sestry (S1, S2, S5, S7) shodly na tom, že by dokumentace díky elektronické verzi byla pro všechny čitelná. „*Čitelné a přehlednější*“ (S5/25). „*Čitelné, tudíž jistější a spolehlivější*“ (S1/41). „*Zlepšila by se tudíž čitelnost a chaos v papírech*“ (S2/36). Sestra (S11) je toho názoru, že „*takhle jak to je, si sestřička vše přizpůsobí svému časovému harmonogramu*“ (S11/29). Sestra (S19) si myslí, že když, „*vypadne systém, tak ještě rádi sáhneme po papíru*“ (S19/26). Ojedinelá odpověď padla z úst sestry (S13). „*V počítačové verzi je přesný čas, kdy sestra zapsala výkon, zamezilo by se chybám a sestry by byly více kryté*“ (S13/22).

Podkategorie – Názor na aplikovaný systém péče

Všech 20 sester uvedlo, že pracují systémem skupinové péče (S1–S20). Další otázka byla zaměřena na to, zda jim daný systém vyhovuje nebo by raději do praxe aplikovaly jiný systém. 18 sester (S1–S18) je se systémem skupinové péče spokojeno. Zároveň ale sestra (S16) udává, že jiný systém ani nepoznala. To se přibližuje odpovědím sester (S19, S20), které uvádí, že to nemůžou posoudit, jelikož se s jiným systémem nesetkaly. Zároveň však sestra (S20/12) dodává: „*Nemám nějaký výsadní problém*“. Názor sestry (S17): „*Nedovedla bych si to jinak představit*“ (S17/14). Naproti tomu si sestra (S1) myslí, že „*Primární péče by byla sice pěkná, ale nedá se moc prosadit*“ (S1/27). Sestrám (S9, S10) vyhovuje fakt systému, že každé sestře jsou do péče svěřeni pacienti, za které je odpovědná. Dále „*dává hodně příležitostí pracovat s pacienty a sbírat o nich spoustu informací*“ (S9/19).

4.1.2 KATEGORIE – ZATÍŽENOST SESTER OŠETŘOVATELSKOU DOKUMENTACÍ

Tato kategorie více seznamuje s pracovním prostředím dotazovaných sester. Je zde nastíněno, v jakém počtu tyto sestry pracují na jednotlivých odděleních a kolik mají v péči pacientů. Zároveň se však ptá, zda jsou s počty pacientů spokojeny či by přivítaly do péče méně pacientů. Dále tato kategorie přináší názor sester, jak se cítí dokumentací zatíženy, respektive jak se stíhají věnovat pacientům a ještě se starat o ošetřovatelskou dokumentaci. Odpovědi na tato témata jsou předmětem podkategorií níže.

Podkategorie – Počet pacientů na jednu sestru

Tabulka 2: Přehled počtu sester pracujících na oddělení, počet pacientů/1 sestru

Oddělení	Počet sester na směnu			Počet pacientů/1 sestru
	R	O	N	
Inter. oborů	5	4	2	12-17
Chir. oborů	4+1	4	2	15-20
	D		N	
Chir. oborů 1	2+1(8h)		2	11-12
Chir. oborů 2	3+1(8h)		2	9-12
Inter. oborů 1	2+1(8h)+1(8h)		2	15
Inter. oborů 2	2+1(8h)+1(8h)		2	15-17

D – denní směna (6:00–18:00), N – noční směna (18:00–6:00)

R – ranní směna (6:00–14:00), O – odpolední směna (13:00–21:00), N – noční směna (20:30–6:30)

Tato podkategorie přináší subjektivní pocity sester ze stran péče o pacienta. Z rozhovorů bylo zjištěno, kolik sester pracuje na jednotlivých odděleních v jednotlivých směnách, a o kolik pacientů pečuje jedna sestra. Pro lepší představu byly zjištěné údaje zaznamenány do tabulky. Dotazované sestry z ČR (S11–S20) pracují ve dvousměnném provozu na oddělení chirurgických a interních oborů. Sestry ze SRN (S1–S10) pracují ve třísměnném provozu. Všechny dotázané sestry pracují o noční směně v počtu dvou sester. Sestry (S1–S5) jednotně odpověděly, že o směně mají v péči 12–17 pacientů. Sestry (S6–S10) pečují o směně každá o 15–20 pacientů. Sestry (S11–S14) se stará o 9–12 pacientů. Sestra (S15) má v péči 11–12 pacientů. Sestry (S16, S17)

pečují o přibližně 15 pacientů a sestry (S18, S19, S20) se starají o 15–17 pacientů. Počet pacientů je myšlen sestrami při plném stavu. Z rozhovorů bylo dále zjištěno, kolik sester je přítomno v denní směně na odděleních v české nemocnici, kde pracují sestry (S11–S20). Na oddělení chirurgických oborů 2 pracují dvě sestry a staniční sestra. Na oddělení chirurgických oborů 1 pracují 3 sestry a staniční sestra. Na oddělení interních oborů 1 pracují 2 sestry, dále jedna tzv. denní sestra a sestra staniční, které obě pracují 8 hodin. Na oddělení interních oborů 2 pracuje stejný počet, jako je na oddělení interních oborů 1. Dalším bodem zájmu při rozhovorech bylo zjistit, zda sestrám vyhovuje počet pacientů, které mají v péči nebo by si přály starat se o méně či více pacientů. Méně pacientů by chtěly sestry (S1–S6, S13–S16). Jejich přání se pohybují v rozmezí od 6 do 10 pacientů na sestru. Sestry (S1, S2) sdílí stejný názor na počet 8–10 pacientů do péče. Myslí si, že „by bylo skvělé mít 8–10 pacientů“ (S2/21). Sestra (S13/12) „*Optimum by bylo 6*“. Sestry (S7, S12) jsou na svůj počet pacientů zvyklé a nezmiňovaly, že by chtěly méně pacientů. Ostatní sestry by chtěly méně pacientů do péče v případě, že mají hodně komplikovaných pacientů. Tento pocit sdílí sestry (S8, S10, S18, S19, S20). „*Záleží to na potřebě ošetrovatelských činností, když nejsou komplikovaní pacienti, tak to stíhám*“ (S8/16).

Podkategorie – Péče o pacienty versus péče o ošetrovatelskou dokumentaci

Tato podkategorie se zaměřuje na to, jak si sestry myslí, že se stíhají věnovat pacientovi a ošetrovatelské dokumentaci zároveň. Sestry (S1, S9, S14, S17) odpověděly, že tyto dvě věci dohromady nestíhají. Další dotazované sestry (S7, S16, S18, S19) tvrdí, že to obojí nestíhají tak, jak by chtěly. Sestra (S13) odpověděla, že se stíhá věnovat pacientům a starat o ošetrovatelskou dokumentaci. „*Stíhám to, nemám s tím problém*“ (S13/13). Další odpovědi se většinou týkaly času (S3, S4, S5, S6). Sestry udávaly, že právě čas je to kvůli čemu nestíhají. „*Čas je velmi těsně vyměřen*“ (S4/21). Sestra (S10) je ale toho názoru, že „*když se papíry píšou průběžně, tak to jde*“ (S10/15). Naproti tomu sestra (S15) má ten pocit, že „*spíše dokumentuji*“ (S15/14). Sestry (S2, S8, S12) udávají, že to jak vše stíhají dohromady, se odvíjí od náročnosti péče jejich

pacientů. Někdy prý stíhají dobře a někdy vůbec. „Záleží na tom, v jakém stavu je pacient“ (S2/23). Sestra (S20) nestíhá ve dnech, kdy je mnoho příjmů.

4.2 ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE

4.2.1 ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ PŘÍJMOVÉ ANAMNÉZY

Tabulka 3: Analýza dokumentace dle počtu položek, kterými se musí sestra zabývat

Příjmová anamnéza	ČR	SRN
Počet položek	109	55
Počet oblastí	17	12

Ošetrovatelská příjmová anamnéza, co se týče pojmů, které musí sestra během příjmu projít, jasně převládá svým počtem v české nemocnici (viz Příloha 14) nad německou příjmovou anamnézou (viz Příloha 11, 12). Příjmová anamnéza z německé nemocnice se jeví charakterem spíše informačním, tudíž obsahuje i méně informací k vyplnění. Činnosti, týkající se ošetrovatelské péče, jsou předmětem již samotného plánu péče a realizace ošetrovatelských činností, které musí každá sestra podpisem stvrdit za svou směnu. Jde především o to, že některé intervence a činnosti musí být potvrzeny i třikrát za den. Sestry na Klinikum Passau pracují v třisměnném provozu, což znamená, že jsou některé činnosti potvrzeny každou sestrou za celý den. Uvedeme-li si příklad, znamená to, že pokud má pacient v plánu péče v části týkající se stravování zaškrtnuto, že mu jsou tekutiny nabízeny a podávány, tak tuto intervenci stvrdí sestra svým podpisem za každou směnu, jelikož tekutiny jsou mu nabízeny a podávány do té doby, dokud nedojde ke změně stavu či případnému zlepšení. Tímto příkladem je naznačeno, že ač pojmy, které musí projít česká sestra při příjmu v příjmové anamnéze, si německá

sestra vykompenzuje v porovnání při vyplňování plánu péče a ošetrovatelských činností.

Jelikož z rozhovorů se sestrami jsme se dozvěděli, že plán péče a zhodnocení pacientových potřeb či následné realizace ošetrovatelských činností vyplňuje sestra vzápětí po příjmu pacienta, respektive po vyplnění příjmové anamnézy. Ve formuláři týkající se již samotné péče a ošetrovatelských činností se zaznamenávají přesně také ty informace, které jsou v české příjmové anamnéze a německé nikoli. V přílohách 3–10 tak můžeme vidět, že údaje, které chybí v německé příjmové ošetrovatelské anamnéze, jsou obsaženy v plánu péče a jeho realizaci (viz Příloha 3-10).

4.2.2 ANALÝZA PLÁNU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE A JEHO REALIZACE

Tabulka 4: Analýza plánu ošetrovatelské péče a jeho realizace dle počtu položek

Realizace péče a ošetrovatelských činností	ČR	SRN
Počet položek	44	226
Počet oblastí	7	6

Při porovnání formuláře týkajícího se realizace péče a ošetrovatelských činností se dostáváme k tomu, že formulář německé nemocnice činí o 182 položek k vyplnění pro sestru více než formulář, se kterým pracují sestry v české nemocnici.

Pokud sečteme položky vyplňované v příjmové anamnéze, tedy v plánu ošetrovatelské péče a jeho realizace, musí sestra při příjmu pacienta projít v české nemocnici 153 pojmů a k tomu projít plán péče, který je již předtisknut. K projití pro sestru představuje ještě 7 oblastí, respektive 7 ošetrovatelských problémů, což v počtu pojmů představuje 50 a dohromady tvoří 203 pojmů při vyplňování ošetrovatelské dokumentace a 281 pojmů ve formulářích německé nemocnice.

Dokumentace z německé nemocnice má cíle péče a ošetrovatelské problémy zahrnuté v plánu ošetrovatelské péče a jeho realizace v jednotlivých doménách (viz

Příloha 3–13). Každá doména, jako je stravování, péče o tělo, vyprazdňování, aktivita a odpočinek, dýchání, tělesné a duševní zdraví, vnímání, kognice a bezpečí obsahuje ošetrovatelské problémy a intervence k nim, které sestry plní a stvrzují svým podpisem za danou směnu, v níž se o pacienta starají. Tyto intervence se sestry snaží plnit, jelikož kvalita jejich ošetrovatelské péče je hodnocena namátkovým auditem z úseku ošetrovatelské péče. Formulář, na základě kterého je audit prováděn je součástí práce jako příloha 20a,b.

Sestry z české nemocnice jsou také kontrolovány auditem. Ten je prováděn na základě uzavřené dokumentace, tudíž péči provedenou u pacienta nelze zpětně zkontrolovat. Audit je prováděn na základě formuláře viz Příloha 21.

Hodnocení péče má v obou nemocnicích samostatný formulář s volnými linkami k vyjádření sestry k nastavenému plánu péče. Dokumentace z české nemocnice má pro ošetrovatelské diagnózy a intervence vlastní formulář (viz Příloha 15), kde jsou dané úkony předtištěny. Plány navíc obsahují políčka, kam se dají doplnit ještě intervence, které sestra považuje za důležité splnit vzhledem k danému ošetrovatelskému problému.

Německé sestry mají ošetrovatelské problémy a intervence také předtištěny a volné linky jim slouží k dalšímu doplnění intervencí či poznámek. Německé sestry ale navíc vyplňují zdroj ošetrovatelského problému a stanovují cíl. Právě cíl nebyl v plánu péče české ošetrovatelské dokumentace nalezen.

V dokumentaci německých sester je dostatečný počet linek pro vlastní tvorbu ošetrovatelského plánu. V českém formuláři se sestra zabývá 7 ošetrovatelskými problémy a jejich intervencemi (př. bolest, porucha soběstačnosti v určité oblasti, riziko malnutrice/sníženého objemu tekutin, riziko infekce, riziko dekubitů, riziko krvácení). V německém formuláři jsou minimálně 3 ošetrovatelské problémy pro každou oblast, respektive v každé ze 7 domén.

Výhoda v německém formuláři může být pro sestru ta, že si stanoví diagnózu, kterou pro pacienta v dané oblasti potřebuje, sama. Nemusí tudíž řešit problém, že by jí chyběla nějaká ošetrovatelská diagnóza, kterou nemá předtištěnou.

4.2.3 ANALÝZA PŘEKLADOVÉ OŠETŘOVATELSKÉ ZPRÁVY

Tato část se zabývá analýzou ošetřovatelské překladové zprávy. Pro analýzu byly poskytnuty překladové zprávy z Nemocnice Tábor a.s. a Klinikum Passau. Oba dva formuláře jsou přílohou této práce (viz Příloha 13a,b, 17).

Tabulka 5: Analýza překladové zprávy dle počtu položek k vyplnění

Překladová zpráva	ČR	SRN
Počet položek	136	170

Tabulka 5 uvádí pro představu, kolik pojmů musí česká a německá sestra projít při vyplnění ošetřovatelské překladové zprávy. Byly spočítány jednotlivé domény a k nim patřící pojmy. Do výsledku nejsou započítány odpovědi „ano, ne“. Pokud je odpověď s upřesněním a lze vybrat jako odpověď více možností, je pojem započítán.

Ošetřovatelská překladová zpráva je v české nemocnici zhotovována na základě průpisu, tudíž je vyhotovena ve dvou provedeních. Originál jde s pacientem do cílového zařízení a kopie zůstává na oddělení. V německé nemocnici je zpráva vypsána na počítači a následně vytisknuta. Jelikož je zpráva nejprve vypsána elektronicky, je možnost přiložit například fotodokumentaci rány.

Dále se budeme zabývat analýzou jednotlivých oblastí těchto dvou překladových zpráv. Pro snadnější orientaci v textu bude pro českou překladovou zprávu využíváno termínu „Formulář 1“ a pro německou překladovou zprávu „Formulář 2“.

Identifikační údaje a sociální část

V české zprávě jsou identifikační údaje vyřešeny identifikačním štítkem, který má pacient vytvořený v průběhu hospitalizace. Je na něm jméno, příjmení, rodné číslo, číslo lékařské diagnózy, pro kterou je hospitalizován, a odbornost oddělení. Identifikační

údaje jsou v německé zprávě vyřešeny stejně jako všechny ostatní položky – elektronickým vyplněním v počítačovém programu. V českém formuláři je navíc pro vyplnění datum a hodina, pravděpodobně vyplnění této zprávy či překladu pacienta jako takového. Německá zpráva tento bod neobsahuje. Jelikož je však vyplněna elektronicky, domníváme se, že program má historii provedených změn. Mezi položky navíc, které jsou v německé překladové zprávě, patří adresa pacienta, jméno praktického lékaře, souhlas s péčí a číslo chorobopisu. Prostor pro medicínskou diagnózu při přijetí je pouze v české zprávě. Položka hospitalizace odkdy dokdy je v obou formulářích.

