

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav zdravotnického managementu

Magda Krechlerová

Administrativní zátěž lékařů

Diplomová práce

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

ANOTACE:

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Název práce: Administrativní zátěž lékařů

Název práce v AJ: Administrative charge of doctors

Datum zadání: 2009-01-05

Datum odevzdání: 2010-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav zdravotnického managementu

Autor práce: Krechlerová Magda

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Oponent práce: PhDr.Lubica Juríčková

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce se zabývá problematikou administrativní činnosti lékařů. Popisuje administrativní povinnosti lékařů. Výzkumná otázka zněla, kolik času z pracovní doby tráví lékař administrativou. Vlastní výzkum spočíval v pozorování vybraných lékařů Svitavské nemocnice a.s. v průběhu pracovní doby. Jednotlivé činnosti byly s časovým údajem zaznamenány do pozorovacích archů dle předem stanovených kategorií. Výsledkem je souhrn administrativní zátěže lékařů, její rozvržení v pracovní době, celkový čas strávený administrativou a návrh na její možné omezení.

Abstrakt v AJ:

The objective is to concern in administrative charge of doctors during their working hours. This work gives a summary of laws concerning medical records and administrative duties. Key question was: How long does a doctor spend by administrative tasks. The research is based on observation of the selected doctors from different wards and exact recording of their administrative work divided into specific categories. Time summary of administrative charge is a result, which shows the spread of administration on working time and a suggestion of its reduction,

Klíčová slova v ČJ:

povinnosti administrativní, dokumentace zdravotnická, legislativa , čas

Klíčová slova v AJ:

duties administrative , record medical, legislature, time

Rozsah: 125 s., 11 příl.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené informační zdroje.

V Olomouci 31.3.2010

Magda Krechlerová

Děkuji vedoucí této práce, Doc. PhDr. Kateřině Ivanové, Ph.D. , za odborné a podnětné vedení diplomové práce. Děkuji řediteli Svitavské nemocnice MUDr. Pavlu Havířovi za podporu a vstřícnost při realizaci výzkumu.

OBSAH:

Úvod	8
1. Role lékaře	10
1.1. Vývoj	10
1.2. Současnost	12
1.2.1. Tradiční role lékaře	12
1.2.2. Vliv společenských změn	14
1.3. Etické závazky a lékařský slib	17
1.3.1. Hippokratova přísaha	17
1.3.2. Ženevská úprava	18
1.3.3. Současný slib	19
1.3.4. Etický kodex ČLK	19
1.3.5. Práva pacientů	20
1.4. Nároky na výkon lékařského povolání	21
1.4.1. Osobnost lékaře	21
1.4.2. Odborné a právní požadavky	22
1.5. Náplň práce	24
1.6. Kompetence	25
2. Zdravotnická dokumentace a její legislativa	27
2.1. Zákon č. 20/1966 Sb.	28
2.1.1. ZD a její obsah	28
2.1.2. Požadavky na vedení ZD	28
2.1.3. Osoby oprávněné nahlížet do ZD	28
2.1.4. Práva pacienta ve vztahu ke ZD	29
2.1.5. Další záznamy vyžadující přímo ošetřujícího lékaře	30
2.2. Vyhláška č.358/2006 Sb.	31
2.2.1. Přílohy vyhlášky	32
3. Další povinná administrativa	34
3.1. Vystavení dokladu o dočasné pracovní neschopnosti (dále jen DPN)	34
3.2. List o prohlídce mrtvého	35
3.3. Registry	35
3.4. Povinná hlášení	37
3.5. Další oznamovací povinnosti	39

4. Praktická část	43
4.1. Cíl výzkumného šetření	43
4.2. Výběr metody	43
4.3. Pozorování	44
4.4. Realizace	45
4.4.1. Typy	45
4.4.2. Pozorovací arch.....	46
5. Výsledky	51
5.1. Interní oddělení	51
5.1.1. Popis typu	51
5.1.2. Výsledky	52
5.2. Chirurgické oddělení.....	55
5.2.1. Popis typu	55
5.2.2. Výsledky	56
5.3. ARO	60
5.3.1. Popis typu	60
5.3.2. Výsledky	61
5.4. Srovnání	63
6. Diskuse	68
Závěr	72
Seznam použité literatury:	74
Seznam tabulek:	79
Seznam grafů:	80
Seznam příloh:	81
Přílohy:	82

Úvod

Zkušenost s prací lékařky na urologickém oddělení nemocnice okresního typu, kde neustále trvá boj s časem a nedostatkem lékařského personálu, mně v rámci studia zdravotnického managementu vedla k myšlence analyzovat administrativní zátěž lékařů.

Patřím k lékařům mladším, ale už ne nezkušeným. Na lékařskou dráhu jsem vyrazila v roce 2004 po studiích na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Nastupovala jsem již v době zdánlivě dost vzdálené dobám silného paternalismu ve zdravotnictví, s vlastním přesvědčením o nutných změnách v přístupu k pacientům a tomu odpovídajícím rozhodláním a hlavní touhou- věnovat se medicíně a léčení nemocných.

Realita ovšem bývá neúprosná. Objem práce je více než únosný na běžnou pracovní dobu. V rámci menší nemocnice se většinou všichni lékaři oddělení podílí na všech činnostech, ať jsou to ambulance, lůžková část, operační a zákrokové sály, služby a pohotovosti.... V praxi najednou člověk zjistí, že značnou část pracovní doby tráví před monitorem počítače a nad hromadami všemožné dokumentace, které s postupem času rozhodně neubývá, spíš se objevují další a další formuláře. Stále je také řada starších lékařů, kteří se papíry nezatěžují, protože dosud to přece taky šlo...

Bohužel, v dnešní době to již bez administrativy nejde, to připouštím. Jen je otázkou, zda je veškerá administrativa skutečně nutná, zda všechny ty kolonky a řádky musí vyplnit lékař, místo toho, aby měl například chvíli na komunikaci s pacienty. Zde má významnou roli zaměstnavatel a jeho management, který by měl mít přehled o všech činnostech lékařů, vhodnou organizací administrativní práce lékaře nepřetěžovat a pomoci tak vytvořit prostor pro přímou a důvěrnou komunikaci s pacienty.

Proto je cílem této práce zodpovědět otázku.

Kolik času z pracovní doby věnuje lékař administrativě?

Teoretickým východiskem této diplomové práce je popis vývoje činností lékaře, jeho postavení ve společnosti a očekávané role, nároky na výkon lékařského povolání. Zkoumání toho, k čemu se lékař svým profesním slibem a v etických kodexech, souvisejících s výkonem svého povolání, zavazuje, je věnována 1. kapitola.

Poměrně obsáhlá a náročná je 2. kapitola, zaměřená na představení veškeré legislativy, která se dotýká zdravotnické dokumentace a s ní souvisejících povinností lékařů. Část předpisů je již zastaralá, některé jsou již řadu let provizorní. Otázkou tak zůstává, zda je v možnostech lékařů, aby se při svém povolání orientovali ještě v této oblasti, která je pro ně přitom závazná.

Navazující 3. kapitola je pokračováním výčtu a přehledu administrativy, spíše s významem pro statistiku a jiné účely, než pro vlastní péči o pacienta.

Další část je již zcela věnovaná vlastnímu výzkumu, ve 4. kapitole je popsána metoda pozorování a její realizace, 5. kapitola je souhrnem a analýzou zjištěných výsledků. Diskuse je zaměřena především na zodpovězení podotázky, zda je možné některé administrativní povinnosti převést na jiné pracovníky. Přináší možné i méně reálné návrhy případných způsobů řešení.

Závěr se kromě vyhodnocení a shrnutí celé problematiky zabývá také rezervami na straně lékařů a problematikou správného využití pracovní doby. Naráží také na skutečnost, že tato oblast je po stránce výzkumů v podstatě nedotčená a nabízí se zde řada příležitostí. Podrobnou analýzu pracovních činností může využít management zdravotnických zařízení ke zlepšení organizace práce a optimalizaci personálního obsazení na jednotlivých odděleních.

1. Role lékaře

1.1. Vývoj

První zmínky o lékařích a postupech proti nemocem lze nalézt již v nejstarších dochovaných textech z doby 3000 let před naším letopočtem. Jednou z nejdůležitějších kolébek lékařství byl Egypt, kde již v dobách 2000 let př.n.l. existovalo vzdělávání v tzv. domech života.¹ Dle jednotlivých oblastí, dob a kultur se měnil status a role lékaře. Lékaři se dočkali velkého uznání a vysokého postavení například ve starém Egyptě, v oblasti Izraele zase byli jen posluhovači kněží. Hlavní pokroky, které se staly základem pro další vývoj lékařství v novověku, učinila medicína starověkého Řecka, která vycházela z přírodních zákonitostí, biologických procesů a fyziologie. Tato medicína se také postupně zbavovala náboženského pojetí a zaměřila se na lidské tělo. Zejména díky období Hippokrata (kolem roku 400 př.n.l.) se trvale prosadily poznatky řecké medicíny i přes jejich přechodnou devaluaci Římany, kteří lékařskou péčí pověřili otroky.

Hippokrates je i v dnešní době uznáván jako zakladatel evropské medicíny, který prosadil vnímání vztahu člověka a přírody, prosazoval znalost přírodních zákonitostí a stavěl na základech získaných z pozorování projevů nemocí. Léčba spočívala v znovunalezení přírodní harmonie.

Ač existuje řada „lékařských“ textů již od dob hliněných tabulek a klínového písma, šlo vždy o záznamy léčebných postupů, receptů, popisy chorobných stavů nebo kodexy stanovující povinnosti lékařů (viz kapitola 2.1.). I v této oblasti byl významnou postavou Hippokrates, který se autorsky podílel na souboru spisů Corpus Hippocraticum, jehož hlavním motivem je vztah přírody a člověka a předání získaných poznatků, nejznámější je však část s Hippokratovou přísahou (viz kapitola 2.1.). Veškeré tyto záznamy z dob před naším letopočtem sloužily především k vlastnímu lékařskému výkonu a předávání a shromažďování zkušeností a odborných poznatků. Záznamy byly zaměřeny na chorobný stav, nikoli na osobu pacienta, návaznost lékařské péče neexistovala. Medicína byla výjimečným povoláním, kde kromě

¹ SCHOTT, H., aj., *Kronika medicíny*, s.22.

odborných znalostí hrály velmi významnou roli také vzhled, chování a vystupování lékaře.²

Chorobopis se objevuje již s jednou z prvních nemocnic- veletudariem pro římské legionáře kolem roku 14, avšak tady splňoval zejména svůj původní význam- popis choroby. Hlavním cílem tedy byl chorobný stav, ne pacient. I přesto jej lze považovat za jakýsi počátek zdravotnické dokumentace, jejíž historie však není nijak podrobně zmapována.

Medicínu pak pasoval na královnu věd Isidor ze Sevilly v 7. století n.l., kdy definoval dvě základní oblasti medicíny- profylaxi a terapii a tři hlavní úkoly lékaře³:

- rozeznání původu nemoci- anamnézu
- poznání současného stavu – diagnózu
- stanovení dalšího vývoje – prognózu

Dalším pilířem rozvoje medicíny byl Avicenna (kolem roku 1030 n.l.), který vycházel z Hippokrata a prosadil vědecký přístup. Jeho dílo Kánon medicíny se stalo základním studijním textem na prvních univerzitách, které začaly vznikat v Evropě 12. století.

Jak v období Hippokrata, tak i Avicenny byli lékaři uznávaní, jejich vztah k nemocným býval důvěrný, předpokladem byl především kladný vztah k výkonu profese jako takovému než k očekávání odměny. Odbornost a filantropický přístup bývaly vnímány jako samozřejmá a nedílná součást jeho činnosti.⁴

Následné období středověku s sebou přineslo útlum vědeckých objevů a postupů, výkon lékařské profese byl podřízen náboženským postupům a tvrzením. Navíc většinu „lékařských“ výkonů prováděli osoby bez odborného vzdělání, jako například mniši, kořenářky, ranhojiči⁵....

Další obrat nastal až s nástupem renesance, kdy se do popředí dostala opět věda a empirie. Lékaři byli velebeni především pro svou „vševědoucnost“. Zde se však do lékařových závěrů dostávala jistá nadřazenost a direktiva v terapeutických postupech. Rozvinula se také konzilia, kdy jednotliví lékaři žádali konzultace a rady

² SCHOTT, H., aj., *Kronika medicíny*, s. 34.

³ SCHOTT, H., aj., *Kronika medicíny*, s. 70.

⁴ KRÍŽOVÁ, E., *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*, s. 14.

⁵ KRÍŽOVÁ, E., *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*, s. 15.

ohledně postupů u konkrétních pacientů od předních odborníků.⁶ Toto by bylo možné považovat za určitý počátek komplexnější péče o nemocného a individuálního přístupu k němu. Při těchto konziliích také vznikala zdravotnická dokumentace ošetřovaných, kdy ošetřující lékař musel pro konziliáře sepsat veškeré poznatky o nemocném, na jejichž základě pak konziliář rozhodoval a činil své závěry.

Rozvoj vědeckých poznatků a dalších teorií v dobách 16. století však měl svůj důsledek v odcizení medicíny od chápání obyčejného lidu, řeč lékařů se stala nesrozumitelnou, řada teorií neměla ověřený základ, některé postupy byly fatální a lékaři byli proto zesměšněni⁷.

K nápravě došlo až s osvícenstvím v 18. století, kdy přírodní vědy doznaly zásadního rozvoje, začaly se vyčleňovat jednotlivé specializace, prosazovalo se veřejné zdravotnictví. Postavení lékařů však bylo značně rozdílné, podle společnosti a okruhu ošetřovaných. Lékaři bohatších vrstev byli velmi dobře placeni a často také na společenském výsluní, avšak nezřídka za cenu plné podřízenosti společenským způsobům mocných. Naopak lékaři chudých patřili sami ke skupině živořící v bídě, byť jejich umění bylo uznáváno.⁸ Od tohoto období také dominuje požadavek na maximální nasazení a morální sílu lékaře, jeho altruismus. Samozřejmostí se stává očekávání, že lékař upřednostní své „poslání“ před vlastním prospěchem.⁹

Ve všech zmíněných obdobích je jednoznačným požadavkem a úkolem lékaře poskytování léčebné péče a rozvíjení znalostí a dovedností. Lékaři ve vztahu k nemocným také nastavili a přijali rodičovskou roli- se všemi jejími důsledky¹⁰. Vedení dokumentace sloužilo hlavně pro potřeby dalšího vzdělávání a šíření poznatků, nejednalo se o povinnost ani samozřejmost.

1.2. Současnost

1.2.1. Tradiční role lékaře

Po období moderny, kdy se lékaři stali v podstatě jedinými poskytovateli zdravotní péče, byla prosazena institucionalizace zdravotnictví, došlo k zásadním objevům, díky nimž se výrazně zvýšila úspěšnost léčebných postupů, prestiž lékařského stavu ještě

⁶ SCHOTT, H., aj., *Kronika medicíny*, s. 124.

⁷ KRÍŽOVÁ, E., *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*, s. 16

⁸ SCHOTT, H., aj., *Kronika medicíny*, s. 238.

⁹ KRÍŽOVÁ, E., *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*, s. 17.