Pojem Kontaktní osoba je obsažen v obou zprávách, kde je v českém formuláři tento pojem nazván Kontakt na příbuzné. V německém formuláři je ale mimo jiné v nabídce i pojem Zákonný opatrovník. Dalším bodem je to, jakým způsobem je pacient zaopatřen ve smyslu bydlení. Je možné zatrhnout, zda bydlí s příbuzným, žije sám, v sociálním centru či domově pro seniory. Tyto položky český formulář neobsahuje.

Formulář 1 obsahuje pole sociální šetření, ale formulář 2 se ptá na stupeň péče, a to zda byl přiznán a jaký je, či zda je zažádáno. Formulář 1 obsahuje pole k vyplnění, kam bude pacient přeložen. Formulář 2 dává na výběr nemocnici, rehabilitační zařízení, dům s pečovatelskou službou a sociální centrum.

Medikace

Oblast medikace je ve formuláři 1 víceméně volná. Jsou zde pole k vyplnění času, medikace a způsobu podání. Formulář 2 má přesně stanovené body, po kterých má sestra jít: příjem léků, pouze dohled nad léky či podávání léků. Zda má pacient inzulin a aplikuje jej samostatně nebo za něj tuto činnost přebíráme. Jaký je způsob podání, buď perem, nebo inzulinovou pumpou. Zda je plán inzulinu přidán k překladové zprávě. Dále se tato část týká denní medikace a druhů léků, které pacient bere.

Kompenzační pomůcky

Nabídku kompenzačních pomůcek obsahují oba formuláře. Ve formuláři 2 je větší nabídka, formulář 1 obsahuje zase jedno pole k doplnění pomůcky, kterou zpráva neobsahuje. Pomůcky, které nejsou obsaženy ve formuláři 1, jsou kontaktní čočky, chodítka, zubní protéza (ve formuláři 2 je upřesněno, zda je dolní či horní), naslouchadlo (zde je opět upřesněno, zda v pravém či levém uchu) a dále speciální přístroj pro poruchy ve spánku (CPAP přístroj). Zda pacient potřebuje nějakou protézu, je obsaženo v oblasti pomůcky, ve formuláři 2 a ve formuláři 1 v oblasti *Významný handicap*.

Stav vědomí, orientace

Ve formuláři 2 je stav vědomí a orientace oddělen oproti formuláři 1. Ve formuláři 1 je pouze to, zda je pacient orientován nebo dezorientován. Již není určeno, zda místem, časem, osobou a také plně, vůbec nebo částečně, jak je tomu ve formuláři 2. U části vědomí jsou ve formuláři 2 navíc položky, jako je tendence k útěku a demence. Dále jsou zde zmíněny 3 stupně vědomí – somnolence, sopor, kóma a plné vědomí, které je i ve formuláři 1, jenž obsahuje navíc i to, zda je pacient apatický, neklidný a agresivní. Tyto pojmy neobsahuje formulář 2.

Komunikace

Komunikace nemá ve formuláři 1 speciální část. Komunikační překážky jsou spíše zahrnuty v části *Významný handicap* a to smyslový. Sestra zaškrtně, zda je vada sluchu,

zraku či řeči. U každé vady má kousek prostoru pro poznámku. Pojmy týkající se komunikace jsou ve formuláři 2 početnější. Sestře jsou zde navíc nabídnuty pojmy, jako je například zmatenost, cizí jazyk a potíže s řečí.

Péče o tělo

Péče o tělo je ve formuláři 1 obsažena ve 4 pojmech – hygienická péče samostatná, s pomocí, celková, péče o dutinu ústní a oči.

Ve formuláři 2 je tato doména rozdělena ještě na část mytí celého těla, mytí částí těla, oblékání a svlékání. V části, týkající se hygieny celého těla, prochází sestra pojmy, jako je plná závislost, hygiena na lůžku, hygiena na posteli s lavůrkem, hygiena před umyvadlem či sprchování. V oblasti *Mytí částí těla* se sestra setkává s pojmy pro zaškrtnutí (například obličej, ruce, záda nohy, intimní část, dále speciální péče o pokožku i s upřesněním produktu). Čistění zubů či zubní protézy opět s udáním produktu a v neposlední řadě speciální péče o dutinu ústní s upřesněním. U schopnosti obléknout se udáváme, zda pacient zvládne činnost s pomocí či ji musíme provést za něj.

Stravování

Stravování je ve formuláři 1 shrnuto do 6 pojmů. Zda pacient přijímá potravu per os, enterálně či parenterálně. Pokud přijímá potravu běžným způsobem, musí být upřesněno, zda jí sám nebo je krmen, popř. jaké má číslo diety. Mimo tuto oblast patří ještě nutriční screening, který však ke stravování patří. Zde sestra vypíše poslední vypočtené skóre a datum výpočtu.

Ve formuláři 2 zmíní sestra při zhotovování této zprávy, kolik pacient váží a jakou formu stravy přijímá. Dále informuje sestru, zda je pacientovi jídlo nabízeno,

připravováno, či zda je nutno tekutiny zahušťovat či připravovat stravu ke snadnějšímu kousání. Sestra zaznamená množství přijatých tekutin denně, které ve formuláři 1 zapíše do bilance tekutin u domény *fyziologické funkce*. Dalším pojmem je, zda je strava aplikovaná sondou. O tom informuje i formulář 1, ve kterém je navíc upřesněno, zda se jedná o aplikaci přes střevo, PEG, PEJ nebo nasogastrickou sondu. Sestra ještě zaznamená, jakou potravu do sondy aplikovala, jaké množství a zda je nějaký přídavek. Dále se uvádí, jaká je doba zavedení. Formulář vyžaduje další upřesnění týkající se léků a stravy pro sondu, zda jsou aplikovány do žaludku či do střeva.

Vyprazdňování

Doména vyprazdňování je ve formuláři 1 rozdělena na močení a stolici. U močení se udává, zda je spontánní, inkontinence, retence a prostor pro jiné další poznámky či obtíže. U stolice je na výběr z těchto možností: spontánní, inkontinence, kdy byla poslední stolice a opět prostor pro poznámku. Ve formuláři 2 je tato doména rozdělena rovnou na močovou inkontinenci a inkontinenci stolice. V obou částech je možnost zvolit buďto uzavřený či otevřený systém pro inkontinenci, dále je možno udat velikost pleny nebo velikost močového katétru, typ a datum jeho zavedení, zda je vyroben ze silikonu či z latexu. Dále zde lze vyplnit informace o suprapubickém katétru, pokud jej pacient má. A to kdy byl zaveden a vyměněn poslední obvaz a jaký produkt byl na převaz použit. Část inkontinence stolice je podobná jako výše zmíněná inkontinence moči, tudíž opět vyplníme velikost pleny, pokud ji pacient užívá a dále kdy byla poslední stolice jako ve formuláři 1. Navíc zde vyplníme, pokud byla podána laxancia. Další termín ve formuláři 2 představuje stomie, která je ve formuláři 1 zmíněna ve *Zvláštních upozorněních*. Formulář 2 navíc po sestře chce, aby vyplnila, kdy byl naposledy vyměněn systém a jakých bylo použito přípravků. Poslední důležitostí je jaké pomůcky ještě používá pacient k vyprazdňování. Zaškrtnout můžeme z možností – močová láhev, gramofon, podložní mísa či doprovod na toaletu.

Aktivita a klid

Ve formuláři 2 v oblasti *Aktivita a klid* sestra prochází tyto oblasti: *pomoc při mobilizaci* (z postele, z hrany postele), *přemístění* (židle, stoj, chůze, toaletní židle, rehabilitační židle, kolečkové křeslo), *riziko pádu* (zda je či není), *kontraktury/špičaté nohy*, *hemiparéza/plegie*, *polohování/interval* a dosavadní terapie aplikované u pacienta (*fyzikální terapie*, *ergoterapie*). Ve formuláři 1 se tato doména zobrazuje ve dvou oblastech – *pohyblivost* (chodící, chodící s pomocí, ležící pohyblivý, ležící nepohyblivý, RHB) a oblast *významný handicap* (amputace, protéza, paréza, plegie).

Dýchání

Oblast dýchání obsahuje ve formuláři 2 více pojmů, které by sestra měla při vyplňování projít. Zahrnuje navíc pojmy jako *chrlení*, dále upřesňuje *způsob podávání kyslíkové terapie*, *dechová cvičení* (upřesnění s čím), *vtírání krému na dýchání* (upřesnění s čím), *inhalace* (s upřesněním), *dechová opatření* (s upřesněním). Ve formuláři 2 není pojem *noční dušnost*, který je ve formuláři 1. Dal by se však nahradit termínem, který je obsažen v doméně spánek jako např. *spánkové obtíže*, *spánková apnoe*. Oblast týkající se spánku není ve formuláři 1 obsažena vůbec. Do oblasti spánek ve formuláři 2 patří ještě termín *narušený spánek*.

Bolest

Ve formuláři 1 je škála bolesti v rozsahu od 0 do 10. Ve formuláři dvě pouze od 1 do 5. Lokalizace bolesti se v tomto formuláři doplňuje slovy. Formulář 2 neobsahuje

žádné grafické znázornění týkající se bolesti, oproti tomu formulář 1 obsahuje 2 postavičky pro znázornění místa bolesti.

Rány

Ve formuláři 1 doména *Stav kůže*, ve formuláři 2 *Rány*. Formulář 2 dává sestře volný prostor pro vypsání různých defektů a ran týkajících se kůže. Jelikož je překladová německá zpráva vyplňována v elektronické podobě, je také možnost vložit fotografii rány a následně i její popis. Ve formuláři 1 jsou pevně stanovené body, kterých se má sestra držet – *bez defektu, odřenina, hematom, bércový vřed, jiný defekt, ošetření materiálem, poslední ošetření, další ošetření, dekubitus (velikost, stupeň), ošetřeno materiálem, převaz – datum*. Tyto body jsou doplněny obrázkem postavičky, kde je možno znázornit místo rány.

Závěrem o překladové zprávě

Ve formuláři 1 je navíc oblast *Schopnost spolupráce*, kde se řeší, zda je schopnost úplná, částečná nebo žádná. Tato oblast není ve formuláři 2 extra rozpracovaná, ale u každé domény týkající se péče je termín, zda pacient potřebuje v té dané oblasti dopomoci či musí péči provést pečující. Překladová zpráva 2 neobsahuje oblast *Osobní věci/cennosti*, která je ve formuláři 1. Dále se formulář 1 zabývá edukací, zda byl pacient edukován a v jaké oblasti. Ve formuláři 1 je navíc kolonka pro rizika, která jsou ale opět ve formuláři 2 předmětem jednotlivých oblastí. Formulář 2 dále neobsahuje oblast *Fyziologické funkce* a *Invazivní vstupy*. Oblast *drény*, která je ve formuláři 1 a neobsahuje ji, formulář 2 zde může být však součástí volného prostoru *Rány*. Stejně tak jako *Zvláštní upozornění* ve formuláři 1, kde sestra vychází opět z konkrétních bodů,

může volně informovat ve formuláři 2 v části *Komentáře*. Německá překladová zpráva, respektive formulář 2 obsahuje navíc informaci o tom, zda bylo provedeno vyšetření na MRSA a zda je pozitivní, negativní nebo se čeká na výsledky.

5 DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské dokumentace. Na začátku byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci ve vybraných zdravotnických zařízeních ve dvou vybraných zemích a porovnat ošetrovatelskou dokumentaci ve vybraných zdravotnických zařízeních ve dvou vybraných zemích. Vybranými zeměmi se stala Česká republika a Spolková republika Německo. Zdravotnická zařízení, kde probíhalo výzkumné šetření, byla Nemocnice Tábor a Klinikum Passau.

Ve výzkumných otázkách nás zajímalo, jaký je názor sester na práci s ošetrovatelskou dokumentací v České republice a ve Spolkové republice Německo na vybraných odděleních. Pro snadnější rozebrání problematiky jsme si vytvořili kategorie, kam jsme situovali jednotlivé odpovědi sester na otázky.

Kategorie *Práce s ošetrovatelskou dokumentací* se zabývala tím, jak sestry využívají ošetrovatelskou dokumentaci při své práci. Přesněji řečeno, zda ji používají aktivně. První cílenou oblastí bylo, jestli dokumentaci používají při předávání hlášení. Zde nastal velký rozpor mezi jednotlivými státy. Všechny sestry z německé nemocnice uvedly, že dokumentaci při předávání hlášení používají. České sestry nikoli. Přitom podle Kvapilové (2015) hraje dokumentace velkou roli v předávání informací mezi všemi členy multidisciplinárního ošetrovatelského týmu. Ze své zkušenosti z praxe v německé nemocnici mohu dodat, že předávání hlášení je pro německé sestry jakýmsi rituálem. Hlášení noční směny trvalo 30 minut, ranní směny 45 minut a hlášení odpolední směny 30 minut. Podle České asociace sester (2008) je ošetrovatelská dokumentace neocenitelný způsob podpory mezi členy ošetrovatelského týmu a mezi zdravotnickými pracovníky, zároveň tak i s jejich pacienty. Součástí tohoto hlášení bývali i studenti. Každá sestra si psala poznámky. Kromě standardních informací o svých pacientech si poznamenávala základní údaje o pacientech ostatních sester pro případ, že by nastala situace, kdy by musela obstarat pacienta jiné sestry. V německé nemocnici bylo pravidlem, že při hlášení byli přítomni i studenti. Tuto skutečnost

hodnotím pozitivně, jelikož při své odborné praxi v českých nemocnicích nebýváme přítomni při hlášení. Mnohdy se tak stává, že v ranním shonu nastoupíme k pacientům na hygienu, aniž bychom měli informace o stavu daného pacienta nebo alespoň jeho soběstačnosti. V německé nemocnici byli studenti přiděleni k jednotlivým sestřám a pečovali o jejich pacienty. Součástí péče bylo samozřejmě i vedení dokumentace. Na konci směny předala studentka pacienta sestře, pod jejímž dohledem celý den pracovala. Dále chodili studenti pomáhat ostatním sestřám, pokud měli splněné intervence u svých pacientů. Dalším cílem bylo zmapovat, jaké informace si sestry při hlášení předávají. Z české nemocnice tři sestry uvedly, že při předávání hlášení také informují o péči a o lékařských ordinacích, což uvedlo ostatních 7 sester. Tyto sestry také uvedly, že používají především své poznámky. Tím, že sestry používají své poznámky, však také dochází k duplicitě údajů. Pokud informace neustále přepisují, může je to v časovém sledu zdržovat. Nebo to snad může být tím, že jim pro svou práci struktura a obsažené údaje v dokumentaci nevyhovují? Může to být však i proto, že nedokážou upustit od zasetého stylu ošetřovatelství a za důležité údaje považují pouze lékařské ordinace. Například jedna sestra uvedla: „*Za důležité považuji ordinace lékaře, na které se vzájemně upozorňujeme.*“ Celkem 13 sester, kde převažovali odpovědi německých sester, zmínilo, že je při předávání zajímaví informace z oblasti ošetřovatelství. Nejčastější odpovědi se týkaly stravování, hygieny, mobilizace a pomůcek. Zajímají je též informace z oblasti realizace a plánu péče.