¹⁰ TATE, P., *Příručka komunikace pro lékaře- jak získat důvěru pacienta*, s.15.

výrazněji stoupla. Lékaři byli zařazeni do společenské elity, s podporou nových technologií se stali hrdiny doby a společnosti.¹¹ Lékaři se profesionalizovali. Profese je definována jako druh pracovní činnosti a „...ze sociologického hlediska...profese disponuje velkou mírou legitimizované, organizované autonomie a seberegulace a existuje ostrá a často nepřekročitelná hranice mezi příslušníky profese a mimo stojícími.“¹² Dle Křížové je výsostné postavení odůvodněno těmito tvrzeními:

- úroveň znalostí a dovedností je tak specializovaná, že jí neprofesionálové nemohou rozumět

- profesionálové nesou odpovědnost – může se jim důvěřovat, ne je kontrolovat

- profese si vyvíjí vlastní kontrolní mechanismy.

S tímto postavením profese jde také ruku v ruce moc a možnost jejím prostřednictvím ovlivňovat životy jiných. Zařazením do určité profesní skupiny často roste prestiž jednotlivce, na druhé straně i s ní související očekávaný morální kredit.

Výkon lékařské profese obsahuje dvě základní složky- samotný odborný výkon a vystupování a chování lékaře jako osoby. Odbornosti lze dosáhnout studiem a tréninkem, ovšem vlastnosti jednotlivce jsou velmi těžko, pokud vůbec, ovlivnitelné. Přístup lékaře k pacientovi a celému jeho povolání je ovlivněn nejen jeho osobností, ale také prostředím pracoviště a mezilidskými vztahy na něm. Po většinu 20. století byla budována prestižní pozice lékařského stavu, ovšem s jedním velkým opomenutím, a to neméně důležité části systému zdravotnictví- pacienti. V popředí stála seberealizace a vlastní výkon a tradičně zakotvený paternalistický přístup. V 50. letech Parsons definoval 4 základní role lékaře¹³ :

1. univerzalizmus- poskytování odborné péče každému, kdo ji potřebuje, bez ohledu na jeho národnost, rasu, náboženské vyznání.....atd, tedy zákaz jakékoli diskriminace

2. afektivní (emocionální) neutralita- potlačení vlastních emocí- jak pozitivních, tak negativních, nejde však o bezcitnost, ale o intuitivní porozumění bez plného rozvinutí vlastních emocí¹⁴

3. funkční specifičnost- zaměření na oblasti a výkony, pro jejichž provedení je lékař specializován a kompetentní, má klíčové postavení v roli lékaře.

¹¹ KŘÍŽOVÁ, E., *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*, s. 20.

¹² KŘÍŽOVÁ, E., *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*, s. 21.

¹³ BÁRTLOVÁ, S., *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, s. 108.

¹⁴ IVANOVÁ, K., *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*, s.182.

4. kolektivní orientace- altruismus, na předním místě jsou potřeby nemocného, veškeré potřeby lékaře (ať již ekonomické, nebo i osobní) jsou v pozadí.

Tyto role zůstávají i přes mírné výhrady stále platné. Nejvíce se lékaři ohrazují proti tolik zdůrazňovanému altruismu s potlačením vlastních potřeb, díky němuž jsou obecně všichni pracovníci ve zdravotnictví snáze vydíratelní na rozdíl od nepomáhajících profesí.

Stále platné jsou i tři hlavní a tradiční úkoly lékaře, jak je definoval Isidor ze Sevilly – stanovení anamnézy, diagnózy a prognózy (viz výše). Bohužel zejména ve druhé polovině 20. století byla medicína u nás omezena právě a jen na tyto úkoly, pacient byl pasivním příjemcem lékařské péče bez možnosti vlastního zásahu a projevu své vůle. Lékaři byli onou společenskou a odbornou elitou. Zdravotnická dokumentace nebyla pacientům přístupná, její obsah zůstával utajen a forma vedení dokumentace nebyla detailněji upravena, existovala však již povinná hlášení. Způsob záznamů nebyl nijak zásadně kontrolován a převažoval pocit neomylnosti s absolutní orientací na nemoc, nikoli na nemocného. Lékařská pochybení nebyla medializována a poškození pacienti neměli dovolání.

1.2.2. Vliv společenských změn

Zásadní proměnu role lékaře přinesly až společenské změny konce 20. století, které byly nejvíce patrné v zemích východní Evropy v souvislosti se změnou politického prostředí. S pádem totalitního režimu došlo k prosazování práv a svobod občanů. Počátkem 90. let následovalo přijetí zásadních zákonných úprav, jako je Ústava České republiky, Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně a následovala také řada etických ustanovení jako Etický kodex ČLK, byla definována práva pacientů. Ve velmi krátké době tak vznikl silný tlak na změnu přístupu lékařů, který se pozvolna vyvíjel a udržoval řadu desetiletí. Lékaři jsou náhle konfrontováni s nově prosazovanou autonomií pacientů, je požadován partnerský přístup, přání a vůle pacienta je nadřazena lékaři, do systému jsou nově začleněny zdravotní pojišťovny. Zde dochází k prudkému nárůstu administrativy a dalších požadavků na výkon lékaře. Byla přijata legislativa upravující povinnost a náležitosti vedení zdravotnické dokumentace (viz kapitola 2), pacient má nárok na veškeré

zdravotnické záznamy vedené o jeho osobě. Objevují se první případy sporů o správnosti lékařského postupu, žádosti o odškodnění a sami lékaři si uvědomují, že pečlivě vedená zdravotnická dokumentace je jejich jedinou možnou obhajobou, v opačném případě zásadní žalobou. Mimo jiné jsou lékaři nuceni vnímat a řešit i ekonomickou stránku poskytované péče. Dochází ke konfliktu- lékaři byli zvyklí a studiem připraveni na poskytování zdravotní péče, k odbornému výkonu. Nebyli připravováni na administrativní povinnosti, sledování legislativy a řešení ekonomických tlaků.

Mezi pěti nejčastějšími obavami studentů medicíny před nástupem do zaměstnání se objevuje jediná kategorie odbornosti- strach z odborného selhání, jinak ji doplňují obavy ze zvládnutí pracovního stresu, nedostatku praktických dovedností, pracovně právních vztahů a komunikace s pacienty¹⁵. Tedy oblasti, na které se studium nezaměřuje, ale se kterými se po nástupu do zaměstnání setkají jako s prvními. V praxi se pak objevuje rozčarování a nespokojenost, zdravotnictví (i jeho školství) jako celek nedokáže dostatečně rychle a pružně reagovat na nastalé změny, již dvacet let je zdůrazňovaná nutnost reformy zdravotnictví, která je však stále z různých důvodů v nedohlednu. Dle průzkumu Křížové¹⁶ je největším zdrojem nespokojenosti lékařů nedostatečné finanční ohodnocení následované rostoucí byrokratizací, ekonomickými tlaky, dále přepracovaností, chováním pacientů a nedostatkem kolegiality. 71% lékařů také přiznává rostoucí nároky nemocných na informovanost.¹⁷ Změny své profesní role vnímají i lékaři v ostatních státech Evropy. Dle šetření v Německu až 90% lékařů pocítilo značnou změnu role lékaře, 84% z nich vnímá změnu postoje pacientů a celých 90% si myslí, že změny jsou způsobeny především nárůstem administrativy a ekonomických požadavků.¹⁸

Při zachování finančního ohodnocení, objemu zdravotní péče a pracovní doby výrazně vzrostl počet požadavků na výkon lékaře. Stále se předpokládá, že hlavní pracovní náplní lékaře je péče o pacienty, avšak nové požadavky z času věnovaného pacientovi značně ubírají. Dochází tedy k paradoxní situaci, kdy větší autonomie pacienta a prosazování jeho vůle vede k rozsáhlejší dokumentaci, lékař v rámci jakéhosi preventivního vytváření si obrany a důkazů raději zaznamenává veškerou

¹⁵KRÁLOVÁ, J., aj., *Preventivní strategie v přípravě lékařů*, Zdravotnictví v ČR III, 2009, s. 102-106

¹⁶KŘÍŽOVÁ, E., *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*, s. 95-102.

¹⁷KŘÍŽOVÁ, E., *České zdravotnictví, vize a skutečnost. Složitá peripetie od plánů k realizaci.*

Současné proměny lékařské role a vědění jako nástroj moci v demokratizující se společnosti, s. 161.

¹⁸Průzkum: změna role lékařů, Zdravotnické noviny, 2007, č. 15, s. 8.

komunikaci a výkony, na legislativním podkladě je povinen zakládat řadu formulářů a zpráv, vykazovat vlastní činnost zdravotním pojišťovně. Extrémem je tvrzení, které má však reálný podklad, že důležitější je výkon zaznamenat do dokumentace, než jej doopravdy provést. Otázkou naprosto zásadní pro tuto práci tedy je, kolik času lékař věnuje plnění administrativních povinností a kolik času mu zbývá na vlastní péči o pacienta, při současném požadavku na srozumitelnou a důkladnou komunikaci s nemocným a jeho rodinou. Nehledě na to, že dostatečná a jasná komunikace s pacientem může předejít řadě nedorozumění, urychlit diagnostiku, zlepšuje compliance a v neposlední řadě zásadně ovlivňuje spokojenost pacienta s poskytnutou péčí. S vědomím všech administrativních povinností a v časové tísní často lékař směřuje komunikaci dle svého zájmu, nikoli dle představ pacienta.¹⁹ Většina pacientů je však také nespokojena se způsobem komunikace, dle souhrnu několika studií jde až o 53% hospitalizovaných pacientů.²⁰

Doba a současná společnost vyžaduje lékaře jako vzdělaného, lidského odborníka, průvodce a partnera. Je potřeba však nalézt novou rovnováhu mezi představami pacientů a lékařů. Zcela pochopitelně pacient očekává přístup k informacím, které kromě od lékaře získává z řady dnes snadno dostupných, leč někdy pochybných zdrojů, stejně tak čeká maximálně citlivý a vstřícný přístup lékaře. Nevhodnou medializací a nedostatečným veřejným povědomím se také vytváří mylná představa neomezené dostupnosti a čerpání zdravotní péče. Pacienti toho rádi využívají, návštěvnost lékařů při srovnatelném zdravotním stavu populace patří k nevyšším ve světě, ročně u nás připadá 1325 vyšetření na 100 obyvatel²¹. Na druhou stranu i u pacientů přetrvávají zažitá stereotypy a řadě z nich vyhovuje paternalistický přístup, neboť přístup partnerský s sebou přináší i vlastní zodpovědnost.

Další stranu problému tvoří zdravotnictví jako celek. Chybí politická vůle k tolik potřebné reformě, řada zákonů je považována za provizorní s odvoláním na výhled kompletního nového zákona o zdravotnictví, o kterém se ale pouze mluví a to téměř 20 let. Problematika v poslední době opakovaně měněného systému postgraduálního vzdělávání lékařů se mimo finanční situace také podílí na stále častějších odchodech především mladých lékařů do zahraničí.

¹⁹ TATE, P., *Příručka komunikace pro lékaře- jak získat důvěru pacienta*, s. 16.

²⁰ HONZÁK, R., *Komunikační pasti v medicíně*, s. 11.

²¹ <http://www.uzis.cz/cz/dps/data/frame.html?T0=2100+&T1=REG+CZE+&T2=ROK+r2008+>

Role lékaře se mění, prakticky však velmi zvolna. Lékaři si jsou této skutečnosti vědomi a nepopírají ji, ovšem ne všichni jsou ochotni ji přijmout. Řada spíše starších lékařů doufá, že už vydrží tak, jak byli zvyklí, mladí jsou však bohužel přes počáteční snahu často „semleti“ zavedenými pořádky na jednotlivých pracovištích, částečně k tomu nejsou ani vedeni během studií, fakulty jen velmi pomalu zavádějí nemedicínské předměty, které by se věnovaly komunikaci, legislativě, sociologii nebo psychohygieně. Ekonomické a administrativní tlaky odklánějí lékaře od jejich původních očekávání a vedou k prohlubující se frustraci.²² K zavedeným povinnostem přibývají další- zejména administrativa, stoupají nároky na transparentnost a kontrolovatelnost laiky, komunikaci s pacienty i širší rodinou, ovšem vše bez nových odměn.²³

1.3. Etické závazky a lékařský slib

Tradiční představy lékařů spočívají především ve výkonu vážené profese, v zajištění určité životní a společenské úrovně, v odborném zájmu a osobním růstu a zejména v pomoci nemocným.²⁴ Medicína je stále spojena s velkými mravními nároky a povinnostmi etického rázu. Tyto požadavky vznikaly souběžně s vývojem medicíny, která zejména od dob starověkého Řecka byla vnímána jako poslání. Objevily se první kodexy a závazné předpisy pro vystupování a chování lékaře, jejichž podstata zůstala zachována dodnes. Všem slibům a kodexům dominuje vlastní výkon lékařské profese, konání ve prospěch nemocných, bez jakýchkoli zmínek o administrativních nebo ekonomických povinnostech (kromě Etického kodexu ČLK- viz níže). V době masivního rozvoje moderních technologií a informatiky, ve světě, kde se tlačí do popředí nekompromisní politika a ekonomika, je velmi žádoucí, aby tyto mravní principy byly i nadále zdůrazňovány.

1.3.1. Hippokratova přísaha

Základním a nejznámějším etickým kodexem s určitou nadčasovostí je Hippokratova přísaha (viz příloha č.1). Doba jejího vzniku se odhaduje na konec 4. století př.n.l.,

²² IVANOVÁ, K., *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*, s.170.

²³ KRÁLOVÁ, J., aj., *Preventivní strategie v přípravě lékařů*, *Zdravotnictví v ČR III*, 2009, s. 102-106

²⁴ IVANOVÁ, K., *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*, s.170

Hippokratovo autorství je však již zpochybněno, pravděpodobněji autory jsou stoupcem Pythagora.²⁵ Mezi laickou veřejností stále ještě převládá názor, že lékaři skládají právě tuto přísahu. Základ je nicméně východiskem i pro modernější úpravy etických kodexů, stejně tak z ní historicky vycházela i etická díla křesťanská a islámská. V přísaze se setkávají tři oddělené smlouvy- smlouva s bohy, smlouva mezi lékařem a ostatními členy tohoto povolání a smlouva mezi lékařem a jeho nemocným.²⁶ Pro současnou dobu jsou však již těžko uplatnitelné pasáže o finanční pomoci svému učiteli, zákaz použití nože by vyloučil celou chirurgii a invazivní výkony, kritizován je i velký důraz na paternalismus.

Část zaměřená na léčbu postihuje oblast dietetickou, farmakologickou a chirurgickou (popření), část zaměřená na vystupování lékaře obsahuje požadavek na blaho nemocného, etický přístup k léčení a mlčenlivost.

Z Hippokratovy přísahy vychází i přísaha Asafova (6. stol.n.l.), kterou byla ukončena Kniha lékaře Asafa, víra v pohanské bohy však byla nahrazena vírou v jednoho Boha. Z této zase vycházela Modlitba Maimonidova vydaná jako Denní modlitba lékaře před návštěvou nemocného- z hebrejského rukopisu proslulého lékaře v Egyptě z 12. století.²⁷

1.3.2. Ženevská úprava

Světová lékařská asociace v roce 1948 na svém 2. zasedání přijala Ženevskou deklaraci (viz příloha č.2). Slib lékařů k zastávání humanitních cílů medicíny a jako moderní úpravu Hippokratovy přísahy, která již neodpovídala požadavkům doby. V letech 1968 a 1983 byly do deklarace včleněny dodatky, které doplnily zachování důvěrnosti i po smrti pacienta a zachování nejvyšší úcty k lidskému životu od okamžiku koncepce. Ovšem nad bodem počátku lidského života se stále vedou nekončící diskuse. Kromě tradičních závazků jako je mlčenlivost, svědomitost, blaho pacienta, kolegiální úcta se objevuje požadavek potlačení diskriminace.