Dalším tématem rozhovorů bylo, zda sestry používají dokumentaci při obchůzkách po oddělení, respektive jak dokumentaci užívají při plnění ošetřovatelských intervencí. Z 20 dotázaných sester odpovědělo pouze 10 sester pozitivně, tedy že dokumentaci používají. Zde nastává rozpor mezi oběma zeměmi, jelikož všechny dotázané sestry z ČR uvedly, že dokumentaci aktivně při obchůzkách po oddělení nepoužívají. Takové tvrzení pro nás není pozitivní zjištění. Některé sestry z Čech svou odpověď vůbec neodůvodnily. Jediný moment, kdy české sestry dokumentaci používají aktivně, je v případě příjmu pacienta. Jejich pasivita při užívání ošetřovatelské dokumentace, jako je plán péče a realizace, vyplynula z tvrzení, že zapisují provedené činnosti až na inspekci či „*Zapisuji vše zpětně, беру si с sebou jen lékařské ordinace*“. Těmito

tvrzeními nabýváme dojem, že se sestry s dokumentací nesžily a nenaučily ji brát jako součást své práce, bez které nemohou intervence provádět, respektive jako svou pomoc. Podle Vondráčka a Wirthové (2009) patří mezi nejčastěji zkreslované informace právě časové údaje (například o podávaných medikamentech). Další odpovědi (tentokrát německých sester) zněly: „*Co jsem provedla, to zapíšu. Může mě jako sestru cokoliv vyrušit od rozdělané práce, a tím že nezapíšu, můžu danou intervenci provést třeba dvakrát či vůbec neprovést.*“ Toto tvrzení sester upevňuje Tóthová (2014), jelikož podle ní chrání okamžitý zápis pacienta před nedopatřením či duplicitním provedením výkonu. Podle Kvapilové (2015) odpovídá za kvalitu záznamu v ošetrovatelské dokumentaci sestra, která záznam provedla. Sestry ze Spolkové republiky pokládají tyto formuláře za důležité. Pokud sestra například převezme pacienta po sestře, ví, jakou má pacient velikost plenky, neboť to zaznamenala předchozí sestra. Názor německých sester je takový, že mezi důležité patří zaznamenávat výkony ihned po provedení, okamžitě když pacienta vidím a ne zpětně. Především také uvádí, že musí vědět různé informace, když jde k pacientovi sestra či kdyby se pacient chtěl na něco zeptat. Tento fakt podporuje i tvrzení Tóthové (2014), podle něhož by v okamžiku, kdy sestra provede ošetrovatelské intervence a zhodnotí zpětnou vazbu pacienta, měla zároveň provést zápis o výsledcích opětovného posouzení, provedených výkonech a o odezvě pacienta do ošetrovatelské dokumentace.

Dalším důvodem, který může vést k tomu, že sestry u nás nepřisuzují ošetrovatelské dokumentaci takovou váhu, může být i to, že ani lékaři se nenaučili brát na vědomí, že sestry začaly pracovat na základě moderního ošetrovatelství (metodou ošetrovatelského procesu). Kvapilová (2015) uvádí, že tento proces je nutné dokumentovat za pomoci ošetrovatelské dokumentace. Z výzkumů Tóthové (2007) bylo zjištěno, že největšími překážkami při zavádění ošetrovatelského procesu do praxe bylo nepochopení moderního ošetrovatelství ze strany lékařů v tom smyslu, že sestra zde není na to, aby přemýšlela, ale plnila lékařské ordinace. Právě na lékaře směřovala další otázka v rozhovoru. Ptali jsme se sester, zda si myslí, že lékaři ošetrovatelskou dokumentaci používají. Jedenáct sester bylo toho mínění, že je to velmi zřídka či že dokumentaci vůbec nepoužívají. Na vizity se prý ošetrovatelská dokumentace nosí, ale

sestry nebyly přítom, že by si o ni lékař požádal. Někdy je prý zajímá nutriční screening či bilance tekutin, na tyto informace se spíše zeptají. Na tomto se shodly prakticky všechny české sestry, akorát jedna sestra z Německa uvedla, že lékař používá dokumentaci velmi málo. Všechny německé sestry jinak sdělovaly, že lékař dokumentaci používá především při vizitách. Chce vidět, jaký je pacientův všeobecný stav a napomáhá tomu také to, že sestry a stejně tak i lékaři mají v dokumentaci svůj prostor. Při vizitě tak může vidět, jak se celkově pacient vyvíjí z biopsychosociálního pohledu. Možná za to může i to, že dokumentace na Klinikum Passau je provázaná. Pouze výsledky vyšetření a konzilií se zakládají do nálezové karty. Sestry však shodně odpověděly, že lékaře při vizitě zajímá celkový stav pacienta, takže jejich dokumentaci používá. Vzhledem k tomu, že se lékaři českých sester spíše ptají, zajímali jsme se, zda to sestřám nevádí. Především to, že se jich lékaři stále dotazují na informace numerické, které by mohli najít v ošetrovatelské dokumentaci, jelikož sestra se také musí podívat, protože nenosí všechny číselné informace v hlavě. Sestřám to však nevádí, většina si jich za ta léta zvykla. Udávají, že ani neví, zda by měl lékař jejich dokumentaci používat či je to jejich povinnost. Žádná literatura neurčuje, má-li lékař pracovat s ošetrovatelskou dokumentací či z ní zjišťovat informace o pacientovi. Ošetrovatelská dokumentace je však podle vyhlášky 98/2012 Sb. nedílnou součástí zdravotnické dokumentace, se kterou pracuje i lékař. Tudíž by měli lékař a sestra pracovat jako rovnocenní partneři. Jelikož nastávají okamžiky, kdy má sestra ze strany ošetrovatelské péče mnoho povinností, plní lékařské ordinace a pracuje se v multidisciplinárním týmu, měl by lékař ošetrovatelskou dokumentaci více registrovat. V sestře by to možná vzbudilo větší dojmy, že je její práce více používána a musí se při vedení dokumentace i více snažit. Sestra už totiž není pouze „plnička ordinací“. Podle Strässnera (2010) je nezbytné z pohledu pacienta vést lékařskou a ošetrovatelskou dokumentaci souběžně.

Další oblastí, která nás zajímala, bylo to, jaké mají sestry problémy při vyplňování ošetrovatelské dokumentace. Pět sester z celkového počtu uvedlo, že nemají žádné problémy. Nejčastější odpovědí u ostatních sester byla duplicita dokumentace. Toto tvrzení je iritující, jelikož to uvedla sestra z Německa, kde je dokumentace provázaná s lékařskou, tudíž by k tomu díky tomuto systému nemělo docházet. Dalším problémem

sester byla nečitelnost nebo velmi špatná čitelnost po kolezích. S tím se však naučila většina sester žít nebo si zvykly. Pouze dvě sestry směřovaly tuto otázku na zdravotnickou dokumentaci, byly to sestry z Německa. Vadí jim především nečitelnost lékařských ordinací. „Jednou jsou tablety vysazeny, podruhé nasazeny.“ Tento problém u německých sester chápu, jelikož i lékaři píší ordinace léků ručně. Tuto výhodu můžou mít české sestry, neboť český dekurz je psán na počítači či na stroji. České sestry jako problém dále uvádějí neúplné informace a také nedůslednost ostatních kolegyň. Pro jinou sestru jsou zase formuláře složité a není v nich úplná jasnost. Podle Vondráčka a Wirthové (2009) má být zdravotnická dokumentace vedena pravdivě, čitelně a přesvědčivě, aby řádně plnila svou funkci a platné předpisy.

Další oblastí, na kterou jsme se v rozhovorech zaměřili, byl názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci. Přesněji na to, zda hodnotí některý formulář jako nadbytečný a neefektivní. Osm dotázaných sester z Německa se domnívá, že je vše nastavené akorát a všechny formuláře jsou důležité. Zbylé dvě sestry vidí jako zbytečné stanovování cílů u pacientů, kteří jsou na klinice krátký čas na to, aby bylo cíle dosaženo. Jedna z českých sester uvedla, že dokumentaci vnímá jako způsob ochrany. Když má vše napsané, chrání ji to, jako že činnosti provedla. Další z českých sester situaci hodnotí tak, že dříve byly činnosti, které sestra prováděla spíše náhodné. Nyní mají pomocí dokumentace přesné body, na které mohou reagovat. Zcela opačného názoru jsou tři sestry z Čech, kterým přijde zbytečný plán péče. Podle nich je zbytečně mnoho formulářů a jejich vyplňování jim přijde neefektivní. Názor jedné sestry je takový, že by s plány péče musel pracovat celý tým, aby byly věcné. Podle Tóthové (2014) však právě díky písemnému záznamu plánování je možné předat informace o pacientových potřebách i ostatním členům multidisciplinárního týmu.

Stěžejním tématem pro nás byla také elektronická ošetrovatelská dokumentace. Z rozhovorů bylo zjištěno, že žádná z dotázaných sester nepracuje na svém oddělení s elektronickou dokumentací. Byly tím myšleny pouze formuláře, jako je např. příjmová anamnéza, plán péče, jeho realizace a překladová zpráva. Názory na tuto problematiku jsou různorodé bez ohledu na stát, kde vykonávají sestry svou profesi. Některé se domnívají, že by bylo výhodnější vést dokumentaci elektronicky. Toto tvrzení mají

spíše mladší ročníky sester. Starší sestry udávají, že jsou na papírovou formu zvyklé a že by byly jinak ještě více ve stresu. Dalším poznatkem, který vyplynul z rozhovorů, bylo to, že sestry v obou zemích vidí velké mezery v nedostatku počítačů na stanici. Udávají to jako důvod, který by se musel změnit, pokud by měla být dokumentace elektronická. Názor jedné sestry nás také velmi zaujal. Myslí si, že by se pomocí elektronické dokumentace zamezilo chybám, jelikož v elektronické dokumentaci je přesný údaj o tom, kdy byl zápis proveden. To také potvrzuje i Kvapilová (2015), která udává, že v případě zavedení elektronické dokumentace musí být ošetřeno, aby nebyla možnost měnit dodatečně záznamy. Dále zazněl názor, že elektronická forma by byla výhodná, pouze pokud by byla provázanost s lékařskou dokumentací. Sestra jako příklad uvedla, že pokud by zapsala do dokumentace bolest, měla by se zobrazit i lékaři. Poté to hodnotí jako pozitivní, což potvrzuje i Brílová, která je toho názoru, že v případě ošetrovatelské dokumentace sleduje elektronický systém celý léčebný proces (Škubová, 2011). Pět ze všech dotázaných sester je si takřka jisto, že by jim tento systém ušetřil čas. Ostatní se obávají faktu, že tento proces není vyzkoušený. Všechny se víceméně shodly na tom, že by tato dokumentace byla alespoň pro všechny čitelnější. Brabcová (2015) se ale domnívá, že elektronická dokumentace přináší jistá rizika zneužití osobních dat pacientů virtuální cestou.

Dále nás zajímalo, jaký systém péče je na odděleních, kde dotázané pracují, aplikován. Všechny dotázané pracují systémem skupinové péče. Většina z nich ani jiný systém nepoznala, tudíž nemohou říci, jak by jim jiný systém vyhovoval. Víceméně jsou však všechny z jejich odpovědí spokojené. Jedna z dotázaných sester si myslí, že by byl systém primární péče pěkný, ale že se nedá prosadit. Otázkou ale zůstává, proč se nedá prosadit. Podle Staňkové (2005) je systém primárních sester pro ošetrovatelský proces příznivější, a to hlavně při dlouhodobé hospitalizaci nemocného. Pacient je při příjmu přidělen nějaké sestře, která za něj odpovídá v rámci ošetrovatelské péče po celou dobu léčení, ale péči zajišťuje za pomoci ostatních členů týmu. V tomto případě pacient ví, jak se daná sestra jmenuje (Staňková, 2005). Ze zkušenosti mohu zmínit, že sestry v německé nemocnici, ač pracují systémem skupinové péče, byly osločovány pacienty jménem. Samozřejmě za dodržení vykáni. Podle mého názoru je příznivé, že

pacient ví, na koho se obrátit a zajišťuje mu to pocit jistoty. Sestry dále uvádějí, že systém skupinové péče jim dává hodně příležitostí pracovat s pacientem a sbírat o něm spoustu informací.

Další pohled tohoto šetření se zaměřil na fakt, kolik pacientů mají dotázané sestry v péči o své směně. Průměrný počet pacientů je 12–15 jak u českých tak německých sester. Z rozhovorů bylo zjištěno, že na některých odděleních v německé nemocnici pracuje sestra pro administrativu, která má na starost odchody pacientů, běžnou administrativu, vyřizování telefonů a objednávání na vyšetření. Na oddělení pracuje na zkrácený úvazek pouze dopoledne. Zeptali jsme se proto českých sester, zda by také uvítaly takovou pomoc. Všechny české sestry odpověděly kladně a pomoc by samozřejmě přivítaly. Sestrám z interního oddělení by stačil i jen někdo na telefon. Další oblastí, o kterou jsme se zajímali, bylo, zda by sestry chtěly do péče méně či více pacientů. Většinou se sestry shodly na tom, že by pacientů do péče chtěly méně. Nebo alespoň pokud mají ve svém sektoru hodně pacientů, kteří potřebují mimořádnou péči. Většina sester by chtěla do péče v rozmezí 6–10 pacientů. Mezi sestrami se našly i nějaké výjimky, které jsou spokojené. Sestry v české i německé nemocnici mají v péči přibližně stejný počet pacientů s ohledem na oddělení. Podle mého názoru mají stejnou pracovní zátěž, načež německé sestry mají na dokumentování větší množství činností. Další otázka směřovala na to, zda stíhají vše tak, jak by měly či chtěly. Myslí se tím dokumentace a péče o pacienty. Většina sester udává, že nestíhá obojí tak, jak by si přála. Jedna sestra odpověděla, že ve své práci zvládá vše dobře. Hlavním důvodem, proč nestíhají svou práci, byl právě čas. Dále prý záleží na tom, jaký je pacient. Jedna sestra z Německa přinesla odpověď k tématu. Předpokládá, že pokud se papíry píšou průběžně, tak se dá práce stíhat. Tato odpověď některé sestry možná přivede k zamyšlení, proč by se měly jednotlivé výkony zaznamenávat ihned po provedení a průběžně. Podle Mastiliákové přichází s ošetřovatelským procesem pozitiva i negativa. Jedním ze záporů ošetřovatelského procesu je i vysoké administrativní zatížení, které sestram přináší (Holubová, Pálková, 2012).

Z analýzy ošetrovatelské dokumentace vyplynulo, že česká sestra musí při příjmu pacienta projít 203 pojmů a německá sestra 281 pojmů. Podle mého názoru je německá dokumentace více zaměřena na práci s pacientem. Její struktura více nutí sestry používat dokumentaci při práci. Sestry vyplňují i informace, které pomůžou další sestře v péči o převzatého pacienta. Respektive informace o provedených intervencích (viz Příloha 3-10).

Podle mě je také důvodem, proč sestry ošetrovatelskou dokumentaci v České republice banalizují a aktivně s ní nepracují, jak vyplynulo z šetření i to, že v českých nemocnicích je prováděn audit uzavřené dokumentace (Příloha 21). V německé nemocnici jsou prováděny audity otevřené dokumentace a to i několikrát do měsíce. Celý audit bývá namátkový. Vedení si vezme pár dokumentací od sester, jde zkontrolovat jejich pacienty a také to, co bylo zapsáno, bylo skutečně provedeno. Formulář pro zjišťování ošetrovatelské péče je součástí práce (viz Příloha 20a,b). Podle Kvapilové (2015) dokumentace slouží jako ukazatel kvality pro potřeby interních auditů ekonomické efektivity. Podle mého názoru by zavedení auditu u nás, který je aplikován ve SRN, pomohlo. Alespoň tak, že sestry by nad sebou viděly nějakou kontrolu, tudíž by se s dokumentací snažily pracovat a možná by si na to i zvykly. Toto je otázka k zamyšlení. Současným auditem se kontroluje pouze to, jak se kdo naučil zaškrtnout kolonky. Není zde však vidět kontrola přímé úměry s kvalitou poskytované péče v návaznosti na kvalitu ošetrovatelské dokumentace. Sestry v německé nemocnici zároveň dále verbalizují, že to jak vedou ošetrovatelskou dokumentaci, se odrazí na tom, jak bude péče proplacena pojišťovnou. Sestry v Německu musí totiž vyplňovat formulář PKMS (viz Příloha 1), jenž určuje obtížnost péče u pacientů, kteří jsou vysoce nároční na péči. Je to obdoba stupně ošetrovatelské péče, kterou u nás v ČR určuje lékař. V Německu si toto ale sestry vedou sami. Zde je i ten důvod, proč německé sestry vědí, jakou má dokumentace váhu. Jejich výkony jsou překalkulovány stejně jako výkony lékařů, tudíž mají obě dokumentace stejnou váhu. Tak tomu u nás prozatím není.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce přináší nový pohled na stále diskutovanou problematiku, kterou je ošetrovatelská dokumentace. Vyplňování dokumentace se stává stále více diskutovaným tématem, jelikož se sestry cítí více administrativně zatěžovány a nemohou tento čas věnovat pacientovi. Předmětem zkoumání bylo zmapovat, jaký mají názor sestry pracující v nemocničních zařízeních v České republice a ve Spolkové republice Německo. Samotná práce přináší také analýzu ošetrovatelské dokumentace obou zemí.