²⁵ MUNZAROVÁ, M., *Vybrané kapitoly z lékařské etiky III, Kodexy lékařské etiky a jiná etická doporučení*, s. 7.

²⁶ MUNZAROVÁ, M., *Vybrané kapitoly z lékařské etiky III, Kodexy lékařské etiky a jiná etická doporučení*, s. 9.

²⁷ MUNZAROVÁ, M., *Vybrané kapitoly z lékařské etiky III, Kodexy lékařské etiky a jiná etická doporučení*, s. 10.

Světová lékařská asociace také v roce 1986 vydala Deklaraci o nezávislosti a profesionální svobodě lékaře, ve které prosazuje pacientovo právo na jistotu, že jeho ošetřující lékař je „...svoboden v činění klinických a etických rozhodování bez jakéhokoli zasahování zvenčí“.²⁸ V této deklaraci je dokonce jednoznačně zmíněna přednost zastoupení zájmů pacienta před cenou léčby

1.3.3. Současný slib

Každý lékař osobně při promoci skládá doktorský slib, rozdíly v jeho znění mezi jednotlivými lékařskými fakultami jsou minimální, spíše jen v uspořádání, než v obsahu (viz příloha č.3). Z původních historických přísah zůstala zachována pouze úcta k učiteli (lékařské fakultě dané univerzity), konání ve prospěch zdravých a nemocných, mlčenlivost, řádné vykonávání povinností. Přesto jsou sliby na lékařských fakultách tradičně nejobsáhlejší, ostatní fakulty se omezují pouze na věrnost fakultě a šíření vědy ku prospěchu společnosti. Slib nových lékařů ve srovnání s etickými deklaracemi a historickými přísahami obsahuje naprosté minimum závazků, navíc vše, kromě věrnosti fakultě je dáno také platnou legislativou – mlčenlivost, řádné vykonávání povolání ve prospěch nemocného... Nicméně akt slavnostní promoce vyvolává pocit hrdosti a sounáležitosti lékařského stavu založených na hippokratovské tradici. Přesto by nebylo na škodu si tyto etické zásady opakovaně připomínat v celém průběhu vykonávání lékařské praxe.

1.3.4. Etický kodex ČLK

Všichni lékaři mají zákonnou povinnost být členy České lékařské (nebo stomatologické) komory. Ta vydala od roku 1996 platný stavovský předpis č.10 – Etický kodex ČLK (viz příloha č.4). Jde o souhrn jak legislativních, tak etických doporučení a postupů, shrnutých do paragrafů- obecné zásady, lékař a výkon povolání, lékař a nemocný, vztah mezi lékaři, lékař a nelékař. Jde o jediný předpis, kromě zákona, kde je uvedena povinnost lékaře vést dokumentaci a vyhotovovat zprávy z vyšetření „... při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující

²⁸ MUNZAROVÁ, M., *Vybrané kapitoly z lékařské etiky III, Kodexy lékařské etiky a jiná etická doporučení*, s. 17-18.

změnu, zničení nebo zneužití.“²⁹ a „...závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou...“³⁰.

Za zmínku stojí srovnání s Etickým kodexem České stomatologické komory, který obsahuje pouze 10 obecně stanovených bodů.

1.3.5. Práva pacientů

Problematika práv pacientů je na rozdíl od lékařských kodexů velmi mladá, přesto velmi zasahuje do činnosti a povinností lékaře. Základem byla Listina práv nemocničních pacientů v USA vydaná Americkým svazem nemocnic v roce 1973, kde se poprvé objevil jednoznačný požadavek na partnerské jednání lékaře s nemocným a právo na informace o diagnóze, způsobu léčby, prognóze a veškerých plánovaných vyšetřeních a zákrocích.³¹ V roce 1981 následovala v Evropě Lisabonská deklarace o právech pacientů, která pojednává o patientských právech obecněji, byla poté v roce 1995 revidována a značně rozšířena. Základem je fakt, že práva pacientů rozšiřují povinnosti lékaře o vnímání nového aspektu ve vztahu k nemocným.³² Základní práva obsahovala právo na svobodnou volbu lékaře, právo na informace, na respektování důvěrného charakteru sdělených údajů, na důstojnou smrt...

V současnosti jsou v České republice stanovena Práva pacientů platná od roku 1992, kdy byla vyhlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR. (viz příloha č. 5). Vzhledem k poměrně dávnému datu vydání, v těchto právech nenalezneme právo na nahlížení do dokumentace či pořizování jejích kopií. Z takto uvedených práv nevyplývají lékaři žádné nadbytečné administrativní úkony. Od té doby však vstoupily v platnost novelizace Zákona o péči o zdraví lidu a Vyhláška o zdravotnické dokumentaci, kde jsou práva pacientů také upravena včetně práva na zdravotnickou dokumentaci.

²⁹ ČLK, Stavovský předpis č.10 - *Etický kodex ČLK*, §2, odst.11.

³⁰ ČLK, Stavovský předpis č.10 - *Etický kodex ČLK*, §4, odst.4.

³¹ SCHOTT, H., aj., *Kronika medicíny*, s. 625.

³² M MUNZAROVÁ, M., *Vybrané kapitoly z lékařské etiky III, Kodexy lékařské etiky a jiná etická doporučení*, s. 28-29.

1.4. Nároky na výkon lékařského povolání

Lékaři se drží již několik let na 1. místě žebříčku prestiže povolání podle vnímání veřejnosti.³³ Jde tedy o profesi obecně kladně vnímanou a velmi ceněnou. Souvisí to především s faktem, že zdraví bývá uznáno jako nejvýznamnější hodnota lidského života a s lékařskou péčí se během svého života setká snad každý člověk. Toto povolání však také patří mezi nejnáročnější a velmi úzce specializované. Lékař musí splňovat nejen přísně odborné, ale i určité lidské předpoklady.

1.4.1. Osobnost lékaře

Bylo by jistě zcela mylné domnívat se, že vlastnosti lékařů se nějak zásadně liší od ostatní populace. Tak jako potkáváme ve svém životě lidi příjemné, ochotné a nám milé, setkáváme se i s jedinci nerudnými a negativistickými. Stejně tak je to i s lékaři. Některé povahové rysy však jsou lékařům přece jen výrazněji společné. Především je to vyšší míra empatie, touhy pomáhat a být prospěšný, na druhé straně ale i tendence rozhodovat a konat s velkou mírou odpovědnosti, ve které se mohou skrýt i prvky touhy po pocitu určité moci. Kdo chce v lékařském prostředí obstát, musí především absolvovat poměrně náročná studia, která ale mohou být i prvním testem psychické odolnosti a rozhodnosti dosáhnout svého cíle. Každopádně je lékař i charakterem své profese nucen k soustavnému vzdělávání, osobnímu rozvíjení a neustálé pozornosti. K těmto požadavkům se přidává také velká míra stresu, převážně u chirurgických oborů i fyzická námaha a u všech psychické zatížení s hrozbou syndromu vyhoření.

Lékařské povolání často také zasahuje i do rodinného života jeho vykonavatele. Ať jde o přesčasy, pohotovostní služby nebo především u žen dilema kariéra versus rodina a mateřství. To vše jsou však nároky, které k tomuto povolání patří a všichni uchazeči by je měli pečlivě zvážit a konečné rozhodnutí, zda jsou schopni tomu všemu vyhovět, je zcela v jejich možnostech. Atributy práce lékaře, že se jedná o činnost vysoce odpovědnou, vysoce kvalifikovanou a vysoce stresující s vlivem na kvalitu života lékaře, potvrdilo i šetření mezi studenty medicíny, zaměřené na jejich představy o obsahu role lékaře a jejich obavy před nástupem do zaměstnání.³⁴

³³ TAUBERY, P., *Prestiž povolání*, CVVM, http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100819s_eu80829.pdf

³⁴ KRÁLOVÁ, J., aj., *Preventivní strategie v přípravě lékařů*, Zdravotnictví v ČR III, 2009, s. 102-106

Další mimoosobnostní nároky výkonu lékařské profese již stanovují závazné právní normy.

1.4.2. Odborné a právní požadavky

Legislativně byly nároky na povolání lékaře stejně jako ostatních zdravotnických pracovníků upraveny zákonem č. 20/1966 Sb. v hlavě IV – Pracovníci ve zdravotnictví. Oddíl 1 zahrnoval paragrafy „Způsobilost, poslání“ a „Podmínky pro výkon zdravotnického povolání“. Tyto paragrafy byly zrušeny a obsahově a pojmově podobná část se již v tomto zákoně nenachází. K samotnému výkonu zdravotnického povolání se vyjadřuje pouze §55 Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví, kde je řešena hlavně problematika mlčenlivosti. Dále je zmíněna povinnost „vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti.“ Součástí tohoto paragrafu je povinnost poskytování první pomoci, plnění mimořádných zdravotnických úkolů a povinnost dalšího vzdělávání. Nejpodstatnější částí je ale zmínka, že zásady výkonu zdravotnického povolání určuje ministerstvo zdravotnictví se spolupráci s profesními organizacemi.

V současnosti jde o odkaz na zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Tento řeší především otázku kritérií, která podmiňují výkon lékařského povolání. Uchazeč o povolání lékaře musí mít především odbornou způsobilost, tzn. dokončené magisterské studium v oboru všeobecné lékařství a následně projít specializačním vzděláváním ke získání specializační způsobilosti pro zvolený konkrétní lékařský obor. Další podmínkou je zdravotní způsobilost a bezúhonnost. Tento zákon v době vydání způsobil značné pozdvižení, protože došlo k výrazné změně zavedeného dvoustupňového systému atestací a především byl extrémně rozsáhlý seznam vzdělávacích programů pro 83 odborností. Reakce na sebe nenechala dlouho čekat a velmi záhy se potvrdil fakt, že tento systém nejen že nemá v Evropě obdoby, ale hlavně je v praxi velmi špatně realizovatelný, o řadu odborností nebyli žádní zájemci.

Následovala novelizace, zákon č. 189/2008 Sb. a vyhláška č. 185/2009 Sb. , která opět zásadně změnila systém specializačního vzdělávání, seznam odborností byl zredukován na 40 a systém se opět přiblížil již dříve zavedenému dvoustupňovému

získávání atestací. Hlavním argumentem je nyní sladění vzdělávacích programů se systémy v zemích Evropské unie. Bohužel pro české zdravotnictví, tyto změny a především jejich rychlost zavedení do praxe vnášejí značný zmatek především mezi lékaře ve specializační přípravě, navíc je momentálně přechodné období, kdy současně běží dvě různé formy postgraduálního vzdělávání lékařů.

Dle zákona č. 189/2008 Sb. lékař s odbornou způsobilostí (odbornou způsobilostí se rozumí úspěšné ukončení studia v akreditovaném magisterském studijním programu všeobecné lékařství na lékařské fakultě) je „oprávněn k provádění vymezených činností pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí. Bez odborného dohledu může lékař s odbornou způsobilostí vykonávat činnosti stanovené prováděcím právním předpisem na základě certifikátu o absolvování základního kmene příslušného specializačního oboru, který vydalo ministerstvo, popřípadě pověřená organizace. Výkon těchto činností však není považován za samostatný výkon povolání.

Specializovanou způsobilost získává lékař absolvováním a úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou a vydáním diplomu o specializaci ministerstvem. Získání specializované způsobilosti je podmínkou pro samostatný výkon povolání lékaře. Získání specializované způsobilosti doložené diplomem, případně osvědčením či rozhodnutím MZ je podmínkou pro samostatný výkon povolání lékaře ve vedoucí funkci nebo jako osoby samostatně výdělečně činné nebo jako odborného zástupce zdravotnického zařízení podle jiného právního předpisu o nestátních zdravotnických zařízeních.“

Ve výše zmíněných zákonech však nejsou uvedeny jiné než čistě odborné nároky na výkon práce lékařů, ty ostatní lze nalézt až v rámci obsahu jednotlivých vzdělávacích programů, na nichž se společně podílí ministerstvo zdravotnictví, ČLK a jednotlivé odborné společnosti. Tady jsou již kromě konkrétně zmíněných preventivních, léčebných, diagnostických a rehabilitačních výkonů uvedeny i požadavky na ostatní činnosti lékaře, jako jsou znalosti související legislativy, metodických pokynů, fungování zdravotnického systému jako celku. Konkrétně se také uvádí požadavek znalosti dokumentace používané v daném oboru- dekurzy, hlášení, lékařské zprávy, list o prohlídce mrtvého, orientaci v administrativní a

provozní činnosti³⁵. Tyto znalosti však nejsou v rámci atestačních zkoušek ověřovány, v rámci přípravy je povinný jednodenní kurz týkající se legislativy ve zdravotnictví, což však k průměrně pěti a šestiletému postgraduálnímu vzdělávání je naprosto neúměrný a nedostatečný rozsah. Závisí tedy především na zájmu jednotlivce, jak je s touto stránkou výkonu povolání srozuměn a jak se v ní orientuje a jak ji vyžaduje jeho zaměstnavatel.

1.5. Náplň práce

V podstatě nejzásadnějším dokumentem, který by jasně a konkrétně mohl vymezit povinnosti jednotlivých lékařů při výkonu povolání a jejich rozsah, je popis pracovní činnosti, který může být součástí pracovní smlouvy každého zaměstnance, čímž by byla zajištěna i jeho závaznost. Popis náplně práce je písemný dokument, jenž přesně vyjmenovává seznam činností, pravomocí, vymezuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti. Nicméně Zákoník práce neuvádí pracovní náplň jako povinnou součást pracovní smlouvy.³⁶

Často bývá používáno nařízení vlády č.469/2002 stanovující katalog prací.³⁷ Hlavním účelem katalogu prací je ale především určení platových tarifů v příspěvkových organizacích. V řadě zdravotnických zařízení je přesto využíván jako vodítko pro tvorbu náplně práce, která takto pojatá naprosto postrádá hlavní smysl a účel. V současnosti je navíc velká řada nemocnic obchodními společnostmi, na něž se zákon o platu nevztahuje. Náplně práce tedy nejsou oblastí, kde by se běžně uplatňoval individuální přístup. Většinou se jedná o velmi stručný a vágní nástin činností bez detailnějšího zpracování. Lékaři jsou zahrnuti v pěti platových třídách (11.-15. platová třída). Od pozice absolventa před zařazením do specializační přípravy až po lékaře s vědeckou činností a její praktickou aplikací a především specializovanou způsobilostí. V rámci katalogu práce se vyskytují požadavky na preventivní,

³⁵ Institut postgraduálního vzdělávání, <http://www.ipvz.cz/vzdelavaci-programy.aspx?skupina=1>

³⁶ 262/2006 Sb. Zákoník práce, §34 odst. 1: Pracovní smlouva musí obsahovat: a) druh práce, který má zaměstnanec pro zaměstnavatele vykonávat

b) místo nebo místa výkonu práce, ve kterých má být práce podle písmene a) vykonávána

c) den nástupu do práce

³⁷ Nařízení vlády č. 469/2002 Sb., kterým se stanoví katalog prací a kvalifikační předpoklady a kterým se mění nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, v platném znění

diagnostickou a léčebnou péči, lékařskou činnost v ochraně a podpoře veřejného zdraví.

Možností managementu zdravotnických zařízení a jejich personalistů je tedy co nejpodrobnější a nejpresnější stanovení pracovní náplně pro jednotlivá pracovní místa. Kromě preventivní, diagnostické a terapeutické činnosti je na místě uvedení veškerých administrativních povinností s odkazem na platnou legislativu. Tím by i management získal přehled o veškeré činnosti lékařů. Domněnka, že má lékař celou pracovní dobu na práci s pacienty, by velmi rychle byla zpochybněna. Při dodržení legislativních požadavků na vedení zdravotnické dokumentace a plnění standardů konkrétního zdravotnického zařízení, tvoří administrativní činnost nezanedbatelnou část pracovní doby. Na základě podrobné analýzy skutečné činnosti by bylo možné zlepšit organizaci práce a také optimalizovat personální obsazení jednotlivých oddělení.

1.6. Kompetence

Kompetentnost je schopnost jednotlivce provádět zadané úkony na požadované úrovni, nebo také znalosti, dovednosti, schopnosti a vzorce chování, které umožňují jednotlivci provádět zadané úkoly správně a na požadované úrovni.³⁸

Pokud má zdravotnické zařízení definované kompetence pro jednotlivé lékaře, pak většinou ve formě přílohy k pracovní náplni. Zde by mělo dojít k individuálnímu nastavení s ohledem na pracovní zařazení lékaře, jeho vzdělání, stupeň specializace a praktické zkušenosti. Velmi důležitá v nastavení kompetencí je především pravidelná kontrola, vyhodnocení a aktualizace. Na tomto nastavení by se měl podílet především přímý nadřízený, tedy většinou primář oddělení.

V problematice řízení kompetencí se střetávají čtyři roviny:³⁹

1. Požadavek zaměstnavatele- písemná pracovní smlouva, náplň práce
2. Reálná činnost pracovníka- skutečně vykonávaná činnost
3. Formální vzdělání- činnosti, ke kterým je pracovník oprávněn na základě dosaženého vzdělání

³⁸ VLČEK, F., *Řízení kompetencí zdravotnického personálu v kontextu zajištění kvalitní a bezpečné zdravotní péče*, s. 21.

³⁹ Tamtéž, s. 38-40.

4. Skutečná kompetentnost- činnosti, které pracovník umí, zná, ovládá nezávisle na formálních oprávněních

Ve stanovení kompetencí týkajících se odborné medicínské činnosti nebývá problém, otázka vedení zdravotnické dokumentace bývá velmi nepoměrná a jen okrajově shrnuta do konstatování- „vede zdravotnickou dokumentaci“, což by svědčilo o tom, že není dostatečně zmapována rovina reálné činnosti, na což se zaměřuje výzkumná část této práce.

2. Zdravotnická dokumentace a její legislativa

Problematika vedení zdravotnické dokumentace byla v České republice dlouhou dobu právně velmi nedostatečně ošetřena. Několik úprav obsahovaly podzákoné právní předpisy.⁴⁰ Zdravotnická dokumentace byla sice vedena, ale bez jednoznačně definovaných a povinných údajů a celé její pořizování bylo spíše rutinní záležitostí, která byla převážně výsledkem nutné komunikace mezi zdravotnickými pracovníky při poskytování léčebně preventivní péče a zajištění její návaznosti. Zásadní obrat nastal po roce 1989 v souvislosti se změnou politického režimu a následně i s celospolečenskými změnami.

Postupně došlo k prosazování osobnostních práv, uvědomění si důvěrnosti obsahu ve zdravotnických záznamech. Mimo jiné se zdravotnická dokumentace stala jediným dokladem a tím často i důkazem poskytované zdravotnické péče, jejíž správnost a oprávněnost je na jejím základě posuzována v případných sporech. V případě právního sporu je předpokládána presumpce pravdivosti zdravotnické dokumentace, pokud se tuto nepodařilo vyvrátit⁴¹. Chyby v lékařské péči lze rozdělit na chyby vitium artis a ostatní, mezi něž patří i nevhodné jednání s pacienty, nedostatky v organizaci práce a nepořádné vedení zdravotnické dokumentace⁴², které mohou vést k fatálním následkům stejně jako chyby v přímém výkonu lékařské péče. Vzhledem k tomu, že právně je zdravotnická dokumentace považována především za informační systém obsahující citlivé osobní údaje shromážděné v souvislosti se zdravotní péčí⁴³, vyžádala si vzniklá situace vznik legislativní opory. Nejprve se jednalo o zákon č. 256/1992 Sb. o ochraně osobních údajů v informačních systémech, který byl pro svou nedostatečnost nahrazen zákonem č. 101/ 2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Zdravotnictví jako samostatný obor činnosti je však natolik specifické, že ani tato právní úprava nebyla pro jeho potřeby zcela vyhovující, a vznikla tak speciální úprava, zákon č. 260/2001 Sb. , kterým byl novelizován zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu. Tím byl poprvé definován obsah a náležitosti zdravotnické dokumentace, pravidla nakládání s ní a podmínky jejího vedení⁴⁴.

⁴⁰ MACH, J., RATH, D., *Právní sebeobrana lékaře*, s. 51.

⁴¹ Tamtéž, s. 51-52.

⁴² STOLÍNOVÁ, J., MACH, J., *Právní odpovědnost v medicíně*, s.167-168.

⁴³ BURIÁNEK, J., *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*, s. 42-53.

⁴⁴ BURIÁNEK, J., *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*, s. 25.

2.1. Zákon č. 20/1966 Sb.

Zdravotnickou dokumentaci vymezuje §67b. Není v něm však uvedena žádná jednoznačná definice pojmu zdravotnická dokumentace (dále v textu jen ZD), uvádí pouze výčet jejích charakteristik a obsahu.

2.1.1. ZD a její obsah

Každé zdravotnické zařízení je povinno vést zdravotnickou dokumentaci, která musí obsahovat informace o pacientovi, jeho onemocnění, o průběhu vyšetření a léčbě, každá část ZD musí obsahovat identifikační údaje pacienta a zdravotnického zařízení.

Následují požadavky na způsob zápisu do ZD, je požadována – průkaznost, pravdivost a čitelnost. Průběžné záznamy a doplňované zápisy musí být opatřeny datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla.

Opravy je možné provádět pouze s uvedením data provedení, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla a se zachováním čitelnosti původního záznamu.

Veškeré tyto požadavky jsou uvedeny obecně, nikde není zmínka, jaký zdravotnický pracovník je oprávněn provádět jaké zápisy, povinnosti jsou směřovány na zdravotnické zařízení a jeho zdravotnické pracovníky bez bližšího určení.

2.1.2. Požadavky na vedení ZD

Záznamy ZD jsou vedeny ve formě textové, grafické nebo audiovizuální, obsažené údaje ve formě listinné nebo elektronické. Záznamy na paměťovém médiu výpočetní techniky bez elektronického podpisu je nutné uchovat i v listinné podobě.

Následuje výčet podmínek vedení ZD v elektronické podobě- elektronický podpis na všech samostatných částech ZD, podmínky provádění bezpečnostních kopií, zajištění archivních kopií po konci životnosti záznamu a jejich uložení.

V podstatě se jedná o technické požadavky na způsob vedení dokumentace, bez jakékoli specifikace osoby, která tyto úkony zajistí.

2.1.3. Osoby oprávněné nahlížet do ZD

Taxativně jsou vyjmenovány osoby oprávněné k nahlížení do zdravotnické dokumentace, které mají současně právo na pořizování výpisů, opisů a kopií ZD

v rozsahu nezbytně nutném pro potřeby splnění konkrétního úkolu a blíže uvedené podmínky a konkrétní situace, za kterých jsou do ZD oprávněni nahlížet (v souhrnu se jedná o: zdravotnické pracovníky v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, pověřené členy příslušné komory, revizní lékaře, soudní znalce v oboru zdravotnictví, lékaře správních úřadů ve zdravotnictví, lékaře pověřené ministerstvem zdravotnictví, lékaře SÚJB, členy znaleckých komisí, pověřené zdr. pracovníky orgánu ochrany veřejného zdraví, lékaře orgánů sociálního zabezpečení, zaměstnance zabezpečující zpracování osobních údajů a vyhodnocování kvality péče, zaměstnance zajišťující plnění úkolů NZIS, veřejného ochránce práv, inspektory Ústavu pro odborné zjišťování příčin leteckých nehod, zaměstnance SÚKL a osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání).

2.1.4. Práva pacienta ve vztahu ke ZD

Ve vztahu k vedení ZD jsou také samozřejmě uvedena práva pacienta. I když ona samozřejmost je poměrně nedávná. Do jednoznačného přiznání těchto práv byla ZD historicky vnímána jako něco, na co neměl pacient nárok a situace, že by pacient volně nahlížel do dokumentace, byť týkající se jeho osoby, zdravotního stavu a léčby, byla poměrně nepředstavitelná. Bohužel v praxi není ojedinělé, že zdravotničtí pracovníci případný požadavek pacienta na nahlédnutí do dokumentace nesou nelibě. Neskrývá se za tím ani tak obava z jakési kontroly, ale spíše přetrvávající paternalistický stereotyp, kdy se od pacientů neočekával žádný projev autonomie.

Dle odstavce 12 má pacient právo

- na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve ZD vedené o jeho osobě, v případě autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má nárok na informace obsahující popis příznaků, diagnózu, popis terapeutického přístupu a interpretaci výsledků
- nahlížet do ZD v přítomnosti zdravotnického pracovníka
- pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie ZD
- určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoli osobě.

Zajímavý je ovšem §67ba, podle kterého pacienta nebo jeho zákonného zástupce poučí o jeho právech ošetřující lékař. Je to jeden z mála konkrétních požadavků na určitého zdravotnického pracovníka – lékaře, který je daným úkonem v souvislosti s vedením zdravotnické dokumentace pověřen.

Podpis lékaře je také požadován u záznamu o pacientem určené osobě k poskytování nebo zákazu poskytování informací o zdravotním stavu pacienta.

Pořízení výpisů, opisů nebo kopií ZD zajišťuje zdravotnické zařízení ve stanovených lhůtách. Každé nahlédnutí do ZD nebo pořízení výpisů, opisů nebo kopií musí být ve ZD zaznamenáno s identifikací osoby, která do ZD nahlížela a identifikací zdravotnického pracovníka, který byl nahlížen přítomen nebo opis, výpis nebo kopii pořídil. Opět není tento zdravotnický pracovník blíže určen, nemusí jít tedy o lékaře.

2.1.5. Další záznamy vyžadující přímo ošetřujícího lékaře

Přímý požadavek, aby konkrétní zápis nebo úkon provedl ošetřující lékař se vyskytuje minimálně. Kromě již uvedeného §67ba odst. 1, 2- práva pacienta a určení souhlasu s poskytováním informací o zdravotním stavu pacienta, jde ještě o §23 odst. 2 stejného zákona, podle kterého si ošetřující lékař vyžádá písemné potvrzení o odmítnutí potřebné péče nemocným. Také informování pacienta o účelu a povaze poskytované zdravotní péče, vyšetřovacím nebo léčebném výkonu, jeho důsledcích, alternativách a rizicích dle odstavce 1 téhož paragrafu spadá do povinností zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu příslušného zdravotnického povolání. Z toho lze tedy dovodit, že informace o výkonech spadajících do kompetence lékaře bude nemocného informovat lékař, který o tom také provede záznam.

§26, odstavec 4c také stanovuje ošetřujícímu lékaři povinnost informovat nemocného a provést písemný záznam o souhlasu s uchováním a použitím lidských tkání odebraných v souvislosti s léčebně preventivní péčí pro lékařské potřeby.

Dále jsou upraveny výkony vyžadující informování nemocného a písemné stvrzení souhlasu nemocného podpisem lékaře:

- §27a - kastrace, stereotaktické operace a zákroky u transsexuálů.
- §27c – každý lékařský výkon, který není v bezprostředním zájmu osoby, na které má být proveden

- §27e – výkony asistované reprodukce, stejně jako případně navazující poskytnutí nadbytečných embryí jiným příjemcům nebo k získávání embryonálních kmenových buněk z nadbytečných embryí k výzkumu.

§67b odst.13- v případě změny ošetřujícího lékaře je dosavadní lékař povinen předat nově zvolenému lékaři všechny informace potřebné pro zajištění návaznosti poskytované zdravotní péče. Povinnost předání je na stávajícím lékaři, není již ale zmíněn způsob předání. To by tedy mohlo být teoreticky jen ústní, nebo provedeno výpisem, opisem nebo také kopií dosavadní zdravotnické dokumentace a od zvoleného způsobu by se také odvíjela administrativní náročnost takového předání informací. Upřesnění lze však nalézt v Zákoně o veřejném zdravotním pojištění, kde se výslovně uvádí povinnost předání informací v písemné formě. Podle právních názorů⁴⁵ se předpokládá zachování stejného postupu i ve vztahu mezi praktickým lékařem a specialisty, ke kterým je pacient odeslán.

§67b odst. 19 odkazuje v dalších náležitostech a obsahu ZD na vyhlášku ministerstva zdravotnictví, která by měla uvádět podrobnosti o způsobu vedení, zpracování a zacházení se ZD, stejně jako její součásti, vzory tiskopisů, povinných hlášení a skartační řád.

Zákon č. 20/1966 Sb. také upravuje problematiku NZIS a registrů- viz kapitola 4.2.

2.2. Vyhláška č.358/2006 Sb.

Na tuto vyhlášku odkazuje v §67b zákona o péči o zdraví lidu odstavec č. 19. Tento odstavec⁴⁶ byl dán novelizací zákonem č. 260/2001Sb., ovšem vyhláška byla vydána až v roce 2006. Pro praxi je však nejpodstatnější, neboť podrobně vymezuje jednotlivé náležitosti zdravotnické dokumentace. ZD vždy musí obsahovat přesnou identifikaci pacienta, číslo pojištěnce, identifikaci zdravotnického zařízení a zdravotnického pracovníka, který provedl záznam, osoby, jimž lze sdělit informace o zdravotním stavu

⁴⁵ STOLÍNOVÁ, J., MACH, J., *Právní odpovědnost v medicíně*, s. 153.

⁴⁶Zákon č.20/1966 Sb, §67b, odst. 19: „, Uchovávání a skartace zdravotnické dokumentace se řídí zvláštním právním předpisem. Náležitosti a obsah zdravotnické dokumentace včetně vzorů jejích součástí, vzorů tiskopisů, povinných hlášení a podrobnosti o způsobu vedení, zpracování a zacházení se zdravotnickou dokumentací v písemné a elektronické formě, skartační řád , jehož součástí je skartační plán, stanoví ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.“

pacienta, datum provedení zápisu do ZD, razítko zdravotnického zařízení. Následuje výčet dalších náležitostí - v případě ústavní péče- datum a čas přijetí, propuštění, přeložení, předání do ambulantní péče, úmrtí pacienta, dále případné odmítnutí zdravotní péče (datum, čas a důvod odmítnutí, při odmítnutí ze strany pacienta ještě negativní revers). Dále ZD vždy musí obsahovat anamnézu, informace o zjištěném zdravotním stavu, návrhy terapeutického postupu, předpokládanou konečnou diagnózu, rozsah poskytnuté péče, předepsání léčivých přípravků, podání léčivých přípravků, vybavení pacienta léčivými přípravky, záznam o vystavení příkazu ke zdravotnickému transportu, záznamy o ošetrovatelské péči, provedeném očkování, souhlas pacienta s poskytovanou péčí a veškerými výkony, souhlas s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu, záznam o použití omezujících prostředků, kopie informací předaných pacientovi v listinné podobě, záznamy o nahlédnutí do ZD, záznam o uznání a ukončení pracovní neschopnosti a záznamy o jiných významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta.

Určuje součásti ZD- výsledky, informace o průběhu léčení, doporučení, epikrízy, způsob označování jednotlivých částí ZD, bezodkladnost zápisů po provedené činnosti, frekvenci zápisů. Vyjmenovává součásti ZD zdravotnické záchranné služby.