V práci byly stanoveny dva cíle, kterých bylo dosaženo metodou kvalitativního výzkumného šetření, a to technikou polostrukturovaného rozhovoru a analýzy dat. Následně byly rozhovory zpracovány formou otevřeného kódování za využití metody „papír a tužka“. Prvním cílem, který byl stanoven, bylo zmapovat názor sester na práci s ošetrovatelskou dokumentací ve vybraných zdravotnických zařízeních ve dvou vybraných zemích. Druhým cílem bylo porovnat ošetrovatelskou dokumentaci ve vybraných zdravotnických zařízeních ve dvou vybraných zemích.

Tato bakalářská práce přinesla porovnání ošetrovatelské dokumentace používané v České republice a ve Spolkové republice Německo. Věřím, že výsledky bakalářské práce přinesou nový pohled na práci s ošetrovatelskou dokumentací v jiné zemi. Cílem práce bylo zamyslet se nad samotným významem dokumentování ošetrovatelských činností, který se ztratil v myšlence byrokracie, jak ho některé sestry vnímají. Z šetření vyplynulo, že ke zlepšení aktivního dokumentování a rovněž svědomitějšího vyplňování dojde pouze při provádění pravidelných auditů otevřené ošetrovatelské dokumentace. České sestry budou moci dokumentaci používat jako věrohodný pramen při plnění ošetrovatelských intervencí bez pocitu marného vyplňování nepřínosné dokumentace, jak vyplývá z rozhovorů. Staniční sestry se mohou díky této práci inspirovat od sester z Německa. Pokud každá sestra bude vyplňovat dokumentaci průběžně a pravdivě, může se tak spoléhat na informace v ní. Ač názor na to, že času je málo a pacientů na jednu sestru mnoho, se u českých a německých sester shoduje. Sestry z těchto zemí se

rozcházejí v názoru, že pro většinu českých sester jsou některé části ošetrovatelské dokumentace zbytečné. Jejich vyplňování banalizují a německé sestry se domnívají, že je vše nastaveno správně a ošetrovatelská péče by bez správně vedené ošetrovatelské dokumentace nebyla efektivní. Překlad německé ošetrovatelské dokumentace, jenž je součástí příloh, může být pomůckou pro studenty ošetrovatelství, kteří chtějí svou pracovní stáž absolvovat na Klinikum Passau.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANON, 2006. *České ošetřovatelství 2: Zjišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-270-1.

BRABCOVÁ, Iva, Sylva BÁRTLOVÁ, 2015. *Management v ošetřovatelské praxi*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 978-80-7422-402-7.

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall, 2009. *Nursing Care Plans & Documentation: Nursing Diagnoses and Collaborative Problems*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. ISBN 978-0-7817-7064-4.

GLADKIJ, I., 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-996-8.

Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. *Uwe Brucker*. [online]. [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungnahmen/30_Pflegeprozess_Dok_2005.pdf

HOLUBOVÁ, Adéla, Alena PÁLKOVÁ. Jak vnímají sestry ošetřovatelskou dokumentaci? *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 1, s. 3, ISSN 1210-0404.

HUDÁČKOVÁ, Andrea. Vyhodnocení- 5. fáze ošetřovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ Valérie. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 2. Vydání. Praha: Triton, 2014, 123-134. ISBN 978-80-7387-785-9.

Kategorie pacienta. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. VZP, 2015 [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/kategorie-pacienta>

KOCH, M., 2016. *Handbuch 2016 für PKMS und OPS: Kodierung und dokumentation, aktuelle berufspolitische Diskussion, aktivierend-therapeutische Pflege*. 7. Aufl.: Recom GmbH. ISBN 389721369.

Kolektiv autorů, 2002. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0278-9.

KRIŠKOVÁ, Anna. 2006. *Ošetrovatelské techniky: metodika sestřerských činností*. Učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva. 2. vydání. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-202-2.

KVAPILOVÁ, Bára. Zdravotnická dokumentace. 4. část - Ošetrovatelská dokumentace. *Zdravotnictví a medicína*. 2015, roč. 15, č. 5, ISSN 2336-2987.

KVAPILOVÁ, Bára. Zdravotnická dokumentace. 2. část - Význam, formy a druhy zdravotnické dokumentace. *Zdravotnictví a medicína*, 2015, roč. 15, č. 3, Praha: Mladá fronta, ISSN 2336-2987.

Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS). *RECOM* [online]. RECOM, 2016 [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: <http://www.recom.eu/wissen/pkms-dokumentation.html>

POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2357-7.

PROKEŠOVÁ, R., Řízení rizik v ošetrovatelství. In: BRABCOVÁ Iva, Sylva BÁRTLOVÁ. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2015, 21-32. ISBN 978-80-7422-402-7.

Sicher documentieren. Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation. *Heinz Strässner* [online]. [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflege/le4_110_1-schutz.pdf

STAŇKOVÁ, M., 2009. *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Praktická příručka pro sestry. ISBN 80-7013-283-3.

STAŇKOVÁ, M., 2005 *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Praktická příručka pro sestry. ISBN 80-7013-282-5.

ŠKUBOVÁ, J. Start elektronické dokumentace v Benešově. *Florence*, 2011, roč. 7, č. 5, s. 3-5. ISSN 1801-464X.

ŠVARŇÍČEK, R.; K. ŠEĐOVÁ et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367313-0.

TÓTHOVÁ, V., L. KOTASKOVÁ, Vedení ošetrovatelské dokumentace v České republice. *Florence*, 2007, roč. 3., č. 10, s. 425-426. ISSN 1801-464X.

TÓTHOVÁ, Valérie. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

TÓTHOVÁ, Valérie. Ošetrovatelský proces. *Florence*, 2006, roč. 2, č. 1, s. 56-58. ISSN 1801-464X.

TRACHTOVÁ, E., G. TREJTJAROVÁ a D. MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd.3., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-80-7013-553-2.

Vedení ošetrovatelské dokumentace. *Česká asociace sester* [online]. [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: <http://www.cnaa.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>

Věštník MZČR, 2004. Částka 9. Koncepce ošetrovatelství [online]. [cit. 2016-04-09]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html

VONDRÁČEK, L., 2005. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1198-2.

VONDRÁČEK, L., M. FRYČOVÁ. Prohřešky v ošetrovatelské dokumentaci. *Florence*, 2011, roč. 7, č. 4, s. 10. ISSN 1801-464X.

VONDRÁČEK, L., E. KUČKOVÁ, Ošetrovatelská dokumentace a její současné problémy. *Florence*, 2013, roč. 9, č. 11. ISSN 1801-464X.

VONDRÁČEK, L., M. LUDVÍK a J. NOVÁKOVÁ, 2003. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0704-7.

VONDRÁČEK, L., V. WIRTHOVÁ, 2009. *Právní minimum pro sestry. Příručka pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3132-2.

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

Vyhláška č. 98/2012 Sb. *o zdravotnické dokumentaci* [online]. [cit. 2016-04-09].

Dostupné z:

<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=77217&nr=98~2F2012&rpp=15#local-content>

8 PŘÍLOHY

Příloha 1: PKMS

Příloha 2: Otázky k rozhovoru se sestrami

Příloha 3: Plán péče a jeho realizace – oblast Stravování

Příloha 4: Plán péče a jeho realizace – oblast Péče o tělo

Příloha 5: Plán péče a jeho realizace – oblast Vyprazdňování

Příloha 6: Plán péče a jeho realizace – oblast Aktivita a klid

Příloha 7: Plán péče a jeho realizace – oblast Dýchání

Příloha 8: Plán péče a jeho realizace – oblast Tělesné a duševní zdraví/vnímání/ kognice

Příloha 9: Plán péče a jeho realizace – oblast Bezpečí/ochrana/ převazy

Příloha 10: Plán péče a jeho realizace – Hodnocení a popis průběhu péče

Příloha 11: Příjmová ošetřovatelská anamnéza a lékařská anamnéza

Příloha 12: Příjmová ošetřovatelská anamnéza

Příloha 13a: Překladová ošetřovatelská zpráva

Příloha 13b: Překladová ošetřovatelská zpráva

Příloha 14: Příjmová ošetřovatelská anamnéza

Příloha 15: Plán ošetřovatelské péče

Příloha 16: Realizace ošetřovatelského plánu

Příloha 17: Překladová ošetřovatelská zpráva

Příloha 18: Souhlas s výzkumným šetřením Klinikum Passau

Příloha 19: Souhlas s výzkumným šetřením Nemocnice Tábor a.s.

Příloha 20a: Formulář pro zjišťování kvality ošetřovatelské péče

Příloha 20b: Formulář pro zjišťování kvality ošetřovatelské péče

Příloha 21: Interní audit ošetrovatelské dokumentace

Příloha 22: Rozhovory se sestrami (viz CD)

Příloha 1: PKMS

PKMS-E 2015
RECCN PKMS-Schulungsteam

Pflegemaßnahmen PKMS-E 2015

Patientenaufbeob.

Gründe Nr.		Leistungsbereich PKMS-E 1 Pflegemaßnahmen	Hw.	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
		Leistungsbereich A: Körperpflege (Punktwert 3)		Handz.	Handz.	Handz.	Handz.	Handz.	Handz.	Handz.	Handz.
1	5	A1 <input type="checkbox"/> Maßnahmen zum Erlernen/Wiederholungen zur Aktivierung einer selbstständigen Körperpflege. In der Pflegedokumentation sind die individuellen pflegerischen Zielsetzungen der Maßnahmen auszuweisen, ebenso die auf den Patienten abgestimmte Vorgehensweise;									
9		A2 Mehrfachwaschungen: Durchführung von Waschungen in voller Übernahme 4 x tägl., davon mind. 2 Ganzkörperwaschungen									
1	4	10	A3 Therapeutische Ganzkörperpflege nach folgenden Konzepten: <input type="checkbox"/> RDT (Neuro-Developmental Treatment) <input type="checkbox"/> MRP (Motor Relearning Programme) <input type="checkbox"/> Bobath-Konzept <input type="checkbox"/> 3sp-bath/Towelbath <input type="checkbox"/> basalliegender GWK z.B. beruhigend/beruhigend <input type="checkbox"/> GWK nach Aktivitas-Konzept <input type="checkbox"/> Gespürte Interaktionstherapie nach Aflöcher <input type="checkbox"/> andere neurologische, rehabilitative Konzepte oder Konzepte aus psychologischen Perspektive zur Ganzkörperwaschung								
4	5	7	A4 <input type="checkbox"/> Ganzkörperwaschung mit zwei Pflegepersonen pflegefachlich erforderlich								
11			A5 <input type="checkbox"/> a) Volle Übernahme der Ganzkörperwaschung UND b) Übernahme der speziellen/therapeutischen Mundpflege mind. 4 x täglich UND c) ASE mind. 1 x täglich (atemstimulierende Einreibung) ODER d) ASE mind. 4 x täglich (Übungen mit/oder ohne Atemtrainer) UND d) volle Übernahme beim mind. 2 x tägl. An-/Auskleiden ODER e) mind. 1 x tägl. Anziehtraining ODER Anleitung zum selbstständigen Umkleiden								
11			A6 <input type="checkbox"/> a) Volle Übernahme der Ganzkörperwaschung UND mindestens 8 x tägl. Maßnahmen im Rahmen eines aufwendigen Tracheostomamanagements (z. B. <input type="checkbox"/> Verbinden, <input type="checkbox"/> Absaugen, <input type="checkbox"/> Wechseln, <input type="checkbox"/> Spülen, <input type="checkbox"/> Luftdruckmessung)								
11			A7 <input type="checkbox"/> a) Volle Übernahme der Ganzkörperwaschung UND <input type="checkbox"/> b) Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation beim Betreten/Verlassen des Zimmers								
12			A8 Volle Übernahme <input type="checkbox"/> a) Ganzkörperwaschung UND <input type="checkbox"/> b) An- und Auskleiden 2 x tägl.								
Gründe Nr.		Leistungsbereich B: Ernährung (Punktwert 4)	Hw.	Handz.	Handz.	Handz.	Handz.	Handz.	Handz.	Handz.	Handz.
1	2	10	12	B1 <input type="checkbox"/> a) Volle Übernahme der Nahrungsverabreichung und/oder Anleitung/Aktivierung zur Nahrungsaufnahme (mind. 4 Mahlzeiten oder mind. 7 z. Bgl. Snacks/Zwischenmahlzeiten) UND <input type="checkbox"/> b) mind. 7 x tägl. orale Flüssigkeitsverabreichung von mind. 1500 ml ODER <input type="checkbox"/> c) mind. 8 x tägl. orale Flüssigkeitsverabreichung von mind. 1000 ml zu je unterschiedlichen Zeiten, gemäß Flüssigkeitsprotokoll etc.							
8				B2 <input type="checkbox"/> Orale/basale Stimulation vor/benachbarte auf die Nahrungsverabreichung und/oder zur Förderung des Schluckreflexes und/oder Erlernen von Kompensationsmechanismen beim Schlucken vor/während jeder Mahlzeit (mind. 4 Mahlzeiten) UND anschließender Unterstützung/Anleitung der Nahrungsaufnahme							
5	6			B3 Volle Übernahme der Nahrungsverabreichung und/oder Anleitung/Aktivierung zur Nahrungsaufnahme (mind. 4 Mahlzeiten) UND <input type="checkbox"/> a) Aufwendiger Transfer in den Rollstuhl/auf den Stuhl UND ODER <input type="checkbox"/> b) Aufwendiges Anlegen von Stützkorsetts-/Hosen/Brustwickel UND ODER <input type="checkbox"/> c) Aufwendiges Aufsetzen im Bett in den stabilen Sitz in Neutralstellung, stabilen Sitz nach Bobath, asymmetrischer Sitz an der Bettkante, bei Hemip., Para-, Tetraplegie							
1	5	11	12	B4 Trink- und Essetraining nach individuell aufgestellter Maßnahmenplanung bei mind. 4 Mahlzeiten. Die Maßnahmenplanung ist explizit zu dokumentieren etc. Maßnahmen können sein: <input type="checkbox"/> Anleitung zum Schlucken/Schlucktechniken <input type="checkbox"/> Erlernen kompensatorischer Maßnahmen, <input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Kopf-/Kiefer-/Lippenkontrolle <input type="checkbox"/> Erlernen von physiologischen Bewegungsabläufen bei der Nahrungsaufnahme durch z.B. passives Führen der Hand bei der Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> Faszilatation/Inhibition von Bewegungsabläufen/des Schluckaktes, <input type="checkbox"/> Erlernen von Eskalation							
2	5	10	12	B5 Bolusapplikation von Sondenernährung mindestens 7 Boli tägl. von mind. 100 ml Sondenernährung je Bolus, portionsweise über eine großlumige Spritze verabreicht							