Následuje uchování, vyřazování a skartace ZD.

2.2.1. Přílohy vyhlášky

Součástí vyhlášky jsou tři přílohy, z toho pro samotné vedení ZD je nejzásadnější příloha č. 1- Minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace. Jde o požadavky a velmi podrobný popis jednotlivých částí a typů zpráv ve ZD, rozdělené podle hlavních typů a způsobů vedení ZD:

Informace ze zdravotnické dokumentace vedené lékařem primární zdravotní péče

Vyžádání další zdravotní péče

Informace o provedeném vyšetření (lékařská zpráva)

Informace o propuštění z ústavní péče (propouštěcí zpráva)

Písemný souhlas s poskytnutím zdravotního výkonu

Prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu

Záznam o souhlasu s poskytováním informací

Lékařský posudek

Dokumentace zdravotnické záchranné služby

Dokumentace lékařské služby první pomoci (kniha denních záznamů)

Dokumentace ošetrovatelské péče

Další přílohy jsou věnovány problematice vyřazování a skartace ZD, za něž zodpovídá zdravotnické zařízení nebo provozovatel a již nejsou běžnou součástí denní administrativy lékaře.

Příloha č. 2- Skartační řád (zásady vyřazování dokumentů, skartační lhůty, znaky, skartační řízení, pověřený zdravotnický pracovník)

Příloha č. 3 – Skartační plán

Vyhláška však v rozporu s odkazem v zákoně č. 20/1966 Sb. neřeší ani neobsahuje vzory tiskopisů ani povinných hlášení, zabývá se jen formou a obsahem zdravotnické dokumentace.

3. Další povinná administrativa

Vedením zdravotnické dokumentace, které je již vnímáno jako běžná a automaticky nutná část výkonu zdravotnického povolání, však administrativní úkony lékaře zdaleka nekončí. V řadě dalších zákonů a vyhlášek je obsažen poměrně velký výčet úkonů spojených s různě rozsáhlou administrativou, ať jde již o různá povinná hlášení nebo oznamovací povinnosti. Pravděpodobně se málokterý lékař setká při výkonu svého povolání s úplně všemi těmito administrativními kategoriemi, ale měl by být s nimi seznámen a vědět, které skutečnosti je třeba zpracovávat. Problémem však může být dostupnost, spíše však nedostupnost uceleného přehledu všech hlášení a oznamovacích povinností.

3.1. Vystavení dokladu o dočasné pracovní neschopnosti (dále jen DPN)

Dle zákona č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění, je lékař povinen při uznání pacienta dočasně práce neschopným, vystavit průkaz „Rozhodnutí o DPN“ a podat hlášení na Okresní správu sociálního zabezpečení (dále jen OSSZ). Konkrétně tato administrativa prošla v poslední době několika změnami, úpravami a změnou tiskopisů (zákon č. 302/2009 Sb.) V současnosti se jedná o pětidílný formulář. Kromě samotného vyplnění formuláře jsou však administrativně náročné i ostatní úkony jako je uchování a evidence tiskopisů, jejich zasílání ve stanovených termínech na OSSZ a kontrola vydání správných částí pacientovi. Spadá sem také „Rozhodnutí o potřebě ošetřování“ a „Náhradní hlášení“. V případě vystavení DPN musí být též o této skutečnosti proveden záznam v ZD podle vyhlášky 385/2006 Sb. (viz. výše).

Kromě samotného vystavení DPN je ošetřující lékař povinen v souladu se zákonem č. 582/1991 Sb. o organizaci a provádění sociálního zabezpečení spolupracovat s lékaři OSSZ při provádění kontroly a na jejich žádost předvolat pacienta ke kontrolnímu vyšetření.

Záležitost porušení léčebného režimu u pacientů v dočasné pracovní neschopnosti také padá na ošetřujícího lékaře, který zjištěnou skutečnost musí dle vyhlášky č. 31/1993 Sb. o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení nahlásit lékaři OSSZ.

3.2. List o prohlídce mrtvého

Tento formulář je součástí zdravotnické dokumentace a také slouží jako podklad pro matriku a statistické zpracování dat o úmrtnosti, zejména pro statistiku příčin smrti, která je pak podkladem pro analýzu dlouhodobých trendů v úmrtnosti a může sloužit i například pro mezinárodní srovnávání.⁴⁷ List o prohlídce mrtvého vyplňuje vždy lékař, který konstatuje smrt a ohledává tělo zesnulého. Formulář se vyplňuje ve čtyřech kopiích, je poměrně podrobný a k jeho vyplňování vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky (dále jen ÚZIS) přesné pokyny. Pro statistické zpracování jsou požadovány i poměrně detailní informace, jako je třeba datum sňatku, což jsou informace zdravotníky nezjišťované a jejich dodatečné získání by v takové situaci mohlo být pro rodinu značně nepříjemné. ÚZIS má požadavky na co nejpřesnější vyplnění a co nejpodrobnější průběh sledu událostí vedoucích k úmrtí, což je ze statistického hlediska celkem pochopitelné, v praxi ovšem už hůře realizovatelné. V řadě situací vyplňuje List o prohlídce mrtvého jiný než ošetřující nebo praktický lékař, který je se zdravotním stavem pacienta důkladně seznámen. Lékař také v případě úmrtí pacienta musí splnit další administrativní povinnosti, jako je propouštěcí zpráva, kontaktování rodiny a uzavření chorobopisu a v případě nařízené pitvy musí být veškerá dokumentace předána s tělem zesnulého. Za plného denního provozu na lůžkovém oddělení jde o časově a administrativně jednu z nejnáročnějších činností.

3.3. Registry

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v §67c ve znění zákona č. 156/2004 Sb. definuje Národní zdravotnický informační systém⁴⁸, jehož součástí jsou registry, pomocí kterých jsou shromažďována data o vybraných společensky závažných onemocněních, vyhodnocování diagnostické a léčebné péče, jejich vývoj, příčiny.....atd, zejména pro statistické a vědecké účely. Registry řeší příloha zákona o péči o zdraví lidu a závazné pokyny pro jednotlivá hlášení vydává ÚZIS.

⁴⁷ ÚZIS, *Vyplňování listu o prohlídce mrtvého*,
http://www.uzis.cz/info.php?article=428&mnu_id=7500&mnu_action=select

⁴⁸ „NZIS je jednotný celostátní informační systém určený a) ke sběru a zpracování informací o zdravotním stavu obyvatelstva, o zdravotnických zařízeních, jejich činnosti a ekonomice za účelem usměrňování poskytování zdravotní péče, stanovení koncepce zdravotní politiky, k využití informací v rámci zdravotnického výzkumu, pro řízení zdravotnictví a pro státní statistiku, b) k vedení národních zdravotních registrů.“

Podmínky, frekvenci a způsob předávání upravuje vyhláška č. 552/2004 Sb., o předávání osobních a dalších údajů do Národního zdravotnického informačního systému pro potřeby vedení národních zdravotních registrů. Při nakládání s osobními údaji musí být dodržován také zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. V současnosti jsou předávána data do následujících registrů:

1. Národní registr (NR) onkologický
2. NR hospitalizovaných
3. NR rodiček
4. NR novorozenců
5. NR vrozených vad
6. Registr lékařů, zubních lékařů a farmaceutů
7. NR potratů
8. NR cévní chirurgie
9. NR kardiochirurgický
10. NR kloubních náhrad
11. NR nemocí z povolání
12. NR kardiovaskulárních intervencí
13. NR uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek
14. NR asistované reprodukce
15. NR osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů

Povinnost hlášení padá na zdravotnické zařízení, které je jako instituce pouze zprostředkovatelem hlášení, které však musí někdo konkrétní připravit. Součástí hlášení jsou informace o pacientovi potřebné k jeho identifikaci, anamnestické údaje a údaje související se zdravotním stavem pacienta, tudíž jsou to informace, se kterými je plně seznámen lékař a je to tedy on, kdo hlášení pro konkrétní registr musí vyplnit. ÚZIS stanovuje v závazných pokynech postupy a náležitosti vyplňování hlášení do jednotlivých registrů, lhůty a frekvenci podávání hlášení.

3.4. Povinná hlášení

V řadě zákonů se objevuje ohlašovací povinnost, většinou je vyhláškou upraven způsob hlášení a jeho náležitosti. Povinnost hlášení padá na lékaře, který zjistí určité skutečnosti, bez ohledu na jeho zařazení nebo odbornost. Vzhledem k tomu, že cílem této kapitoly je především celkový přehled, jsou zde jen ve stručnosti uvedeny příslušné právní předpisy.

Jako první je možné uvést zákon č. **239/1920 Sb.** o povinném hlášení chřipky, který je jedním z nejstarších zákonů. Jeho přesné znění je již značně zastaralé, nicméně podstata je jasná a využívaná jako v nedávné době při vyhlášení pandemie chřipky typu H1N1.

Dále **vyhlášku č. 91/1984 Sb.** o opatřeních proti přenosným nemocem

- §34 odst.1 – lékař, který zjistil onemocnění, podezření z onemocnění přenosnou nemocí, popřípadě úmrtí na tuto nemoc ... je povinen to ohlásit orgánu hygienické služby a příslušnému územnímu nebo závodnímu obvodnímu lékaři a tyto skutečnosti vést v evidenci...

Následují:

Zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství

- § 6 v případech interrupce u ženy ve věku 16-18 let povinnost vyrozumět o zákroku zákonného zástupce

Další hlášení o provedeném umělém přerušení těhotenství mělo směřovat krajskému ústavu národního zdraví a okresnímu odborníkovi pro obor gynekologie. Tyto pasáže v zákoně přetrvávají stále i přes již dávno zrušení obou.⁴⁹

Vyhláška č. 11/1988 Sb. o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky –povinnost podat hlášení matrice

- hlášení o narození živého nebo mrtvého dítěte podávají zdravotnická zařízení podle předpisů o matrikách

- hlášení o narození mrtvého dítěte, o úmrtí dítěte do 168 hodin po porodu a úmrtí matky podávají zdravotnická zařízení podle předpisů o matrikách. Hlášení se podává vedle národního výboru pověřeného vedením matrik

⁴⁹ PRUDIL, L., *Vybrané kapitoly práva pro zdravotnický management*, s. 24-26.

a) v případě narození mrtvého dítěte a úmrtí dítěte do 168 hodin po porodu též okresním odborníkům pro obor pediatrie a pro obor gynekologie a porodnictví příslušným podle místa trvalého pobytu matky,

b) v případě úmrtí matky též neprodleně krajskému odborníkovi pro obor gynekologie a porodnictví příslušnému podle místa trvalého pobytu matky.

Ukončení těhotenství potratem podle § 4 odst. 1 a ukončení mimoděložního těhotenství se hlásí stejným způsobem jako se hlásí umělé přerušení těhotenství.

Nejen část ukládající podání hlášení „okresním odborníkům“, ale i celá vyhláška je v současnosti překonána, protože stejnou funkci plní i národní registr rodiček, národní registr novorozenců a národní registr potratů.

Vyhláška č. 19/1988 Sb. o postupu při úmrtí a o pohřebnictví

- § 3 oznámit úmrtí matrice

- § 3 odst.3 – oznámit policii podezření, že úmrtí lékařem ohledané osoby bylo způsobeno trestným činem nebo sebevraždou

- § 3 odst.4 – oznámit orgánu hygienické služby podezření, že úmrtí bylo zapříčiněno přenosnou nemocí.

Zákon č. 123/2000 Sb. o zdravotnických prostředcích s povinností hlásit nežádoucí příhody vzniklé při použití zdravotnických prostředků.

Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví

- § 51 hlášení neobvyklých reakcí na očkování

- § 54 povinnost hlásit osobní údaje (a jejich změny) přenašečů infekčních onemocnění, stejně tak hlásit, je-li u nosiče před propuštěním z ústavní péče prokázáno vylučování původce infekce

- §62 hlášení infekčních onemocnění a zacházení s biologickým materiálem, do této oblasti patří TBC a ostatní mykobakteriální infekce, pohlavní nemoci, infekční nemoci podle vyhlášky č 91/19984, nemoci z povolání a ohrožení nemocí z povolání, která hlásí pouze oprávněná zdravotnická zařízení.

Zákon č. 301/ 2000 Sb. o matrikách, jménu a příjmení

Do tohoto zákona prolíná jak vyhláška č. 11/1988 Sb., tak i vyhláška č. 19/1988 Sb.

Povinnosti hlášení jsou rozděleny na zdravotnická zařízení- povinnost hlásit narození živého nebo mrtvého dítěte, v případě porodu mimo zdravotnické zařízení hlášení provede lékař, který poskytl zdravotní péči. V případě hlášení úmrtí spočívá povinnost na lékaři provádějícím prohlídku zemřelého.

3.5. Další oznamovací povinnosti

Zákon č. 20/1966 Sb.

- § 67b povinnost zdravotnických pracovníků oznamovat si vzájemně všechny skutečnosti významné pro léčbu pacienta. Znamená to tedy především zasílání a předávání lékařských zpráv a zejména zjištěných výsledků dosud provedených vyšetření. Bez ohledu na zákonnou povinnost, je toto určení pro praxi velmi důležité, především pro zachování kontinuity lékařské péče a vyvarování se zbytečného opakování již provedených vyšetření. Taková opakování zbytečně zatěžují pacienty, ale také vedou k nezanedbatelnému zvyšování nákladů na zdravotní péči.

- § 23 informovat pacienta a případně členy jeho rodiny o povaze jeho onemocnění a o výkonech, které je třeba provést. Viz výše- informovaný souhlas.

- § 24 Přijetí nemocného do ústavní péče bez jeho souhlasu- zdravotnické zařízení je povinno oznámit soudu do 24hodin. Není zde však definován způsob oznámení soudu a kdo konkrétně toto oznámení podá. Nemusí to být tedy lékař, ale vzhledem k charakteru informace lze předpokládat, že to bude lékař, který pacienta přijímá do ústavní péče.

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

- § 16- regulační poplatky- kromě povinnosti informovat pojišťovnu o vybraných regulačních poplatcích, má zdravotnické zařízení povinnost vystavit pojištěnci doklad o zaplacení poplatku s uvedením vyjmenovaných náležitostí (datum, výše poplatku, číslo pojištěnce....atd.) Toto se v praxi také dotýká samotných lékařů. Nejčastěji se vyskytují dva způsoby úhrady- buď pomocí platebního automatu, kde pacient zaplatí a vyzvedne si platební lístek ještě před vyšetřením, což je samo o sobě způsob poměrně diskutabilní, nebo je na základě dokladu o provedeném vyšetření od lékaře odeslán k zaplacení do pokladny. Oba tyto způsoby zasahují do lékařovy práce- musí

zapsat do lékařské zprávy, zda byl poplatek uhrazen, případně vytisknout, podepsat a vydat doklad pro pokladnu.

- § 55 Náhrada nákladů na péči hrazenou ze zdravotního pojištění vynaložených v důsledku protiprávního jednání vůči pojištěnci- tento paragraf v sobě nese povinnost oznámit zdravotní pojišťovně úrazy a jiná poškození zdraví osob, pokud má lékař důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby.

Zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení- povinnost oznámit přerušeni nebo ukončení poskytování ústavní zdravotní péče o osamělé občany, kteří se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu neobejdou bez cizí pomoci a zůstávají po skončení léčení ve zdravotnickém zařízení, než je jim poskytnuta péče v ústavu sociální péče. Tuto povinnost by měli plnit sociální pracovníci při zdravotnických zařízeních, avšak musí být kontaktováni pracovníky daného oddělení, způsob zorganizování záležitosti tedy spíše na vnitřní dohodě zdravotnického zařízení.

Zákon č. 37/1989 Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi

- § 8 povinnost protialkoholních záchytných stanic hlásit ošetření pacienta jeho příslušnému praktickému lékaři, u nezletilých zákonnému zástupci.

Vyhláška č. 31/1993 Sb. o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení – stanovuje povinnost oznámit správě sociálního zabezpečení porušení léčebného režimu, které sám lékař zjistil.

Zákon č. 359/1999 Sb. o sociálně- právní ochraně dětí

- § 10 povinnost hlásit příslušnému orgánu péče o dítě, že existuje u vyšetřeného dítěte podezření na požívání alkoholu nebo jiné návykové látky, nebo podezření, že jeho rodiče neplní své rodičovské povinnosti, nebo že na dítěti byl spáchán trestný čin ohrožující jeho život, zdraví, lidskou důstojnost nebo mravní vývoj.

Zákon č. 361/2000 Sb. o provozu na pozemních komunikacích

- § 88 povinnost hlásit příslušnému obecnímu úřadu změny způsobilosti k řízení motorových vozidel, u řidičů z povolání též jejich zaměstnavateli.

Zákon č. 119/2002 Sb. o střelných zbraních a střelivu

- § 20 povinnost hlásit posuzujícímu lékaři pacienta zjištění nebo podezření, že držitel zbrojního průkazu trpí nemocí, vadou nebo stavem, který vylučuje nebo omezuje držení nebo nošení zbraně. Shledá-li to posuzující lékař opodstatněným, podá oznámení policii nebo event. i zaměstnavateli, pokud výkon povolání předpokládá nošení zbraně.

Zákon č. 40/2009 Sb. trestní zákon- definuje trestné činy:

- § 367 nepřekážení trestného činu- týká se konkrétních vyjmenovaných trestných činů, o kterých se osoba hodnověrným způsobem dozví, že jsou páčány nebo jsou připravovány, mimo jiné například zejména ve zdravotnictví odhalitelné- týrání svěřené osoby, pohlavní zneužívání a znásilnění.

- § 368 neoznámení trestného činu- pokud se osoba hodnověrným způsobem dozví, že jiný spáchal nějaký z vyjmenovaných trestných činů. Zde je výčet trestných činů již kratší než u předchozího paragrafu a jedná se o trestné činy, které již byly spáchané..

Těmito paragrafy je prolomena povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků, týkají se všech občanů bez rozdílu.

ZÁKONY URČUJÍCÍ ADMINISTRATIVNÍ POVINNOSTI- přehled

239/1920 Sb.	o povinném hlášení chřipky	
20/1966 Sb.	o péči o zdraví lidu	povinnost vedení ZD obsah ZD, způsob vedení a uložení oprávnění k nahlížení do ZD práva pacientů k ZD předávání informací mezi lékaři NZIS registry písemný souhlas s uchováním a použitím lid. tkání odebraných v souvislosti s léč. prev. péčí výkony vyžadující informování nemocného a jeho písemný souhlas
66/1986 Sb.	o umělém přerušení těhotenství	vyrozumění zákonného zástupce při provedení interrupce ženě ve věku 16-18let
100/1988 Sb.	o sociálním zabezpečení	hlášení ukončení ústavní péče o osamělé občany
37/1989 Sb.	o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi	hlášení ošetření PL, u nezletilých i zákonnému zástupci
582/1991 Sb.	o organizaci a provádění sociálního zabezpečení	předvolání pacienta ke kontrolnímu vyš. na žádost OSSZ
48/1997 Sb.	o veřejném zdravotním pojištění	hlášení regulačních poplatků hlášení poškození zdraví vzniklé jednáním osoby
359/1999 Sb.	o sociálně- právní ochraně dětí	hlášení užívání návykových látek podezření na páčání trestného činu na dítěti
23/2000 Sb.	o zdravotnických prostředcích	hlášení nežádoucích příhod při použití zdravotnických prostředků
258/2000 Sb.	o ochraně veřejného zdraví	hlášení reakcí na očkování, nosičů inf. onemocnění,

301/ 2000 Sb.	o matrikách, jménu a příjmení	hlášení narození, porodu, úmrtí
361/2000 Sb.	o provozu na pozemních komunikacích	hlášení změn ve zdravotní způsobilosti k řízení motorového vozidla
119/2002 Sb.	o střelných zbraních a střelivu	hlášení změn zdr. stavu vylučujících nebo omezujících držení zbraně
187/2006 Sb.	o nemocenském pojištění	rozhodnutí o vzniku DPN, hlášení OSSZ rozhodnutí o potřebě ošetřování náhradní hlášení
40/2009 Sb.	trestní zákoník	nepřekážení trestného činu neoznámení trestného činu

Tabulka č.1: Přehled zákonů určujících administrativní činnost lékařů

Vyhlášky

358/2006 Sb.	o zdravotnické dokumentaci	obsah a náležitosti ZD minimální obsah jednotlivých lékařských zpráv a dokumentů
31/1993 Sb.	o posuzování DPN	hlášení OSSZ porušení léčebného režimu pacienta v DPN
552/2004 Sb.	o předávání osobních a dalších údajů do NZIS pro potřeby vedení registrů	frekvence a způsob předání údajů do NZIS
91/1984 Sb.	o opatřeních proti přenosným nemocem	povinné hlášení
11/1988 Sb.	o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky	
19/1988 Sb.	o postupu při úmrtí a o pohřebnictví	hlášení matrice, příp. policii, příp. hygieně

Tabulka č.2 : Přehled vyhlášek určujících administrativní činnost lékařů

4. Praktická část

4.1. Cíl výzkumného šetření

Jak již bylo zmíněno v teoretické části, s vývojem doby a společenskými změnami dochází také ke změně role lékaře. Do každodenní lékařovy činnosti přibývá řada dalších povinností, jako je komunikace s pacienty a zejména administrativa, která je z velké části přímo určena legislativou. Nárůst administrativy lékaři velmi výrazně pociťují a ocitají se v časové tísní. Objevují se obavy, zda čas strávený administrativními úkony není na úkor péče o pacienta. Cílem této práce je zodpovědět výzkumnou otázku:

Kolik času z pracovní doby tráví lékař administrativou?

Doplňující otázkou je, které úkony by mohly být převedeny na jiné pracovníky?

4.2. Výběr metody

Ke zjištění rozsahu skutečně prováděných administrativních úkonů lékaři jsem zvolila jako výzkumnou metodu pozorování. Tato metoda patří mezi základní výzkumné metody. Podle teorií sociologického výzkumu je možno ji zařadit mezi výzkumné metody kvalitativní. Hlavním přínosem kvalitativního výzkumu má být detailní, věrohodný výstup, zjištěný na základě zkoumání procesů a vztahů mezi nimi, využitelný zejména v oblasti chodu podniku či instituce.⁵⁰ Metodu pozorování jsem zvolila hlavně z důvodu co největší objektivity výzkumu, vzhledem k tomu, že vlastní pracovní zátěž a organizaci pracovní doby málokdo dokáže posoudit zcela objektivně a nezkresleně. A protože předpokládám, že lékaři považují administrativní povinnosti za příliš rozsáhlé, nadbytečné a obtěžující, mohou tudíž čas takto strávený, být neúmyslně, zveličovat.

⁵⁰ Srov. SILVERMAN, D., *Qualitative research. Theory, Method and Practice*, s. 326

4.3. Pozorování

Metoda pozorování je upřednostňována zejména v empirickém výzkumu, kdy je zkoumaný jev pozorovatelný.⁵¹ Pozorování se tedy využívá zejména v oblasti sledování chování nebo určité společenské činnosti. Podle přístupu k metodě je definováno několik dělení⁵²:

- pozorování bez intervence/ s intervencí – podle toho, zda pozorovatel zasahuje do pozorovaného jevu nebo ne
- pozorování zúčastněné/ nezúčastněné- podle zapojení pozorovatele přímo do sledované aktivity
- pozorování zjevné/ skryté – určuje, zda jsou pozorované osoby seznámeny se skutečností, že jsou pozorovány
- osobní pozorování/ pomocí záznamové techniky – rozhoduje způsob pořízení záznamu
- pozorování přímé/ nepřímé⁵³ - dle toho, zda je pozorovatel osobně ve styku se zkoumaným objektem nebo je výsledek pozorování zprostředkován jinou osobou či použitou technikou (např. video záznamy).

Jednotlivé typy pozorování mají své výhody i určitá úskalí. Nejdůležitější je co nejpřesnější záznam skutečnosti, bez případného ovlivnění situace. Je třeba zvážit, zda pozorovatel svou přítomností nemůže, byť nepřímo, zasáhnout do sledovaného jevu, zda je vhodné seznámit pozorované jedince s účelem pozorování, což může také vést ke značnému skreslení situace. Po zvolení typu pozorování je hlavním úkolem pozorovatele provedení záznamu činnosti v aktuálním čase. Proto je základním krokem stanovení systému kategorií, podle kterých je pozorované chování členěno.⁵⁴ Tyto kategorie přesně definují pozorované situace a usnadňují vlastní záznam, který se provádí do pozorovacího archu. Ten je ve formě předdefinované tabulky nebo formuláře, do něž je možné pozorované situace snadno a rychle zaznamenat pomocí určitých symbolů nebo zkratk.

Pozorování je technikou poměrně časově náročnou, s velkými požadavky na přesnost, pečlivost a pozornost pozorovatele. Tyto nevýhody jsou ale při správném provedení vyváženy ziskem objektivního záznamu reality.

⁵¹ SURYNEK A., aj., *Základy sociologického výzkumu*, s. 123.

⁵² Tamtéž, s. 122-124.

⁵³ SCHNEIDER, M., KOUDELKA, F., *Úvod do základů sociologických výzkumů*, s. 27-28.

⁵⁴ SURYNEK A., aj., *Základy sociologického výzkumu*, s. 124-126.

4.4. Realizace

Na výše uvedeném teoretickém základě jsem jasně vymežila metodiku výzkumu. Zvolila jsem osobní pozorování zjevné, přímé, bez intervence a nezúčastněné. Jde o metodu sběru dat:

- deskriptivní
- komparativní
- typologickou

Pozorování proběhlo v lednu 2010 ve Svitavské nemocnici, a.s. s podporou ředitelství i jednotlivých primářů, kteří byli podrobně seznámeni s účelem pozorování. Svitavská nemocnice a.s. je nemocnicí druhého typu (dříve okresní nemocnice) pro spádovou oblast Svitavska, Poličska a Moravsko- Třebovska, tj. pro asi 70 000 obyvatel. Má celkem 283 lůžek na 13 odděleních (interní oddělení- ženy, muži, JIP, chirurgie +JIP, ARO, dětské, ORL, urologie, gynekologicko- porodnické, novorozenecké, LDN, psychiatrické). Od 19.12.2007 je nemocnice držitelem Certifikátu o udělení akreditace od Spojené akreditační komise České republiky. V nemocnici je používán jednotný dokumentační systém HINZ a vedení ZD upravuje směrnice Vedení zdravotnické dokumentace, která vychází především ze zákona č.20/1966 Sb. a vyhlášky o zdravotnické dokumentaci č. 358/2006 Sb.

4.4.1. Typy

Výběr pozorovaných lékařů jsem provedla jako výběr vícestupňový, nenáhodný a účelový, protože cílem bylo detailně popsat administrativní činnost řadového lékaře- zaměstnance pracujícího na lůžkovém oddělení.

Prvotní byl výběr oddělení. Pro pokrytí co nejširšího spektra pracovních činností jsem zvolila dvě oddělení základních oborů- interní a chirurgické oddělení a jako zástupce intenzivních oborů- oddělení anesteziologie a resuscitace (dále ARO).

Následně jsem po konzultaci s primáři vybraných oddělení zvolila jednotlivé lékaře – lékaře pracující v lůžkové části oddělení, s dobrou znalostí chodu oddělení, veškeré administrativy a funkcemi nemocničního informačního systému. Vyloučení z pozorování byli lékaři s částečnými úvazky, primáři a čerství absolventi.

Pozorování lékaři byli seznámeni s účelem pozorování, obdrželi vysvětlující průvodní dopis (viz příloha č.6).

4.4.2. Pozorovací arch

Vytvořila jsem pozorovací arch (viz. příloha č.7), ve kterém jsem definovala 13 kategorií administrativní činnosti a rozvržení pracovní doby po půlhodinových úsecích. Jednotlivé kategorie jsou stanoveny na základě vyhlášky č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci, která určuje jednotlivé náležitosti a její povinné součásti, v §1- zdravotnická dokumentace vždy obsahuje..., §2- součásti zdravotnické dokumentace jsou... U některých typů zpráv v příloze vyhlášky č. 1 přímo vyjmenovává minimální obsah těchto součástí.

kategorie	Administrativní činnost
1	Zápis vizity a ordinací §2
2	Prozatímní propouštěcí zpráva §1
3	Propouštěcí zpráva §1
4	Přijímací zpráva §1
5	Zápis konzilia, provedeného vyšetření §2
6	Příprava žádanek
7	Vystavení DPN, ošetřovného
8	Povinná hlášení §2
9	Epikríza §2
10	Informovaný souhlas §1
11	Zajištění odborného vyšetření
12	Práce s ošetřovatelskou dokumentací
13	Jiné

Tab.č. 3: Kategorie administrativní činnosti v pozorovacích archu

1. Zápisy vizity a ordinace – dle vyhlášky č. 385/2006 Sb. o ZD (dále jen vyhláška o ZD), „je součástí ZD vedené o pacientovi v §2 d) v případě lůžkové péče...1. záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu podle hodnocení sděleného pacientem a cílený objektivní nález“ a ZD dle stejné vyhlášky vždy obsahuje v §1 odst.2 a) diagnostickou rozvalu a návrh dalšího terapeutického postupu... , dále pak d) záznam o 1. předepsání léčivých přípravků..., 2. podání léčivých přípravků.

Jde o kategorii nejčastější, vyhláška však neudává požadavek na frekvenci těchto záznamů. Je však již zažitou samozřejmostí, že záznam o „aktuálním vývoji zdravotního stavu“- tedy zápis vizity a ordinací, je proveden minimálně jedenkrát denně, dle potřeby a změny stavu pacienta i častěji.

2. Prozatímní propouštěcí zpráva- vyhláška o ZD §1, odst.2 ZD v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu obsahuje b) předpokládanou konečnou diagnózu a c) záznam o rozsahu poskytnuté péče. §2 b) informace o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu, průběhu a ukončení léčení, doporučení a návrhy poskytnutí další zdravotní péče v rámci zajištění návaznosti zdravotní péče o pacienta. Dále dle přílohy č. 1 k vyhlášce o ZD (Minimální obsah samostatných částí ZD) obsahuje předběžná propouštěcí zpráva- základní údaje o průběhu hospitalizace, hlavní diagnózu, vedlejší diagnózy a stručný záznam o dosavadní léčbě, včetně léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, se kterými pacient ze zdravotnického zařízení odchází, doporučení dalšího postupu.

3. Propouštěcí zpráva- opora ve vyhlášce viz kategorie 2, a dle přílohy č. 1 obsahuje tyto náležitosti- stručně údaje o anamnéze a současném onemocnění, dobu a průběh ústavní péče, důvod hospitalizace a výsledek diagnostických postupů, ošetřování a léčby, diagnózy- hlavní a vedlejší, záznam o dosavadní léčbě a uvedení léčivých přípravků, doporučení na poskytnutí potřebné zdravotní péče včetně ošetřovatelské a doporučení léčivých přípravků a jejich dávkování. Do této kategorie jsou zahrnuty též překladové zprávy, které jsou typem zprávy propouštěcí.