Körperpflege A - E	Ernährung B - E
<p>G1 <input type="checkbox"/> Abwehrverhalten/Widerstände bei der Körperpflege Kennzeichen: Setzt (Mobilisierungs-) Maßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Pflegepersonal bei der Ganzkörperwaschung, lehnt die Körperpflege verbal/nonverbal ab ODER <input type="checkbox"/> Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt Kennzeichen: Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen; Trugwahrnehmungen, Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, fehlende Eigeninitiative, die Körperpflege durchzuführen</p>	<p>G1 <input type="checkbox"/> Kontinuierliche/massive Nahrungsverweigerung, Risiko der Mangelernährung Kennzeichen: Schiebt angebotene Nahrung weg, lehnt Nahrung verbal/nonverbal ab, fehlende(r) Wille/Einsicht, Nahrung zu sich zu nehmen, Mundschluss, Abwenden des Kopfes, Wegschlagen der Nahrung beim Versuch der Nahrungsverabreichung, extrem langsames Essen als Strategie der verminderten Nahrungsaufnahme, schluckt den Nahrungsbrei nicht selbstständig, Ausspucken von Nahrung ODER <input type="checkbox"/> Massives Verkennen der Ernährungssituation, Risiko der Mangelernährung Kennzeichen: Fehlender Impuls zur Nahrungsaufnahme, kann Aufforderungen/Erklärungen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme nicht verstehen, Trugwahrnehmungen, schluckt den Nahrungsbrei nicht selbstständig</p>
<p>G4 <input type="checkbox"/> Extreme Schmerzzustände, die sich auf die Körperpflegeaktivitäten auswirken Kennzeichen: Stöhnt, weint, jammert, grimassiert, wehrt ab bei der Körperpflege, äußert verbal stärkste Schmerzen</p>	<p>G2 <input type="checkbox"/> Massiv verlangsamte/erschwerzte Nahrungsaufnahme bei quantitativen Bewusstseinsveränderungen Kennzeichen: Zeitverzögerte Reaktion auf Ansprache, schläft zwischen der Nahrungsverabreichung immer wieder ein, Verlust der Fähigkeit, Nahrung selbstständig aufzunehmen</p>
<p>G5 <input type="checkbox"/> Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen Kennzeichen: Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen UND ein vorliegender Erschwernisfaktor:</p>	<p>G5 <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, eine Sitzposition bei der Nahrungsaufnahme einzunehmen Kennzeichen: Fehlende Fähigkeit, selbstständig in die Sitzposition zu gelangen, und rutscht im Bett/Rollstuhl nach unten, asymmetrische Sitzhaltung, kippt beim Sitzen nach vorne (instabile Sitzhaltung) UND ein vorliegender Erschwernisfaktor: <input type="checkbox"/> Prothesen-/Orthesenversorgung der unteren Extremitäten/ Stütz Korsagen</p>

Zdroj: Klinikum Passau

Příloha 2: Otázky k rozhovoru se sestrami

Identifikační údaje

Věk:

Pohlaví:


Léta praxe:

Současné oddělení:

1. Jakého jste dosáhl/a vzdělání?
2. Máte chuť se dále vzdělávat či vlastníte nějaké certifikáty?
3. Používáte ošetrovatelskou dokumentaci při předávání hlášení? Pokud ano, jaké části dokumentace jsou pro Vás nejdůležitější?
4. Používáte také ošetrovatelskou anamnézu při příjmu nového pacienta? Kde ji vyplňujete?
5. Kde probíhá předávání hlášení? Provádíte také sesterské vizity?
6. Používáte ošetrovatelskou dokumentaci aktivně při obchůzkách po oddělení?
7. Byl/a jste proškolen/a ohledně vedení a práce s ošetrovatelskou dokumentací? Pokud ano, kdo Vás školil a jak školení hodnotíte?
8. Kolik sester pracuje v jednotlivých směnách?
9. SRN – Pracuje u Vás na oddělení také sestra pro administrativu? Pokud ano, jaká je náplň její práce?
9. ČR – Jaký pomocný personál u Vás na oddělení pracuje? V Německu mají na některých odděleních tzv. sestru pro administrativu. Líbilo by se Vám to také? Co si o tom myslíte?
10. Jaký systém péče na oddělení praktikujete a jak Vám daný systém vyhovuje? Praktikoval/a byste raději jiný systém?
11. Kolik pacientů má jedna sestra cca v péči? Chtěl/a byste do péče méně či více pacientů?
12. Stíháte se věnovat všem pacientům a ještě se starat o ošetrovatelskou dokumentaci?
13. Setkáváte se s nějakými problémy při práci s ošetrovatelskou dokumentací?
14. Používají lékaři ošetrovatelskou dokumentaci? Pokud ne, jak tedy získávají informace od sester?
15. Je některá část v ošetrovatelské dokumentaci, kterou pokládáte za zbytečnou?
16. Je Vaše dokumentace dostupná také v elektronické podobě?
17. Myslíte si, že by bylo příjemnější mít celou dokumentaci v elektronické podobě? Ušetřil by se tím čas?
18. Jste spokojen/a s grafickou úpravou dokumentace? Je něco, co Vám v dokumentaci chybí či nevyhovuje?

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha 3: Plán péče a jeho realizace – oblast Stravování


KLINIKUM PASSAU
 PFLEGEDOKUMENTATION
DOK - ID : 29216 VERSION 3 - 0 - 0

ERNÄHRUNG					
PROBLEME	STANDARD	PFLEGEINTERVENTION	F	S	N
Getränke					
<input type="checkbox"/> Flüssigkeitsdefizit		1 anbieten 2 verabreichen <input type="checkbox"/> Info / Überwachung Flüssigkeitszufuhr			
<input type="checkbox"/> Flüssigkeitsüberschuss		1 Bilanz 2 Einfuhr 1 Ausfuhr 2 ZVD - Messung <input type="checkbox"/> Trinkprotokoll			
<input type="checkbox"/> Mangelnde Bereitschaft für einen verbesserten Flüssigkeitshaushalt		Essen			
<input type="checkbox"/> Keine selbstst. Nahrungsaufnahme		1 anbieten 2 verabreichen <input type="checkbox"/> Vorbereitung des Essplatzes <input type="checkbox"/> mundgerechtes Vorbereiten <input type="checkbox"/> Kostaufbau <input type="checkbox"/> Zusatznahrung : <input type="checkbox"/> Ernährungsprotokoll Portionsgröße			
<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme		1 Ernährungsberatung 2 Diabetesberatung <input type="checkbox"/> Hilfestellung bei Übelkeit und Erbrechen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel :			
<input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme					
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit					
<input type="checkbox"/> Mangelernährung					
<input type="checkbox"/> Aspirationsgefahr		1 Schluckversuch 2 Getränke andicken			
<input type="checkbox"/> Schluckstörung		Enteral 1 PEG 2 transnasale Sonde <input type="checkbox"/> Sondennahrung / - Menge :			
Screening auf Mangelernährung	Sonde 1	Wird eine oder mehrere Fragen mit Ja beantwortet, erfolgt Arztinformation und Ernährungsberatung			
<input type="checkbox"/> BMI < 20,5 Kg/m ²	Sonde 2	<input type="checkbox"/> Sondenspülung mit :			
<input type="checkbox"/> Ungewollter Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten	Sonde 3	<input type="checkbox"/> Medikamentengabe über Sonde			
<input type="checkbox"/> Verminderte Nahrungszufuhr in der letzten Woche	Sonde 4	<input type="checkbox"/> Verbandswechsel mit :			
<input type="checkbox"/> Schwere Erkrankung	Sonde Üb	Medikamenteneinnahme 1 überwachen 2 übernehmen			
RESSOURCEN					
ZIEL					

	DATUM				
--	--------------	--	--	--	--

PATIENTENETIKETT	BLATT - NR.
------------------	-------------

Zdroj: Klinikum Passau

Probleme (problémy)
 Standard (standard)
 Pflegeintervention (ošetřovatelské intervence)
 Ziel (cíl)
 Ressourcen (zdroj)
 Ernährung (stravování)
 Flüssigkeitsdefizit (deficit tekutin)
 Flüssigkeitsüberschuss (přebytek tekutin)
 Mangelnde Bereitschaft für einen verbesserten Flüssigkeitshaushalt (hospodaření s tekutinami)
 Keine selbstst. Nahrungsaufnahme
 Gewichtszunahme (příbytek na váze)
 Gewichtsabnahme (úbytek na váze)
 Appetitlosigkeit (nechutenství)
 Mangelernährung (nedostatek výživy)
 Aspirationsgefahr (nebezpečí aspirace)
 Schluckstörung (porucha polykání)
 Screening auf Mangelernährung (screening nedostatku stravy)

Ungewollter Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten (nechtěný úbytek váhy v posledních 3 měsících)
 Verminderte Nahrungszufuhr in der letzten Woche (snížený příjem stravy v posledním týdnu)
 Schwere Erkrankung (těžké onemocnění)
 Getränke (nápoje)
 Anbieten (nabízet)
 Verabreichen (podávat)
 Info/Überwachung Flüssigkeitszufuhr (informace/hlídní příjmu tekutin)
 Bilanz (bilance)
 Einfuhr (příjem)
 Ausfuhr (výdej)
 ZVD-Messung (měření centrálního žilního tlaku)
 Trinkprotokoll (protokol o příjmu tekutin)
 Essen (jídlo)
 Vorbereitung des Essplatzes (příprava místa k jídlu)
 mundgerechtes Vorbereiten (příprava jídla/nakrájení jídla)
 Kostaufbau (stupňování příjmu potravy po operaci)
 Zusatznahrung (přídavek stravy)
 Ernährungsprotokoll (stravovací formulář)
 Portionsgröße (velikost porce)

Ernährungsberatung (porada o stravování)
Diabetesberatung (porada o diabetu)
Hilfestellung bei Übelkeit und Erbrechen (postoj/pomoc při nevolnosti a zvracení)
Hilfsmittel (pomůcky)
Schluckversuch (test polykání)
Getränke andicken (zahušťovat tekutiny)
Enteral (enterální)
transnasale Sonde (nosní sonda)
Sondennahrung/-Menge (výživa pro sondu/množství)

Wird eine oder mehrere Fragen mit Ja beantwortet, erfolgt Arztinformation und Ernährungsberatung (Pokud je na jednu či více otázek odpovězeno ano, následuje informování lékaře a nutričního terapeuta)
Sondenspülung mit (výplach sondy s)
Medikamentengabe über Sonde (podávání léků přes sondu)
Verbandswechsel mit (výměna převazu s)
Medikamenteneinnahme (příjem léků)
überwachen (dohlížet)
übernehmen (přejmout)

Příloha 4: Plán péče a jeho realizace – oblast Péče o tělo

KÖRPERPFLEGE				F	S	N	F	S	N
PROBLEME	STANDARD	PFLEGEINTERVENTION							
<input type="checkbox"/> Versorgungsdefizit Körperpflege		Ganzkörperwäsche							
		<input type="checkbox"/> 1 Bett 2 Bettrand 3 Waschbecken 4 Dusche							
	Wa - Th	<input type="checkbox"/> Therapeutische Waschung							
		Teilkörperwäsche							
	Haut 1	<input type="checkbox"/> 1 Hände / Gesicht 2 Rücken / Beine 3							
	Haut 2	<input type="checkbox"/> Intimbereich							
	Haut 3	<input type="checkbox"/> 1 Haarwäsche 2 Haare kämmen							
	Haut 4	<input type="checkbox"/> 1 Rasur 2 Rasur OP - Vorbereitung							
		<input type="checkbox"/> Waschutensilien bereitstellen							
		<input type="checkbox"/> Hautpflege mit :							
		<input type="checkbox"/> Intertrigoprophyllaxe mit :							
	Mu - mittel 1	<input type="checkbox"/> Zahn - / Prothesenpflege mit :							
	Mu - mittel 2	<input type="checkbox"/> Mundpflege mit :							
<input type="checkbox"/> Soor - und Parotitis	AnPhys - Mu	<input type="checkbox"/> spezielle Mundpflege mit :							
		<input type="checkbox"/> Augen - / Nasenpflege mit :							
<input type="checkbox"/> Versorgungsdefizit Sich Kleiden		An - / Auskleiden							
		<input type="checkbox"/> 1 unterstützen 2 durchführen							
RESSOURCEN									
ZIEL									

Zdroj: Klinikum Passau

Körperpflege (péče o tělo)
 Versorgungsdefizit Körperpflege Soor- und Parotitis
 (mukozitida, průšnice/otok slinných žláz)
 Versorgungsdefizit Sich Kleiden (deficit při oblékání)
 Ganzkörperwäsche (mytí celého těla)
 Bett (postel)
 Bettrand (postranice)
 Waschbecken (umyvadlo)
 Dusche (sprcha)
 Therapeutische Waschung (terapeutické mytí)
 Teilkörperwäsche (mytí části těla)
 Hände/Gesicht (ruce/obličej)
 Rücken/Beine (záda/nohy)
 Intimbereich (intimní oblast)

Haarwäsche (mytí vlasů)
 Haare kämmen (česání vlasů)
 Rasur (holení)
 Rasur OP- Vorbereitung (holení – příprava před operací)
 Waschutensilien bereitstellen (přípravky na mytí k dispozici)
 Hautpflege mit (péče o kůži s)
 Intertrigoprophyllaxe mit (ochranné opatření proti opruzeninám)
 Zahn-/Prothesenpflege mit (péče o zuby a zubní protézou s)
 Mundpflege mit (péče o ústa s)
 Spezielle Mundpflege mit (speciální péče o ústa s)
 Augen-/ Nasenpflege mit (péče o oči a nos s)
 An-/ Auskleiden (oblékání/svlékání)
 Unterstützen (podpora, pomoc)
 durchführen (provést)

Příloha 5: Plán péče a jeho realizace – oblast Vyprazdňování

AUSSCHIEDUNG									
PROBLEME	STANDARD	PFLERGEINTERVENTION	F	S	N	F	S	N	
<input type="checkbox"/> Urininkontinenz		<input type="checkbox"/> Urininkontinenzversorgung + Intimhygiene							
<input type="checkbox"/> Anurie	Hilfsmittel	Inkontinenzsystem 1 offen 2 geschlossen							
<input type="checkbox"/> Oligurie	Inkontinenz -	Größe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Häufigkeit:							
<input type="checkbox"/> Polyurie	versorgung	1 Steckbecken 2 Urinflasche							
<input type="checkbox"/> Nykturie		1 Toilettenstuhl 2 zur Toilette begleiten							
		<input type="checkbox"/> Urinkontinenztraining :							
		BDK CH : 1 Legen 2 Pflege							
		Urinbeutel 1 Entleerung 2 Wechsel							
		<input type="checkbox"/> VW suprapubischer Blasenkatheter							
		<input type="checkbox"/> Einmalkatheterisierung							
<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz		<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenzversorgung + Intimhyg.							
<input type="checkbox"/> Obstipationsgefahr		Inkontinenzsystem 1 offen 2 geschlossen							
<input type="checkbox"/> Obstipation		Größe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Häufigkeit:							
<input type="checkbox"/> Diarrhoe		<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenztraining :							
		Anus praeter <input type="checkbox"/> Entleeren							
		Wechsel 1 Basisplatte 2 Beutel							
		<input type="checkbox"/> Stomadokumentationsblatt angelegt							
		<input type="checkbox"/> Klistier / Einlauf							
		<input type="checkbox"/> Steckbecken							
		1 Hygiene - / 2 Isolierungsmaßnahmen							
RESSOURCEN									
ZIEL									

Zdroj: Klinikum Passau

Ausscheidung (vyučování)
 Urininkontinenz (inkontinence moči)
 Stuhlinkontinenz (inkontinence stolice)
 Obstipationsgefahr (riziko zácpy)
 Obstipation (zácpa)
 Diarrhoe (průjem)
 Hilfsmittel (pomůcky)
 Inkontinenz- versorgung (opatření pro inkontinenci)
 Urininkontinenzversorgung+ Intimhygiene (zabezpečit močovou inkontinenci + intimní hygiena)
 Inkontinenzsystem (systém pro inkontinentní)
 Offen (často)
 Geschlossen (uzavřený)
 Größe (množství)
 Häufigkeit (častost)
 Steckbecken (podložní mísa)
 Urinflasche (močová láhev)
 Toilettenstuhl (záchodová židle/gramofon)

zur Toilette begleiten (doprovod na toaletu)
 Urinkontinenztraining (trénink na močovou inkontinenci)
 BDK CH (velikost permanentního močového katétru)
 Legen (zaveden)
 Pflege (péče)
 Urinbeutel (močový sáček)
 Entleerung (vyprázdnění)
 Wechsel (výměna)
 VW suprapubischer Blasenkatheter (suprapubický moč. katétr)
 Einmalkatheterisierung (jednorázové cévkování)
 Stuhlinkontinenzversorgung+ Intimhyg. (zaopatřit inkont. stolice)
 Stuhlinkontinenztraining (návky/inkontinence stolice)
 Anus praeter (vývod = stomie)
 Basisplatte (základní deska – podložka u stomie)
 Beutel (sáček)
 Stomadokumentationsblatt angelegt (formulář o stomii přiložen)
 Klistier/Einlauf (klystýr/výplach)
 Isolierungsmaßnahmen (izolační opatření)