4. Přijímací zpráva – vyhláška o ZD §1, odst. 1 j) informace o významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem, zejména anamnéza, k) informace zjištěné o současném zdravotním stavu. Příloha vyhlášky však dále a podrobněji již náležitosti přijímací zprávy, tak jak je tomu například u zprávy propouštěcí, neuvádí.

5. Zápis konzilia, provedeného vyšetření – podle vyhlášky o ZD, §2 a) součástí ZD jsou výsledky vyšetření včetně jejich záznamů, b) písemné informace o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu pacienta. Příloha č. 1 vyhlášky o ZD uvádí povinné náležitosti informací o provedeném vyšetření (lékařská zpráva) – údaje o zjištěném

zdravotním stavu, vč. laboratorních výsledků, údaje o dosavadní léčbě a reakci pacienta na ni, doporučení k dalšímu poskytování zdravotní péče.

6. Žádanky – příloha č.1 vyhlášky o ZD – vyžádání další zdravotní péče- uvedení požadované péče a její zdůvodnění, údaje o posledně zjištěném stavu včetně výsledků, údaje o dosavadní léčbě a reakci na ni, diferenciálně diagnostickou rozvahu, stručné zhodnocení údajů z anamnézy.

7. Vystavení DPN, ošetrovné- dle zákona č. 100/1988 o sociálním zabezpečení- povinnost vystavení potvrzení o DPN nebo vzniku potřeby ošetřování. Vyhláška o ZD §1 odst.2 m) ZD obsahuje záznam o uznání a ukončení DPN a záznam o započetí ošetřování člena rodiny a jejich délce.

8. Povinná hlášení- dle vyhlášky o ZD §2 g) záznam informací a údajů nezbytných pro jejich poskytování do NZIS, který je stanoven a upřesněn zákonem č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu.

9. Epikríza- vyhláška o ZD §2 d) 2. součástí ZD je souhrn informací o průběhu vyšetření a léčby a plán dalšího postupu, pokud ústavní péče trvá déle než 7 dnů.

10. Informovaný souhlas – dle zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, §23- poučení a souhlas nemocného- povinný písemný záznam souhlasu pacienta s poskytováním zdravotní péče a §67 ba záznam o poskytnutí souhlasu s poskytováním informací o zdravotním stavu pacienta určeným osobám. Ve vyhlášce o ZD jde o §1odst. 2 h) písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím vyšetřovacího, léčebného nebo jiného zdravotního výkonu, jestliže povinnost písemné formy souhlasu stanoví zvláštní právní předpis, nebo jestliže byl s ohledem na charakter zdravotního výkonu souhlas v písemné podobě zdravotnickým zařízením vyžádán, i) záznam o souhlasu pacienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu. V těchto dvou případech zákon i vyhláška na sebe navzájem odkazují. Detaily souhlasu však upravuje příloha vyhlášky- Písemný souhlas s poskytnutím zdravotního výkonu- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika, poučení o případných alternativách, možná omezení v obvyklém způsobu života a práci, údaje o

léčebném režimu, preventivních opatřeních a kontrolách, vyjádření pacienta o tom, že mu byly předchozí údaje sděleny, že porozuměl a měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zodpovězeny, datum, podpis pacienta a zdravotnického pracovníka, případně podpis svědka, pokud se nemůže pacient sám podepsat a důvody, proč pacient není schopen vlastnoručního podpisu a jak svou vůli projevil.

Do této kategorie jsem také zařadila případy odmítnutí poskytnutí zdravotní péče, které je upraveno podobným způsobem, dle přílohy vyhlášky o ZD obsahuje- údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebném výkonu, možné následky odmítnutí, vyjádření pacienta, že mu byly všechny údaje sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl, že měl možnost klást doplňující otázky a ty mu byly zodpovězeny a prohlášení, že i přes veškerá poučení konkrétní výkon odmítá, datum, místo hodinu a podpis pacienta a zdravotnického pracovníka, v případě nemožnosti podpisu je postup analogický souhlasu, viz výše.

11. Zajištění odborného vyšetření- tuto kategorii jsem stanovila na základě praktické zkušenosti, nemá žádnou oporu v zákoně nebo vyhlášce, avšak velmi často je to právě lékař, který domlouvá, objednává nebo jinak zajišťuje různá další vyšetření pro svého pacienta. Je to dáno především zvyklostmi jednotlivých pracovišť a zejména (ne)spoluprací mezi zdravotnickými zařízeními.

12. Práce s ošetrovatelskou dokumentací- tuto kategorii jsem stanovila také na základě vlastní zkušenosti. Péče o pacienta je týmovou záležitostí, podílí se na ní jak lékaři, tak sestry, které jsou velmi často s pacientem v častějším kontaktu, vedou ošetrovatelskou dokumentaci a musí velmi pečlivě sledovat dokumentaci lékařskou. Lékaře však ke sledování ošetrovatelské dokumentace kromě vlastního zájmu a celkový pohled na pacienta nic nenutí.

13. Kategorie „jiné“ zahrnuje všechny ostatní administrativní úkony. Především sem spadají kontroly a podpisy výsledků vyšetření pacientů, objednávání léků, administrativa regulačních poplatků, případně kódování diagnóz a výkaz výkonů.

V průběhu pracovní doby pozorovaného lékaře jsem prováděla záznamy do pozorovacího archu průběžně, souhrny jsou v půlhodinových intervalech nejen pro

lepší přehlednost, ale především z důvodu zmapování rozložení administrativní činnosti do celkové pracovní doby. Při provádění některé ze sledovaných kategorií byla tato v příslušném intervalu označena křížkem a k němu zaznamenána přesná doba trvání této činnosti v celých minutách, aby bylo možné zjistit nejen celkovou dobu činnosti, ale také například počet konkrétních zpráv. Čas byl měřen stopkami.

Součet jednotlivých časů dává odpověď na výzkumnou otázku- Kolik času ze své pracovní doby tráví lékař administrativou?

5. Výsledky

5.1. Interní oddělení

5.1.1. Popis typu

Pozorování proběhlo v pátek 15.1.2010 na ženském interním oddělení s celkovou kapacitou 27 lůžek. K pozorování byla vybrána lékařka se 7 měsíční praxí na lůžkovém oddělení interna ženy, zařazená do specializačního vzdělávání v oboru vnitřní lékařství, se zkušenostmi s chodem oddělení po dobu tří let, kdy na oddělení docházela jako studentka medicíny. Pracovní zařazení lékařka s odborným dohledem. V den pozorování měla v péči 12 pacientek na 3 pokojích, maximální možná kapacita ošetřované skupiny je 13 pacientek. K dispozici má vlastní pracovní místo s počítačem, zprávy k tisku odesílá na dvě různé tiskárny, z toho jedna je v jiné místnosti- sesterně. Lékař pověřený odborným dohledem má v péči jinou skupinu pacientek téhož oddělení a pracuje ve stejné pracovně, v pozorovaný den lékařka pracovala zcela samostatně. Začátek pracovní doby má stanoven na 7,00h, práci na oddělení zahájila v 8,00h po skončení ranního hlášení a porady lékařů oddělení. Práci má určenou na své části oddělení, nepřechází na jiná pracoviště. Kompletní pozorovací arch viz příloha č.8 . Příjmy na oddělení včetně kompletních přijímacích zpráv a vystavování DPN zajišťuje lékař příjmové ambulance, lékařce oddělení případnou příjmy pouze v případě mimořádného náporu na příjmovou ambulanci. Oddělení je k dispozici administrativní pracovnice, která zajišťuje tisk, kompletaci a zařazování definitivních propouštěcích zpráv.

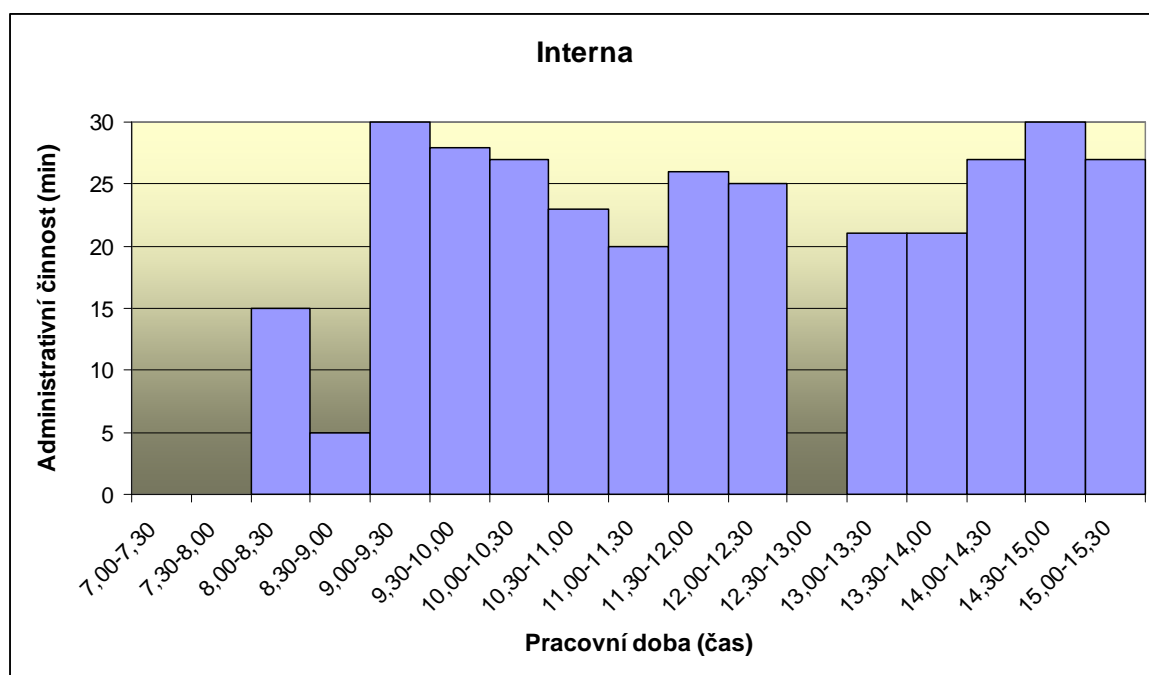
Téměř celou pracovní dobu strávila lékařka v pracovně na oddělení, u všech pacientek byl proveden zápis vizity a ordinací, čtyři byly propuštěny do domácí péče (z toho tři odcházely s prozatímní propouštěcí zprávou, jedna s definitivní propouštěcí zprávou) a jedna pacientka byla přeložena do LDN v rámci nemocnice. Dále viz kapitola 6.1.2. výsledky. Kromě přestávky na oběd opustila lékařka oddělení pouze v případě, kdy byla přivolána k pitvě pacientky zesnulé předchozí den. Přímý kontakt s pacientkami byl kromě vizity, která trvala celkem 25 minut, minimální. Pozorování bylo ukončeno s koncem pracovní doby lékařky, tj. v 15,30h.

Dle náplně práce je lékařka povinna plnit ustanovení zákoníku práce a pracovního řádu nemocnice se zdůrazněním 18 konkrétněji uvedených bodů, z nichž se 5 týká přímo administrativní činnosti- dodržování závazných právních norem, náležitě

vedení ZD, sepsání informovaného souhlasu, odpovědnost za správnost vykázaných dat o poskytování zdravotní péče a plnění formálních náležitostí při propuštění pacienta. Jen jeden bod zmiňuje další vzdělávání, ostatní se týkají léčby a spolupráce s pacientem. Přílohou náplně práce pozorované lékařky je seznam kompetencí s přesně vyjmenovanými konkrétními činnostmi. Z celkem 26 činností se jich 9 týká administrativy- příjem, propuštění, vizity, překlady- z a na JIP, jiná oddělení nemocnice a jiná zdravotnická zařízení, indikace konzilií, objednávání léků na oddělení a preskripce na recept. Celkově tedy přibližně jednu třetinu náplně práce i kompetencí tvoří dle pracovní smlouvy administrativní úkoly.

5.1.2. Výsledky

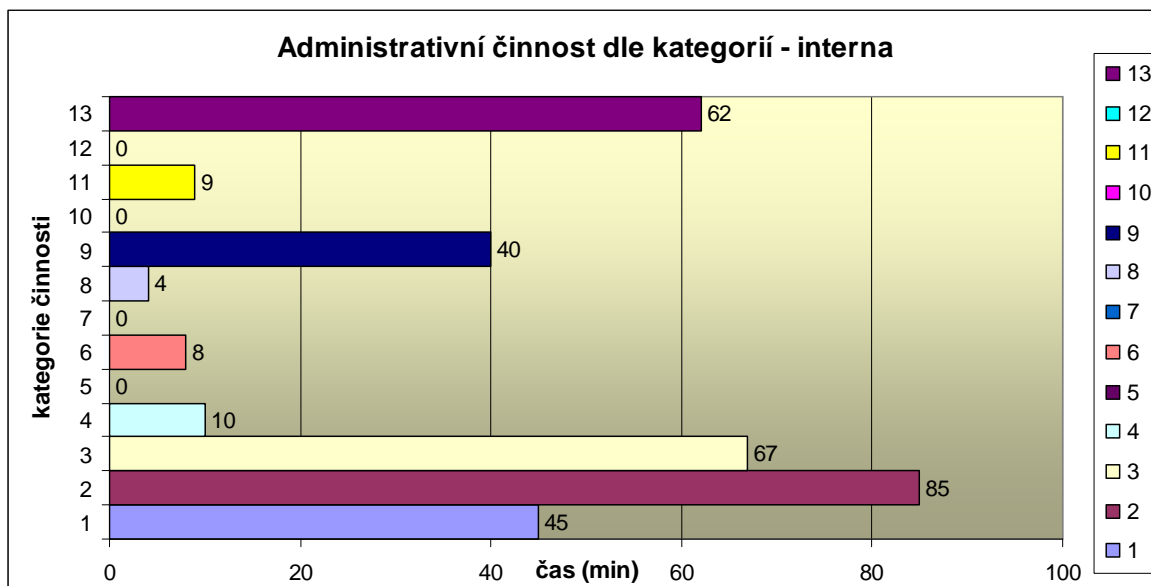
V grafu č.1 je znázorněno rozložení administrativní činnosti do pracovní doby. Z grafu je již na první pohled zřejmé pokrytí téměř celé pracovní doby administrativou. Práci na oddělení zahájila lékařka v 8,00h po ranní poradě objednáváním léků pro oddělení. Jediné intervaly, kdy došlo k poklesu administrativní činnosti pod 20 minut bylo provedení vizity v době 8,35-9,00h a přestávka na oběd (12,30- 13,00h). K mírnému poklesu došlo i kolem 11. hodiny, kdy byla lékařka přivolána k výsledkům pitvy. Za celou pracovní dobu lékařky jsem však nepozorovala žádné nadbytečné, neúčelné nebo neopodstatněné administrativní úkony.



Graf č.1- Rozložení administrativní činnosti do pracovní doby, interní oddělení.