Příloha 6: Plán péče a jeho realizace – oblast Aktivita a klid

AKTIVITÄT / RUHE									
PROBLEME	STANDARD	PFLEGEINTERVENTION	F	S	N	F	S	N	
<input type="checkbox"/> Beeinträchtigte körperl. Mobilität	Mo / Stroke	Hilfe <input type="checkbox"/> 1 Bett <input type="checkbox"/> 2 Bettkante <input type="checkbox"/> 3							
<input type="checkbox"/> Beeinträchtigte Gehfähigkeit		Transfer <input type="checkbox"/> 1 Stuhl <input type="checkbox"/> 2 Stehen <input type="checkbox"/> 3 Gehen							
<input type="checkbox"/> Beeinträchtigte Transferfähigkeit		<input type="checkbox"/> 1 Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> 2 Roll - / Rehasstuhl <input type="checkbox"/> Hilfsmittel :							
<input type="checkbox"/> Sturzgefahr	Leitlinien	<input type="checkbox"/> 1 Bettniveau tief <input type="checkbox"/> 2 Standardsturzprävention							
<input type="checkbox"/> Beeinträchtigte Mobilität im Bett	Sturz	<input type="checkbox"/> 1 Information / Beratung <input type="checkbox"/> 2 Sturzflyer							
<input type="checkbox"/> Hemiparese	Sturzflyer	<input type="checkbox"/> 1 Überwachung <input type="checkbox"/> 2 Bettseitenteile							
<input type="checkbox"/> Hemiplegie		<input type="checkbox"/> Kontraktur - und Spitzfußprophylaxe							
<input type="checkbox"/> Dekubitusgefährdung	Dekubitus 1	<input type="checkbox"/> Dekubitusprophylaxe							
	Dekubitus 2	<input type="checkbox"/> Braden - Skala : Punkte							
	Dekubitus 3	<input type="checkbox"/> 1 Fingertest <input type="checkbox"/> 2 Fingertest							
	Infoblatt für	<input type="checkbox"/> Lagerung :							
	Pat. / Ang.	<input type="checkbox"/> Corpoform <input type="checkbox"/>							
		<input type="checkbox"/> Beinvenen austreifen							
<input type="checkbox"/> Thrombose / Thromboserisiko		<input type="checkbox"/> Aktivierung der Muskelpumpe							
		<input type="checkbox"/> MTS an - / ausziehen Größe :							
		<input type="checkbox"/> Kompressionsverband anlegen							
		<input type="checkbox"/> Kompressionsstützstrümpfe an - / ausziehen							
RESSOURCEN									
ZIEL									

Zdroj: Klinikum Passau

Aktivität/ Ruhe (aktivita/odpočinek)
 Beeinträchtigte körperl. Mobilität (narušená schopnost pohybu těla)
 Beeinträchtigte Gehfähigkeit (narušená schopnost chůze)
 Beeinträchtigte Transferfähigkeit (narušená schopnost přemístění)
 Sturzgefahr (riziko pádu)
 Beeinträchtigte Mobilität im Bett (zhoršený pohyb na lůžku)
 Dekubitusgefährdung (riziko vzniku dekubitu)
 Mo/Stroke (mrtvice)
 Leitlinien (vůdčí myšlenka)
 Sturz (pád)
 Sturzflyer (protokol o pádu)
 Infoblatt für Pat./ Ang. (informační list pro pacienta, příbuzné)
 Hilfe (pomoc)
 Bett (postel)
 Bettkante (hrana postele)
 Transfer (přemístění)
 Stuhl (židle)
 Stehen (stoj)
 Gehen (chůze)

Toilettenstuhl (toaletní židle/gramofon)
 Roll-/Rehasstuhl (rolátor/rehabilitační křeslo)
 Hilfsmittel (pomůcky)
 Bettniveau tief (úroveň hloubky nastavení postele)
 Standardsturzprävention (standarty v prevenci pádu)
 Information/Beratung (informace/konzultace)
 Überwachung (dohled)
 Bettseitenteile (postranice)
 Kontraktur- und Spitzfußprophylaxe (kontraktury, špičaté nohy)
 Dekubitusprophylaxe (antidekubitní opatření)
 Braden- Skala (Bradenové škála)
 Punkte (body)
 Fingertest (test hmatu)
 Lagerung (polohování)
 Corpoform (pomůcky na polohování)
 Beinvenen austreifen (komprese žil na DK)
 Aktivierung der Muskelpumpe (aktivizace/svalová pumpa)
 MTS an- / ausziehen Grosse (kompresní punčochy/velikost)
 Kompressionsverband anlegen (přikládat kompresní obvaz)
 Kompressionsstützstrümpfe an- / ausziehen (natahovat kompresní punčochy)

Příloha 7: Plán péče a jeho realizace – oblast Dýchání

ATMUNG									
PROBLEME	STANDARD	PFLEGEINTERVENTION	F	S	N	F	S	N	
<input type="checkbox"/> Dyspnoe bei Ruhe		<input type="checkbox"/> Lagerungen :							
<input type="checkbox"/> Dyspnoe bei Belastung		<input type="checkbox"/> 1 Triflo 2 ASE 3 IPPB							
<input type="checkbox"/> Auswurf		<input type="checkbox"/> physikalische Therapie							
<input type="checkbox"/> Pneumonierisiko		<input type="checkbox"/> 1 Atemübung 2 Anleitung zum Abhusten							
		<input type="checkbox"/> Einreibung mit :							
		<input type="checkbox"/> Inhalation mit :							
		<input type="checkbox"/> Reinigung / Desinf. Inhalationsmaske 1 x/ d							
		<input type="checkbox"/> Wechsel Sauerstoffsonde / - Brille							
<input type="checkbox"/> Aspirationsgefahr		<input type="checkbox"/> Aspirationsprophylaxe							
	Absaugen 1	<input type="checkbox"/> Absaugen 1 nasal / oral 2 endotracheal							
		<input type="checkbox"/> Tracheostomapflege							
		<input type="checkbox"/> Kanülenwechsel							
RESSOURCEN									
ZIEL									

Zdroj: Klinikum Passau

Atmung (dýchání)
 Dyspnoe bei Ruhe (dyspnoe v klidu)
 Dyspnoe bei Belastung (dyspnoe při zátěži)
 Auswurf (chrlení)
 Pneumonierisiko (riziko pneumonie)
 Aspirationsgefahr (riziko aspirace)
 Absaugen (odsávat)
 Lagerung (polohování)
 Triflo (kuličky na trénování kapacity plic)
 ASE (inhalátor)
 IPPB (přístroj k trénování dechu)
 Physikalische Therapie (fyzikální terapie)

Atemübung (dechová cvičení)
 Anleitung zum Abhusten (poučení k odkašlání)
 Einreibung mit (natírání např. krému s upřesněním)
 Inhalation mit (inhalace s)
 Reinigung/ Desinf. Inhalationsmaske (čištění/dezinfekce inhalační masky)
 Wechsel Sauerstoffsonde/- Brille (výměna kyslíkové sondy/brýlí)
 Aspirationsprophylaxe (dechové opatření)
 Absaugen (odsávání)
 nasal/oral (nosní/ ústní)
 endotracheal (endotracheální)
 Tracheostomapflege (péče o tracheostomii)
 Kanülenwechsel (výměna kanyly)

Příloha 8: Plán péče a její realizace – oblast Tělesné a duševní zdraví/vnímání/kognice

WOHLBEFINDEN / WAHRNEHMUNG / KOGNITION			Details aus Pflegevisite und Pflegeberatung sind im Pflegebericht zu dokumentieren																											
PROBLEME	STANDARD	PFLEGEINTERVENTION	F	S	N	F	S	N	F	S	N	F	S	N	F	S	N	F	S	N	F	S	N	F	S	N	F	S	N	
<input type="checkbox"/> Akuter Schmerz	Leitlinie	<input type="checkbox"/> Schmerzbeobachtung / Schmerzskala																												
<input type="checkbox"/> Chronischer Schmerz	Schmerz	<input type="checkbox"/> Lokalisation : Wi - Wa : <input type="checkbox"/> 1 Wadenwickel <input type="checkbox"/> 2 zweite Bettdecke																												
	Wa - Th	<input type="checkbox"/> Therapeutische Waschung																												
<input type="checkbox"/> Unausgeglichene Körpertemperatur		<input type="checkbox"/> Extremitätenkontrolle																												
		<input type="checkbox"/> adäquate Wärmezufuhr :																												
<input type="checkbox"/> Beeinträchtigte verb. Kommunikation		<input type="checkbox"/> Gezielte Info über pflegerische Maßnahmen																												
<input type="checkbox"/> Angst	Flyer Über- leitungspflege	<input type="checkbox"/> Gespräche anbieten																												
	Angehörigen- schulungen	<input type="checkbox"/> Pflegevisite <input type="checkbox"/> konsiliarisch <input type="checkbox"/> ausschnitthaft																												
<input type="checkbox"/> akute Verwirrtheit		<input type="checkbox"/> Pflegeberatung <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Angehörige																												
<input type="checkbox"/> chronische Verwirrtheit		<input type="checkbox"/> Überwachung																												
		<input type="checkbox"/> Orientierungshilfen:																												
	NA 1 / ORG	<input type="checkbox"/> Gezielte Info über pflegerische Maßnahmen																												
	NA 2 / ORG	<input type="checkbox"/> Fixierung mit :																												
	NA 3 / ORG	<input type="checkbox"/> Fixationsprotokoll																												
	NA 4 / ORG	<input type="checkbox"/> Maßnahmen :																												
	NA 5 / ORG	<input type="checkbox"/> CPAP - Gerät																												
<input type="checkbox"/> gestörtes Schlafmuster	NA 6 / ORG	<input type="checkbox"/> Nachtdienst nach Standard																												
<input type="checkbox"/> Patient ist im Sterbeprozess	Flyer Palliativ	<input type="checkbox"/> Sterbebegleitung																												
RESSOURCEN																														
ZIEL																														

Zdroj: Klinikum Passau

Wohlbefinden/Wahrnehmung/ Kognition (tělesné a duševní zdraví/vnímání/kognice)
 Akuter Schmerz (akutní bolest)
 Chronischer Schmerz (chronická bolest)
 Unausgeglichene Körpertemperatur (nevyrovnaná tělesná teplota)
 Beeinträchtigte verb. Kommunikation (narušená verbální komunikace)
 Angst (strach)
 Akute Verwirrtheit (akutní zmatenost)
 Chronische Verwirrtheit (chronická zmatenost)
 Gestörtes Schlafmuster (narušený vzor spánku)
 Patient ist im Sterbeprozess (patient je v procesu umírání)
 Leitlinie (vůdčí myšlenka)
 Schmerz (bolest)
 Flyer über- leitungspflege (leták o vedení péče)
 Angehörigen- schulungen (edukace příbuzných)
 Schmerzbeobachtung/Schmerzskala (opatření proti bolesti)
 Lokalisation (lokalizace)
 Wadenwickel (zábaly lýtky)

Zweite Bettdecke (dvojitá přikrývka)
 Therapeutische Waschung (terapeutické mytí)
 Extremitätenkontrolle (ovládání končetin)
 Adäquate Wärmezufuhr (adekvátní příjem teploty)
 Gezielte info über pflegerische Massnahmen (cílené informace o ošetrovatelských opatřeních)
 Gespräche anbieten (nabídnutí rozhovoru)
 Pflegevisite (ošetrovatelská vizita)
 Konsiliarisch (konzilia)
 Ausschnitthaft (výňatky)
 Pflegeberatung (rozhovor o péči)
 Patient (pacient)
 Angehörige (příbuzní)
 Überwachung (dohled)
 Orientierungshilfen (pomoc při orientaci)
 Fixierung mit (fixace s)
 Fixationsprotokoll (protokol o omezení)
 Massnahmen (opatření)
 CPAP- Gerät (dechový přístroj pro osoby s obstrukční spánkovou apnoí)
 Nachtdienst nach Standart (noční služba podle standardu)
 Sterbebegleitung (doprovod při umírání)


Příloha 10: Plán ošetrovatelské péče a jeho realizace – Hodnocení a popis průběhu péče

DATUM	UHRZEIT	KRANKENBEOBACHTUNG / VERLAUFSBESCHREIBUNG	HZ

Zdroj: Klinikum Passau

Uhrzeit (čas) Krankenbeobachtung/Verlaufsbeschreibung (péče o nemocné/popis průběhu)

Příloha 12: Příjmová ošetřovatelská anamnéza a stupeň ošetřovatelské péče

ETIKETT	 851010108001																																
PFLEGEÜBERLEITUNG - ÜBERLEITUNGSKRITERIEN Nicht erforderlich bei Patienten aus Pflegeheimen / Rückverlegung in Pflegeheime oder Kurzchemo																																	
PFLEGESTUFE <input type="checkbox"/> Pflegestufe vorhanden <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pflegestufe beantragt		DATUM UND UNTERSCHRIFT _____ _____																															
AUFNAHMESTATUS - PFLEGE ORIENTIERUNG zeitlich <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> ZEITWEISE örtlich <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> ZEITWEISE persönlich <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> ZEITWEISE situativ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> ZEITWEISE VIGILANZ <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> soporös <input type="checkbox"/> komaös KOMMUNIKATION <input type="checkbox"/> Sprachbild / Sprachverständnis _____ <input type="checkbox"/> Hörbehinderung _____ <input type="checkbox"/> Sehbehinderung _____ <input type="checkbox"/> Fremdsprache _____ AUSSCHIEDUNG <input type="checkbox"/> Hilfestellung erforderlich <input type="checkbox"/> Chronische Obstipation <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Versorgung / Systeme _____ ATMUNG <input type="checkbox"/> Dyspnoe in Ruhe <input type="checkbox"/> Dyspnoe bei Belastung <input type="checkbox"/> Auswurf _____ <input type="checkbox"/> Beruf _____		ESSEN UND TRINKEN <input type="checkbox"/> Hilfestellung erforderlich <input type="checkbox"/> Screening auf Mangelernährung <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN KÖRPERPFLEGE <input type="checkbox"/> Hilfestellung erforderlich HAUTZUSTAND <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Fotodokumentation <input type="checkbox"/> Dekubitusgefahr <input type="checkbox"/> Braden - Skala HILFSMITTEL <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Gehstock</td> <td style="width: 25%;">DABEI</td> <td style="width: 25%;">NICHT DABEI</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prothese</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rollator</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rollstuhl</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CPAP - Gerät</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Brillle</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kontaktlinsen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zahnprothese</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hörgerät</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> STURZ <input type="checkbox"/> Sturzgefahr <input type="checkbox"/> Stürze in den letzten 6 Monaten SCHLAF <input type="checkbox"/> Schlafstörung _____		<input type="checkbox"/> Gehstock	DABEI	NICHT DABEI	<input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPAP - Gerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Brillle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gehstock	DABEI	NICHT DABEI																															
<input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> CPAP - Gerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> Brillle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
AUFNAHMESGESPRÄCH - PFLEGE <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Betreuung DATUM - UNTERSCHRIFT - BERUFSBEZEICHNUNG _____ _____		ENTLASSUNGSGESPRÄCH - PFLEGE <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Betreuung DATUM - UNTERSCHRIFT - BERUFSBEZEICHNUNG _____ _____																															
SCREENING Erstscreening <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Zweitscreening <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> Patienteninformation mit Flyer <input type="checkbox"/> Überleitungsprüfung angefordert <input type="checkbox"/> Überleitungsprüfung nicht angefordert BEGRÜNDUNG _____ _____		DATUM UND UNTERSCHRIFT _____ _____																															
<input type="checkbox"/> Überleitungsgespräch geführt																																	

Aufnahmestatus-pflege
(příjmová ošetrovatelská anamnéza)
Orientierung (orientace)
Zeitlich (časem)
Örtlich (místem)
Persönlich (osobou)
Situativ (situací)
Ja (ano)
Nein (ne)
Zeitweise (dočasně)
Vigilanz (vědomí)
Somnolent (somnolence)
Soporös (sopor)
Komatös (kóma)
Kommunikation (komunikace)
Sprachbild/Sprachverständnis (porozumění řeči)
Hörbehinderung (sluchové postižení)
Sehbehinderung (zrakové postižení)
Fremdsprache (cizí jazyk)
Ausscheidung (vylučování)
Hilfestellung erforderlich (potřeba dopomoci)
Chronische Obstipation (chronická zácpa)
Stoma (stomie)
Versorgung/systeme (ošetření/systém)
Atmung (dýchání)
Dyspnoe in Ruhe (dyspnoe v klidu)
Dyspnoe bei Belastung (dyspnoe při námaze)
Auswurf (sputum)
Beruf (povolání)
Aufnahmegespräch-Pflege (příjmový pohovor o péči)

Patient (pacient)
Angehörige (příbuzný)
Betreuung (opatrovník)
Essen und trinken (jídlo a pití)
Hilfestellung erforderlich (potřeba dopomoci)
Screening auf Mangelernährung
(screening nedostatku výživy)
Körperpflege (péče o tělo)
Hautzustand (stav kůže)
Dekubitus (dekubity)
Fotodokumentation (fotodokumentace)
Dekubitusgefahr (riziko vzniku dekubitu)
Braden-Skala (Bradenové škála)
Hilfsmittel (pomůcky)
Gehstock (hůl)
Unterarmgehstützen (berle)
Prothese (protéza)
Rollator (chodítko)
Rollstuhl (kolečkové křeslo)
CPAP-Gerät (přístroj proti apnoe)
Brille (brýle)
Kontaktlinsen (kontaktní čočky)
Zahnprothese (zubní protéza)
Hörgerät (naslouchátko)
Sturz (pád)
Sturzgefahr (riziko pádu)
Stürze in den letzten 6 Monaten (pád v posledních 6 měsících)
Schlaf (spánek)
Schlafstörung (spánkové potíže)
Dabei (při sobě)
Nicht dabei (ne při sobě)

Příloha 13a: Překladová ošetrovatelská zpráva

Pflegeverlegungsbericht

Name: **Kölbl** Aufnahme datum: 07.04.2016 13:47
 Vorname: **Geswirth** Fallnummer: **300695-1087**
 Geburtsdatum: **03.07.1957** Geschlecht: weiblich
 Adresse: **93529 Winklarn, Winklarn 7** Hausarzt: Dr.med. Alois Schätzl

KLINIKUM Passau



Klinikaufenthalt von:	bis:	Ansprechpartner	Name / Tel.Nr.
Überleitungspflege:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> Angehörige (Patient)	Josef Kölbl 08546/2126
Pflegestufe vorhanden:	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	Gesetzlicher Betreuer:	
Pflegestufe beantragt:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Häusliche Versorgung	<input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> Sozialstation <input type="checkbox"/> Altenheim
Verlegung nach:	verständigt am:	Medikation	Medikamenteneinnahme: <input type="radio"/> überwachen <input type="radio"/> übernehmen
<input type="checkbox"/> Krankenhaus		Insulin: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
<input type="checkbox"/> Rehaeinrichtung		Injektion: <input type="radio"/> selbstständig <input type="radio"/> vollst. Übernahme	
<input type="checkbox"/> Alten-/ Pflegeheim		Verabreichung: <input type="radio"/> Pen <input type="radio"/> Insulinpumpe	
<input type="checkbox"/> Sozialstation		früh: IE mittags: IE abends: IE nachts: IE	
Screening		Arten:	
<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Kultur <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		früh: IE mittags: IE abends: IE nachts: IE	
<input type="checkbox"/> Befund ausständig		Arten:	
Orientierung / Psyche		<input type="checkbox"/> Insulinplan mitgegeben	
zeitlich <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> zeitweise		Hilfsmittel	
örtlich <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> zeitweise		<input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen	
situativ <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> zeitweise		<input type="checkbox"/> Prothese <input type="checkbox"/> Rollator	
Bewusstseinslage		<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> CPAP-Gerät	
<input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> komatös		<input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	
<input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> Weglauftendenz		<input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Brille	
<input type="checkbox"/> soporös <input type="checkbox"/> Demenz		Ernährung	
Kommunikation		Kostform: <input type="checkbox"/> anbieten <input type="checkbox"/> verabreichen <input type="checkbox"/> Getränke andicken	Gewicht: kg
<input type="checkbox"/> Sprachbild/Sprachverständnis		<input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung	
<input type="checkbox"/> Hörbehinderung		zgl. Trinkmenge:	
<input type="checkbox"/> Sehbehinderung		Zusatznahrung:	
<input type="checkbox"/> Verwirrtheit		Sondenkostgabe über: <input type="checkbox"/> enteral <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> transnasal <input type="checkbox"/> PEJ	
<input type="checkbox"/> Fremdsprache		Sondennahrung/-Menge:	
Körperpflege		Laufzeit:	
Ganzkörperwaschung		Medikamente über: <input type="radio"/> gastral <input type="radio"/> jejunal	
<input type="checkbox"/> vollst. Abhängigkeit <input type="checkbox"/> Bett <input type="checkbox"/> Bettrand <input type="checkbox"/> Waschbecken		Sondenkost über: <input type="radio"/> gastral <input type="radio"/> jejunal	
<input type="checkbox"/> Dusche			
Teilkörperwäsche			
<input type="checkbox"/> Hände / Gesicht <input type="checkbox"/> Rücken / Beine <input type="checkbox"/> Intimbereich			
(spezielle) Hautpflege mit:			
Zahn- / Prothesenpflege mit:			
(spezielle) Mundpflege mit:			
An- und Auskleiden	<input type="radio"/> unterstützen <input type="radio"/> durchführen		
Ausscheidung			

Zdroj: Klinikum Passau

Příloha 13b: Překladová ošetrovatelská zpráva

Urininkontinenzversorgung	Parenterale Ernährung:
Inkontinenzsystem:	letzter Verbandwechsel am:
Größe:	mit:
BDK CH	Aktivität / Ruhe
gelegt am:	Hilfe bei Mobilisation: <input type="checkbox"/> Bett <input type="checkbox"/> Bettkante
<input type="radio"/> offen <input type="radio"/> geschlossen	Transfer: <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Stehen <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
gelegt am:	<input type="checkbox"/> Roll-/Rehastuhl
<input type="radio"/> Silikon <input type="radio"/> Latex	Sturzgefahr: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
gelegt am:	Kontraktur / Spitzfuß:
mit:	Hemiparese / -plegie:
letzter Verbandwechsel am:	Lagerungsart / -intervall:
Stuhlinkontinenzversorgung	Bisherige Therapie: <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie
Inkontinenzsystem:	
Größe:	Atmung
letzter Stuhlgang am:	<input type="checkbox"/> Dyspnoe in Ruhe <input type="checkbox"/> Dyspnoe bei Belastung
Laxanzien:	Auswurf: <input type="checkbox"/> Oz-Gabe: <input type="checkbox"/> l/min per:
Stoma	Atemübung mit:
Systemwechsel am:	Einreibung mit:
mit:	Inhalation mit:
Hilfestellung:	Aspirationsprophylaxe mit:
<input type="checkbox"/> Steckbecken <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	Schlaf
<input type="checkbox"/> zur Toilette begleiten	<input type="checkbox"/> Schlaf ungestört <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Schlafapnoe
Schmerz	
Schmerzintensität: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
Lokalisation:	
Wunde	
Fotos	
Hier Bildbeschreibung eingeben	
Bemerkungen	

Zdroj: Klinikum Passau


Name (příjmení)
Vorname (křestní jméno)
Geburtsdatum (datum narození)
Adresse (adresa)
Aufnahmedatum (datum přijetí)
Fallnummer (číslo chorobopisu)
Geschlecht (pohlaví)
Hausarzt (praktický lékař)
Klinikaufenthalt von/bis (pobyt na klinice od do)
Überleitungspflege (souhlas s péčí)
Pflegestufe vorhanden (stupeň péče přiznání)
Pflegestufe beantragt (zažádáno o stupeň péče)
Ansprechpartner (kontaktní osoba)
Angehörige (příbuzný)
Gesetzlicher Betreuer (zákonný zástupce)
Häusliche Versorgung (domácí zaopatrění)
Allein lebend (žije sám)
Sozialstation (sociální centrum)
Altenheim (domov pro seniory)
Verlegung nach (překlad)
Veständigt am (dohodnuto kdy)
Krankenhaus (nemocnice)
Rehaeinrichtung (rehabilitační zařízení)
Alten-/Pflegeheim (domov pro seniory)
Kultur (stěr)

Positiv (pozitivní)
Negativ (negativní)
Befund ausständig (čeká se na nález)
Medikation (medikace)
Medikamenteneinnahme (příjem léků)
überwachen (dohled)
übernehmen (převzít za pacienta)
Injektion (injekce)
selbständig (samostatně)
vollst. Übernahme (kompletně převzít)
Verabreichung (podání)
Pen (pero)
Insulinpumpe (inzulinová pumpa)
früh (ráno)
mittags (poledne)
abends (večer)
nachts (noc)
Arten (druh)
Insulinplan mitgegeben (inzulinový plán přidělen)
Orientierung/Psyché (orientován duše)
Zeitlich (časem)
Örtlich (místem)
Situativ (situací)
Ja/nein/zeitweise (ano/ne/částečně)
Bewusstseinslage (vědomí)

Wach (bdělý)
Somnolent (somnolentní)
Soporös (sopor)
Komatös (kóma)
Weglauftendenz (tendence k útěku)
Demenz (demence)
Hilfsmittel (pomůcky)
Gehstock (hůl)
Prothese (protéza)
ROLLSTUHL (kolečkové křeslo)
Zahnprothese (zubní protéza)
Oben/unten (horní/dolní)
Hörgerät (naslouchadlo)
Rechts/links (pravé/levé)
Unterarmgehstützen (berle)
Rollator (chodítko)
CPAP-Gerät (přístroj proti apnoe)
Kontaktlinsen (kontaktní čočky)
Brille (brýle)
Kommunikation (komunikace)
Sprachbild/ Sprachverständnis (porozumění řeči)
Hörbehinderung (sluchové omezení)
Sehbehinderung (zrakové omezení)
Verwirrtheit (zmatenost)
Fremdsprache (cizí jazyk)
Körperpflege (péče o tělo)
Ganzkörperwaschung (mytí celého těla)
Vollst. Abhängigkeit (plná závislost)
Bett (postel)
Bettrand (postranice)
Waschbecken (umyvadlo)
Dusche (sprcha)
Teilkörperwäsche (mytí částí těla)
Hände/Gesicht (ruce/ obličej)
Rücken/Beine (záda/nohy)
Intimbereich (intimní oblast)
(spezielle) Hauptpflege mit (speciální péče o pokožku s)
Zahn-/Prothesepflege mit (péče o zuby a zubní protézu)
(spezielle) Mundpflege mit (speciální péče o dutinu ústní s)
An- und Auskleiden (oblékání, svlékání)
Unterstützen (podporovat)
Durchführen (provádět)
Ausscheidung (vyprazdňování)
Ernährung (stravování)
Kostform (forma stravy)
Gewicht (váha)
Anbieten (nabízet)
Verabreichen (podávat)
Getränke andicken (zahušťovat tekutiny)
Mundgerechte Zuberetung (příprava na skus)
Tgl. Trinkmenge (objem pití)
Zusatznahrung (doplněk stravy)
Sondenkostgabe über (strava pro podávání přes sondu)
Transnasal (skrz nos)
Sondennahrung/- Menge (potrava do sondy/množství)
Laufzeit (doba platnosti)
Medikamente über (léky přes)

Sondenkost über (potrava pro sondu přes)
Parenterale Ernährung (parenterální výživa)
Urininkontinenzversorgung (zaopatřit močovou inkontinenci)
Inkontinenzsystem (systém pro inkontinenci)
Offen/geschlossen (otevřený/uzavřený)
Größe (množství)
BDK (permanentní močový katétr)
Gelegt am (zavedeno, datum)
Suprapubischer BDK (suprapubický močový katétr)
LETZTER Verbandwechsel am/mit (poslední převaz kdy/s čím)
Stuhlinkontinenzversorgung (zaopatřit inkontinenci stolice)
Letzter Stuhlgang am (poslední stolice datum)
Laxanzien (laxancia)
Stoma (stomie)
Systemwechsel am/mit (výměna systému datum/s čím)
Hilfestellung (postoj k pomoci)
Steckbecken (podložní mísa)
Urinflasche (močová lahev)
Toilettenstuhl (toaletní židle)
Zur Toilette begleiten (doprovod na toaletu)
Schmerz (bolest)
Schmerzintensität (intenzita bolesti)
Lokalisation (místo)
Wunde (rány)
Fotos (fotografie)
Hier Bildbeschreibung eingeben (zde vložte popis obrázku)
Bemerkungen (komentáře)
Aktivität/Ruhe (aktivita/klid)
Hilfe bei Mobilisation (pomoc při pohybu)
Bett (postel)
Bettkante (hrana lůžka)
Transfer (přemístění)
Stuhl (židle)
Stehen (stoj)
Gehen (chůze)
Roll-/Rehasul (kolečkové křeslo/rehabilitační křeslo)
Sturzgefahr (riziko pádu)
Kontraktur/Spitzfuß (kontraktury/špičaté nohy)
Lagerungsart/-interval (polohování/interval)
Bisherige Therapie (dosavadní terapie)
Phisikalische Therapie (fyzikální terapie)
Ergotherapie (ergoterapie)
Atmung (dech)
Dyspnoe in Ruhe (dyspnoe v klidu)
Dyspnoe bei Belastung (dyspnoe při námaze)
Auswurf (chrlení)
O2-Gabe (kyslík, množství)
l/min per (litr/ min přes)
Atemübung mit (dechová cvičení s)
Einreibung mit (vtírání krému s)
Inhalation mit (inhalace s)
Aspirationsprophylaxe mit (aspirační opatření)
Schlaf (spánek)
Schlaf ungestört (narušený spánek)
Schlafstörungen (spánkové obtíže)
Schlafapnoe (spánková apnoe)

Příloha 14: Příjmová ošetřovatelská anamnéza

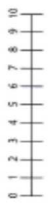
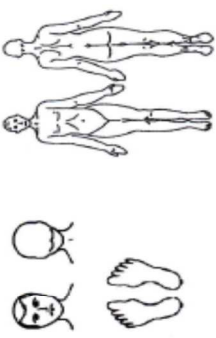


NTF+
NEMOCNICE TÁBOR a.s.

IDENTIFIKAČNÍ ŠTĚTKA PACIENTA

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

při přijetí při překladi

<p>PŘÍJEM</p> <p>Datum přijetí: _____</p>	<p>ALERGIE</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>jaké: _____</p>	<p>BOLEST</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická</p> <p><input type="checkbox"/> secace (viz Ramsay scale)</p> <p>Intenzita: </p>	<p>KŮŽE</p> <p>Změny na kůži</p> <p><input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> ekzémy</p> <p><input type="checkbox"/> běrcové vředy <input type="checkbox"/> hematom</p> <p><input type="checkbox"/> jiné: _____</p> 	<p>RODINA INFORMOVÁNA</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p>	<p>SOČINĚNÍ</p> <p><input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> bezvědomí</p> <p><input type="checkbox"/> ponucha vědomí <input type="checkbox"/> sedace</p>	<p>ORIENTACE</p> <p><input type="checkbox"/> orientován/á plně <input type="checkbox"/> dezorientován/á</p> <p><input type="checkbox"/> orientován/á částečně</p>	<p>PSYCHICKÝ STAV</p> <p><input type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje</p> <p><input type="checkbox"/> klidná/ý <input type="checkbox"/> apatická/ý</p> <p><input type="checkbox"/> zmatená/ý <input type="checkbox"/> agresivní</p> <p><input type="checkbox"/> rozrušená/ý <input type="checkbox"/> jiný: _____</p>	<p>SOCIÁLNÍ SITUACE</p> <p>Bydlí doma sám/a <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Je v péči:</p> <p><input type="checkbox"/> domácí péče <input type="checkbox"/> domova důchodců</p> <p><input type="checkbox"/> pečovatelské služby charity <input type="checkbox"/> charity</p> <p><input type="checkbox"/> jiné: _____</p>	<p>INVAZIVNÍ VSTUPY</p> <p><input type="checkbox"/> PZK <input type="checkbox"/> CZK <input type="checkbox"/> NGS/NUS <input type="checkbox"/> PEG</p> <p><input type="checkbox"/> TSK/ETK <input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> jiné: _____</p>	<p>JINA SĎĚLENÍ (např. údaje o spánku, spirtuální potřeby...)</p>	
<p>VÝŽIVA</p> <p><input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> enterální <input type="checkbox"/> parenterální</p> <p><input type="checkbox"/> diabetik <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> inzulin</p> <p><input type="checkbox"/> ponucha polykání</p>		<p>VYPRÁZDNOVÁNÍ</p> <p>Problémy s močením <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p><input type="checkbox"/> stomie</p>		<p>PROBLEMY SE STOLICÍ</p> <p>Problémy se stolicí <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p><input type="checkbox"/> stomie</p>		<p>ANAMNÉZA ODEBRAL/A:</p> <p>Datum/čas: _____</p>		<p><small>PZK-pe říční žilní katétr, CZK-centrální žilní katétr, NGS-nasogastrická sonda, NUS-nasojejunální sonda, PEG-perkutánní endoskopická gastrostomie, TSK-traheostomiická kanyla, ETK-endotracheální kanyla, PMK-permanenční močový katétr, UPV-umělá plicní ventilace</small></p>		<p><small>(dle testu Barthelové – viz druhá strana)</small></p>	

Zdroj: Nemocnice Tábor a.s.

Příloha 15: Plán ošetrovatelské péče



PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Identifikační štítek

Ošetrovatelský problém		Ošetrovatelské intervence	Založení plánu péče datum / hod:	Datum	Ukončil/a
1. Bolest <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická		postupuj dle NT_SM_098 Bolest – hodnocení, monitorace, léčba motivuj P a zajišť jeho bezpečnost			
2. Porucha soběstačnosti v oblasti <input type="checkbox"/> výživy <input type="checkbox"/> vyprazdňování <input type="checkbox"/> hygieny <input type="checkbox"/> oblékání <input type="checkbox"/> mobility		nácvik vyprazdňování na pojezdném WC nácvik změny polohy v lůžku nácvik sedu, stoje, úchopu pomůcek zajisti rehabilitaci, založ rfb. kartu aktivně zapojuj v péči o pacienta rodinu			
3. Riziko malnutrice/ sníženého objemu tekutin v souvislosti se: <input type="checkbox"/> základním onemocněním <input type="checkbox"/> operačním výkonem		postupuj dle NT_SM_002 Nutriční screening sleduj kožní turgor, stav sliznic sleduj tělesnou hmotnost, P+V tekutin zajisti P vhodnou dietu, dostatek tekutin			
4. Riziko pádu /úrazu v souvislosti s: <input type="checkbox"/> neklidem P <input type="checkbox"/> poruchou soběstačnosti <input type="checkbox"/> medikací		postupuj dle NT_SOP_39 Prevence pádů			
5. Riziko infekce v souvislosti se zavedením: <input type="checkbox"/> PŽK, ČŽK, PMK <input type="checkbox"/> operační rány <input type="checkbox"/> chronické rány <input type="checkbox"/> epidurál, katétru <input type="checkbox"/> drénu, stomie		deně kontroluj známky infekce v místě vstupu prováděj aseptické převazy / přepichy dle indikace monitoruj TT – riziko systémové infekce kontroluj průchodnost močového katétru zajisti zvýšenou hygienu genitálu			
6. Riziko dekubitů v souvislosti s: <input type="checkbox"/> inkontinencí <input type="checkbox"/> deficitem sebepeč		postupuj podle NT_SOP_5			
7. Riziko krvácení v souvislosti s: <input type="checkbox"/> operačním výkonem <input type="checkbox"/> základním onemocněním <input type="checkbox"/> léčbou anikoagulancí		sleduj vědomí pacienta sleduj FF pacienta dbej zvýšeného dohledu u rizikových pacientů			
Týdenní přehodnocení plánu:					
Razítko a podpis sestry:					
datum, jmenovka a podpis sestry: FF – fyziologické funkce P – pacient TT – tělesná teplota PŽK – periferní žilní katétr ČŽK – centrální žilní katétr					

NT 012Ab/2015/1009

Zdroj: Nemocnice Tábor a.s.

Příloha 16: Realizace ošetrovatelského plánu

Datum															
Směna		D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Hygiena	Celková koupel														
	Dopomoc při hygieně														
	Dut. ústní, očí, nosu														
	Masáž kůže														
Dýchání	Zavedení TS kanyly														
	Péče o TS kanylu														
	Odsátí HCD														
	Nebulizace, Ú ²														
Výživa	Krmení														
	Hydratace / pitný režim														
	Zavedení NGS / PEG / ě.														
	Péče o NGS / PEG														
	Odsávání žal. obsahu														
Vyprazdňování	Zavedení moč. katétru / ě.														
	Péče o moč. katétru														
	Výměna sběrného sáčku														
	Plenkové kalhotky														
	Klyzma														
Polohování															
Prevence dekubitů															
Katétry	Zavedení PŽK / čas														
	Péče o PŽK														
	Zavedení CŽK														
	Péče o CŽK														
	Měření CVT														
Péče o ránu	Převaz														
	Bandáž														
	Péče o dren														
Příprava k výkonům	Informace														
	Endoskopie														
	RTG, UZ, CT, MR														
	Příprava k operaci														
	Oholení op. pole														
Jmenovka a podp. sestry: D															
Jmenovka a podp. sestry: N															
Žák / student SZŠ, VOŠ, VŠ															

Zdroj: Nemocnice Tábor a.s.

Příloha 18: Souhlas s výzkumným šetřením Klinikum Passau

Simona Vesela
Skalice 36
Sobeslav 39201
Tschechische Republik
University of South Bohemia Ceske Budejovice (Budweis)

Zustimmung für die Durchführung der Forschung

Ich bin Studentin im 3. Jahr der Gesundheitslichen und Sozialen Fakultät in Budweis - Fach der Pflege (Krankenschwester).

Zurzeit arbeite ich an meiner Bachelorarbeit mit dem Thema Pflegedokumentation in ausgewählten Ländern.

Ich würde Sie um die Zustimmung für die Durchführung der Forschung in Ihrem Krankenhaus, Klinikum Passau, bitten.

Die Forschung beinhaltet die Analyse der Pflegedokumentation. Im zweiten Teil wird die Meinung der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen zur Dokumentation diskutiert und verglichen.

Gleichzeitig bitte ich Sie um die Erlaubnis der Benutzung Ihrer Pflegedokumentation als Anhang in der Bachelorarbeit. Selbstverständlich mit dem Beibehalten der Quelle Klinikum Passau. Gespräche mit den Gesundheits- und Krankenpflegern/innen bleiben in der Bachelorarbeit anonym.

Vielen Dank

Simona Vesela

Passau, den 28.08.2015

Pflegedirektor Peter Auer
Pflegedirektion
Klinikum Passau
Innstraße 76
94032 Passau
☎ 08 51/53 00-0

Simona Vesela



NT+ NEMOCNICE TÁBOR, a.s.

POVOLENÍ

Pro : Studentku Simonu Veselou – ZSF - Jihočeská Univerzita Č.B. 3. ročník
Bc. studia v oboru – všeobecná sestra

Předmět povolení : studijní práce – rozhovory se sestrami

Oddělení : interní a chirurgické

Doba povolení : od 14.3.2016 do 15.4.2016

Souhlasím s tím, aby formuláře ošetrovatelské dokumentace byly přílohou bakalářské práce slečny S.Veselé

V Táboře dne 7.3.2016



Mgr. Helena Plocková
hlavní sestra

Nemocnice Tábor, a.s.

kpt. Jaroše 2000
390 03 T á b o r

Příloha 20a: Formulář pro zjišťování kvality ošetrovatelské péče

QUALITÄTSKONTROLLE - PFLEGE

DATUM	STATION	UNTERSCHRIFT
PFLEGEDOKUMENTATION		PFLEGEVISITE <input type="checkbox"/> umfassend <input type="checkbox"/> ausschnitthaft
PFLEGEANAMNESE / ENTLASSUNGSMANAGEMENT		WOHLBEFINDEN, WAHRNEHMUNG
Sind die Stammdaten erfasst?	NOTE <input type="checkbox"/> ENTFALLT	NOTE
Ist der pflegerische Aufnahmezustand vollständig erfasst?	<input type="checkbox"/>	
Wurde das Erst - und Zweitscreening fristgerecht durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	
Ist eine frühzeitige Information und Einbindung der Netzwerkpartner über die weitere Versorgung (Verlegungsbericht, Transport, Wundversorgung) erfolgt?	<input type="checkbox"/>	
	TEILNOTE	
ERNÄHRUNG		ERNÄHRUNG
Ist der Ernährungszustand bei Anamnese erfasst (Screening auf Mangelernährung)?	NOTE <input type="checkbox"/> ENTFALLT	NOTE
Erfolgen gezielte Maßnahmen und werden diese dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	
Wird bei einem Risikopatienten die zu sich genommene Portionsgröße dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	
	TEILNOTE	
DEKUBITUSPROPHYLAXE / MOBILISATION		DEKUBITUSPROPHYLAXE / MOBILISATION
Ist das Dekubitusrisiko erfasst?	NOTE <input type="checkbox"/> ENTFALLT	NOTE
Wird bei einer Hautrötung der Fingertest regelmäßig durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	
Werden prophylaktische Maßnahmen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	
Wird die externe Dekubituserfassung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	
	TEILNOTE	
MEDIKAMENTENMANAGEMENT		MEDIKAMENTENMANAGEMENT
Ist die wöchentliche Übertragung der Medikamente korrekt durchgeführt?	NOTE <input type="checkbox"/> ENTFALLT	NOTE
Wird die Bedarfsmedikation mit Medikament, Verabreichungsform und Häufigkeit dokumentiert / aufgeführt?	<input type="checkbox"/>	
Liegt eine ärztliche Anordnung für die verabreichten Medikamente vor? (3 Stichproben pro Patient)	<input type="checkbox"/>	
Werden die Legenden „G K A“ abgezeichnet?	<input type="checkbox"/>	
	TEILNOTE	

Příloha 20b: Formulář pro zjišťování kvality ošetrovatelské péče

STURZPROPHYLAXE		NOTE	ENTFÄLLT		NOTE				
Ist das Sturzrisiko bei der Aufnahme erfasst?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	STURZ					
Wurde das Sturzereignisprotokoll geführt?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
Erfolgen Maßnahmen zur Reduktion des Sturzrisikos?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
Wurde auf den Sturz ausreichend reagiert?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
	TEILNOTE								
WUNDMANAGEMENT		NOTE	ENTFÄLLT		NOTE				
Ist eine ausreichende Wundbeschreibung inklusive Fotodokumentation bei Aufnahme erfolgt?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	WUNDMANAGEMENT					
Erfolgt eine adäquate Wundversorgung und Dokumentation gemäß Wundfibel, Wundkompendium (Wundexperte)?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
	TEILNOTE								
AUSSCHIEDUNG / INKONTINENZVERSORGUNG		NOTE	ENTFÄLLT		NOTE				
Ist das Problem „Ausscheidung“ erfasst?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	AUSSCHIEDUNG					
Erfolgen die entsprechenden Maßnahmen und sind diese dokumentiert? (DRG, Pflegeplanung, Überwachungsprotokoll)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
	TEILNOTE								
SCHMERZ		NOTE	ENTFÄLLT		NOTE				
Liegt eine Schmerzerfassung anhand der medizinisch-pflegerischen Empfehlungen vor?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	SCHMERZ					
Erfolgen die erforderlichen Maßnahmen und werden diese dokumentiert (W – Fragen)?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
	TEILNOTE								
PFLEGEDOKUMENTATION		NOTE	ENTFÄLLT		NOTE				
Erfolgt eine zeitnahe und wertneutrale Verlaufsdokumentation?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ATMUNG					
Werden alle aufgeführten Maßnahmen dokumentiert?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	HAUTPFLEGE / MUNDPFLEGE					
Werden die Standards und Leitlinien eingehalten?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
Sind die Ressourcen und Ziele erfasst und aktualisiert?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	HYGIENE					
Erfolgt eine tägliche und nachvollziehbare PPR – Einstufung?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
	TEILNOTE								
Wie ist der Patient mit der bisherigen pflegerischen Versorgung zufrieden?		gut		mittelmäßig		schlecht		entfällt	
Anmerkung:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

LEGENDE BEMERKUNG:

- 1: Die gezeigte Prüfungsleistung entspricht den Anforderungen im besonderen Maße, Sie liegt weit über dem Durchschnitt.
- 2: Die gezeigte Prüfungsleistung entspricht voll den Anforderungen, Sie liegt über dem Durchschnitt.
- 3: Die gezeigte Prüfungsleistung entspricht im Allgemeinen den Anforderungen, Sie liegt im Bereich des Durchschnitts.
- 4: Die gezeigte Prüfungsleistung weist zwar Mängel auf, entspricht aber im Großen und Ganzen den Anforderungen.
- 5: Die gezeigte Prüfungsleistung entspricht den Anforderungen nicht. Es ist aber erkennbar, dass die erforderlichen Grundkenntnisse vorhanden sind.
- 6: Die gezeigte Prüfungsleistung entspricht den Anforderungen nicht. Selbst die erforderlichen Grundkenntnisse sind lückenhaft.

Zdroj: Klinikum Passau

Příloha 21: Interní audit ošetrovatelské dokumentace

Hodnocení:

jednotlivé parametry: splněny zcela = 10 bodů, částečně = 5 bodů, nedostatečně = 0 bodů, údaj není validní pro konkrétního pacienta = N (přiděluje se automaticky 10 bodů)

Odd./stanice:

číslo chorobopisu:

pořadí	dotazy	body	poznámka
1.	Je přepočítáno skóre nutričního screeningu a v závislosti na jeho výsledku /4 a více/ je v dokumentaci Záznam nutričního terapeuta dle NT_SM_002 ?		
2.	Je kompletně vyplněna ošetrovatelská anamnéza?		
3.	Navazují ošetrovatelské diagnózy v Plánu ošetrovatelské péče na ošetrovatelskou anamnézu ?		
4.	Je správně vedena Realizace a Hodnocení ošetrovatelského plánu?		
5.	Má pacient, v případě bolesti, tuto bolest hodnocenou a monitorovanou dle SM_098?		
6.	Je dokumentace podání opiátů v souladu se zákonnými předpisy a SOP č.01 ?		
7.	Vznikne-li u pacienta potřeba edukace v lékařsko –ošetrovatelské péči má pacient založen a v případě propuštění/překlada ukončen edukační záznam?		
	CELKEM BODŮ		

Zpráva o interním auditu ošetrovatelské dokumentace

Plný počet bodů 70 Dosaženo.....b Audit proveden dne:.....

NESHODA /stručný popis/

.....

zástupce odd.přítomen kontrole:.....

Audit provedli (jmenovky, podpisy):.....

ŘEŠENÍ K NÁPRAVĚ

/vedoucí pracovník auditovaného pracoviště zapíše návrh na řešení k nápravě a termín realizace řešení/

.....

Datum podpis vedoucího auditora podpis vedoucího pracovníka

OVĚŘENÍ REALIZACE NAVRHOVANÉHO OPATŘENÍ K NÁPRAVĚ

/Interní auditor ověří, jak bylo navrhované řešení k nápravě splněno/

.....

.....

Datum

podpis vedoucího auditora

Zdroj: Nemocnice Tábor a.s.