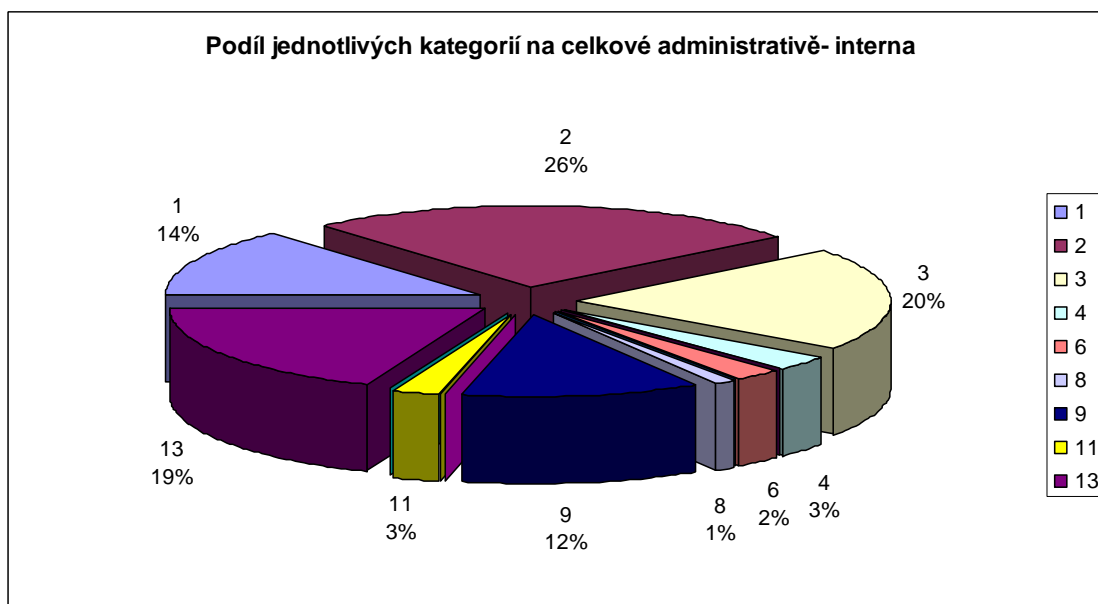
Až na ojedinělé domluvy s pacientkami veškerý čas strávila u počítače. Celkový souhrn času podle jednotlivých kategorií administrativní činnosti ukazuje graf č. 2. a jejich procentuální podíl na celkové administrativě graf č. 3, kde jsou kategorie s nulovým zastoupením pro lepší přehlednost vypuštěny. Časově nejnáročnější bylo zpracování 3 prozatímních propouštěcích zpráv (celkem 85 min.), které jsou pak následně použity jako podklad pro definitivní propouštěcí zprávy, čímž se čas nutný pro jejich vyhotovení významně zkrátí. Ty byly hned na 2.místě, avšak s celkovou dobou 67 min. na 5 zpráv (1 překlad, 1 aktuální propuštění a 3 z předchozích dní). Třetí časově nejobsáhlejší byla kategorie č.13- jiné- celkem 62min. V případě interního oddělení se jednalo především o opakované drobné úkony- vystavování dokladů o zaplacení regulačních poplatků za hospitalizaci, podepisování výsledků, vystavení receptů, jedenkrát se jednalo o hlášení hospitalizace bez souhlasu pacienta příslušnému soudu.

Přibližně stejně času 45 a 40 min. pak zabraly zápisy vizity, resp. epikrízy (kategorie 1 a 9). Problémem zápisu epikrízy je ustanovení ve směrnici nemocnice, podle které se epikrízy píší v pátek pro všechny pacienty (mimo v pátek přijatých). Vyhláška o ZD oproti tomu stanovuje povinnost zhotovení epikrízy po 7 dnech hospitalizace. V případě nemocniční směrnice je výhoda pátečních epikríz zjevná pro lékaře sloužící o víkendu, kteří tím dostanou souhrnnou a přehlednou zprávu o všech pacientech, které osobně neznají. Ale především to znamená velkou časovou ztrátu pro ošetřujícího lékaře/ lékařku, která by v tomto případě v situaci plného obsazení své skupiny pacientů musela napsat 13 zpráv, což by při současném průměru 6 minut na zprávu znamenalo téměř 1,5 hodiny času!



Graf č.2- Administrativní činnost dle jednotlivých kategorií⁵⁵

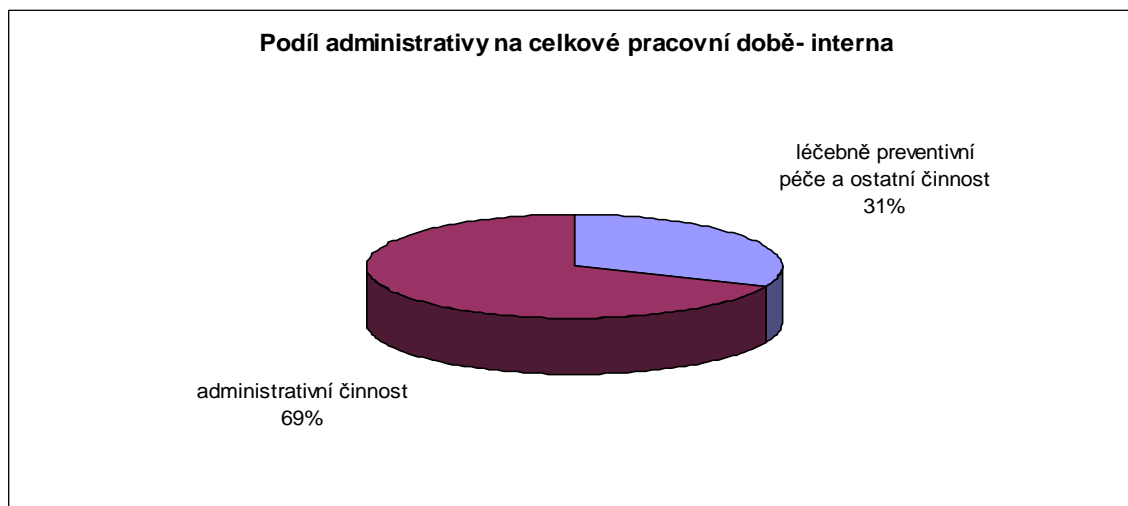
Další sledované kategorie byly již zastoupeny minimálně a jednotlivě zabraly čas pod 10 minut, celkově půl hodiny. Některé kategorie činnosti (zápis konzilia, vystavení DPN, informovaný souhlas a práce s oš. dokumentací) vůbec nenastaly.



Graf č.3- Procentuální podíl jednotlivých kategorií na celkové době strávené administrativou- interní odd.

⁵⁵ Seznam kategorií: 1- vizity a ordinace, 2- prozatímní prop. zpráva, 3- prop. zpráva, 4- přijímací zpráva, 5- zápis konzilia, vyšetření, 6- žádanky, 7- DPN, 8- povinná hlášení, 9- epikrizy, 10- inf. Souhlasy, 11- zajištění vyšetření, 12- ošetrovatelská dokumentace, 13- jiné.

V celkovém součtu lékařka za pracovní dobu strávila 330 minut administrativní činností, tj. 5,5 hodiny, což je 68,75% pracovní doby (graf č. 4)



Graf č.4- Podíl administrativy na celkové pracovní době- interní oddělení

5.2. Chirurgické oddělení

5.2.1. Popis typu

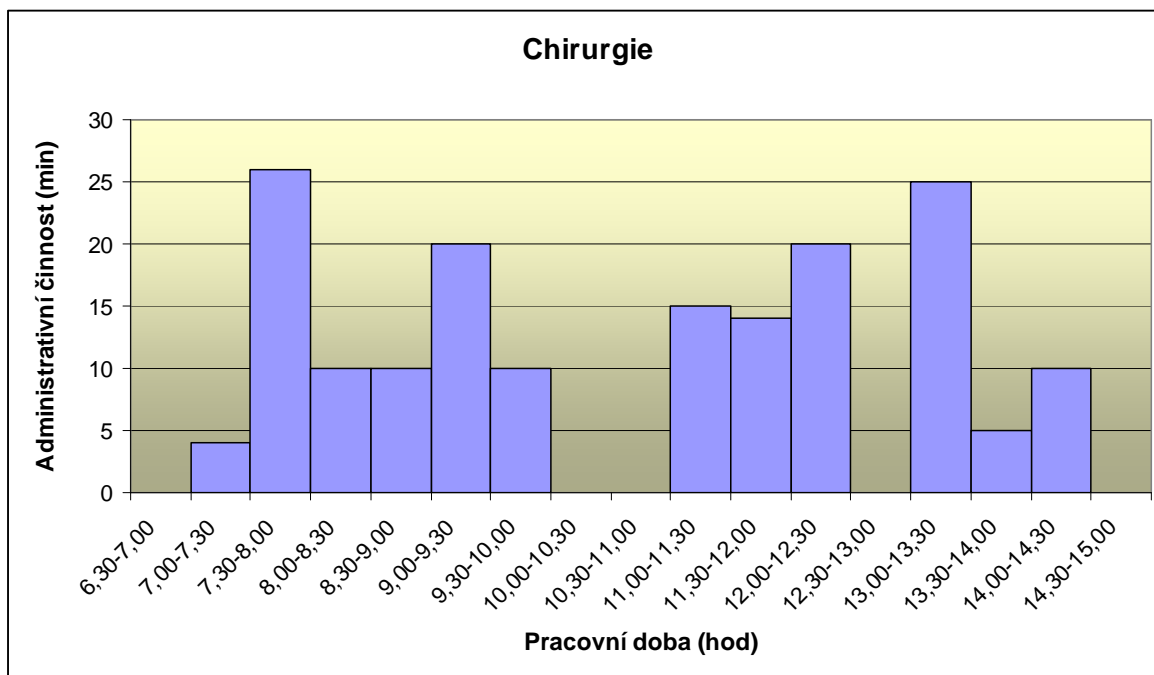
Pozorování na chirurgickém oddělení proběhlo v pondělí 18.1.2010. Vybrán byl lékař s praxí 1,5 roku, zařazený do specializačního vzdělávání v oboru chirurgie. Na starost měl 12 pacientů na třech pokojích, přičemž celková kapacita oddělení je 41 lůžek. Začátek pracovní doby je v 6,45h, kdy začíná ranní hlášení a porada lékařů. Lékař byl k dispozici pro oddělení, ve sledovaný den nebyl vypsán k výkonům na operační sály, hlavní náplní byla péče o oddělení a plánované příjmy pacientů, které se provádějí v prostoru chirurgických ambulancí mimo lůžkové oddělení ve vymezenou dobu. V případě potřeby byl k dispozici pro výpomoc v chirurgické ambulanci, zejména pro případ akutních příjmů. Vzhledem k většímu pohybu lékařů chirurgie mezi odděleními, ambulancemi, operačními a zákrokovými sály, nemají lékaři vlastní pracovní místa, na oddělení je společná pracovna se sestrami, kde jsou k dispozici 3 počítače pro všechny. V pravidelném režimu oddělení je ranní a odpolední vizita na oddělení a „rentgenová vizita“ s lékaři radiodiagnostického oddělení nad obrazovou dokumentací všech pacientů chirurgie.

Lékař byl v 6,50h odvolán s dalšími lékaři z ranního hlášení do ambulance k akutnímu ošetření raněných z autonehody, které bylo spojeno s následným příjmem 2 pacientů k hospitalizaci. Po celou další dobu nedošlo k mimořádným akutním situacím. Pozorování bylo ukončeno s koncem pracovní doby – v 15,15h, pozorovací arch viz příloha č.8.

Náplň práce má pozorovaný lékař stanovenou obecně a ve všech bodech zcela shodnou s lékařkou interního oddělení (viz kapitola 6.1.1.), tedy asi v jedné třetině se dotýká činnosti spojené s administrativou. Seznam kompetencí má rozdělen na část základní, v níž se ze 16 bodů týká 5 administrativy- příjmy, propuštění a překlady, vizity, indikace konzilií, preskripce léků a část speciální obsahující 18 bodů indikací a provedení výkonů.

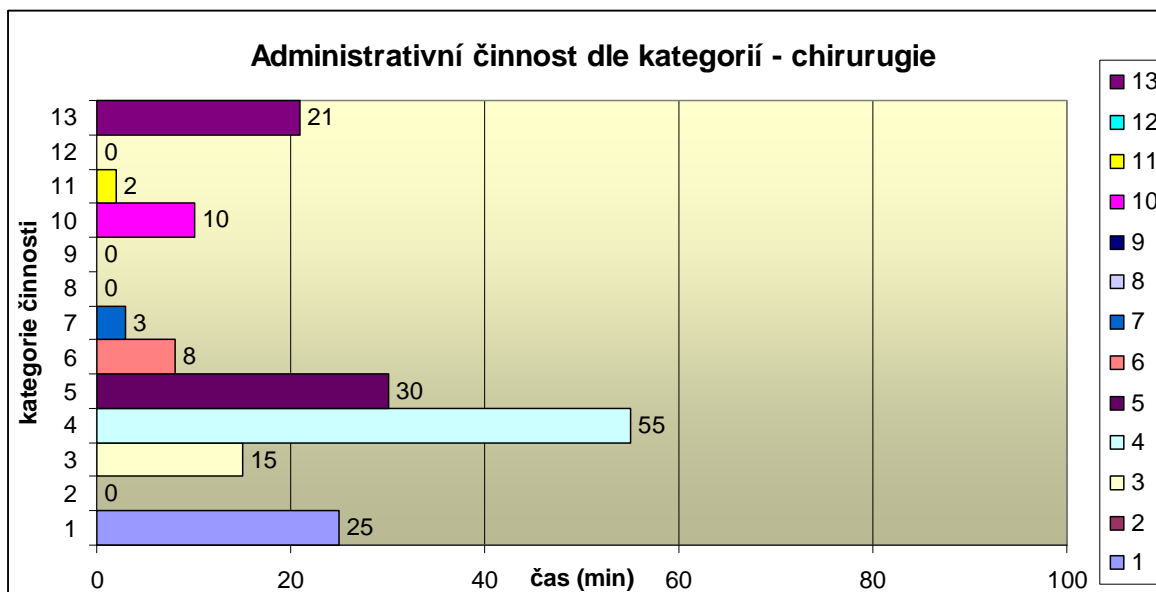
5.2.2. Výsledky

V případě lékaře na chirurgii administrativa je rozvrstvena nepravidelně (viz graf č.5), pouze ve 4 půlhodinových intervalech přesahuje dobu 15 minut- 7,30-8,00 po ošetření raněných z autonehody došlo k sepsání nálezů, přijímací zprávy, vydání dokladu o zaplacení a DPN. Dalším intervalem bylo období plánovaných příjmů na oddělení (9,00-9,30 a pak 12,00-12,30) a odpoledne v souvislosti s odmítnutím péče, sepsáním negativního reversu a propuštěním. V období 10,00-11,00h nebyla pozorována žádná administrativní činnost, stejně jako v době oběda (12,30-13,00) a na konci pracovní doby. V ostatních intervalech bylo rozložení administrativy rovnoměrné a zahrnovalo především psaní jednotlivých lékařských zpráv.



Graf č.5- Rozložení administrativní činnosti do pracovní doby, oddělení chirurgie.

Podle jednotlivých kategorií (graf č.6) je nejvýznamnější kategorie přijímacích zpráv, v celkovém čase 55 minut na 4 příjmy. Je třeba zdůraznit, že započítaný čas se týká čistě administrativního úkonu a nezahrnuje tedy čas strávený odebíráním anamnézy a vlastním vyšetřením nebo ošetřením pacienta. Následuje kategorie zápisu lékařských zpráv z ošetření a konzilia, které celkem se 4 zprávami zabralo 30 minut. Přibližně stejný čas strávil lékař zápisem vizity a ostatní administrativou (25, resp. 21 minut). Zápis vizity byl proveden pouze u dopolední vizity, do kategorie ostatní bylo zahrnuto potvrzení úhrady regulačního poplatku, negativní revers a podepisování výsledků převážně laboratorních vyšetření.

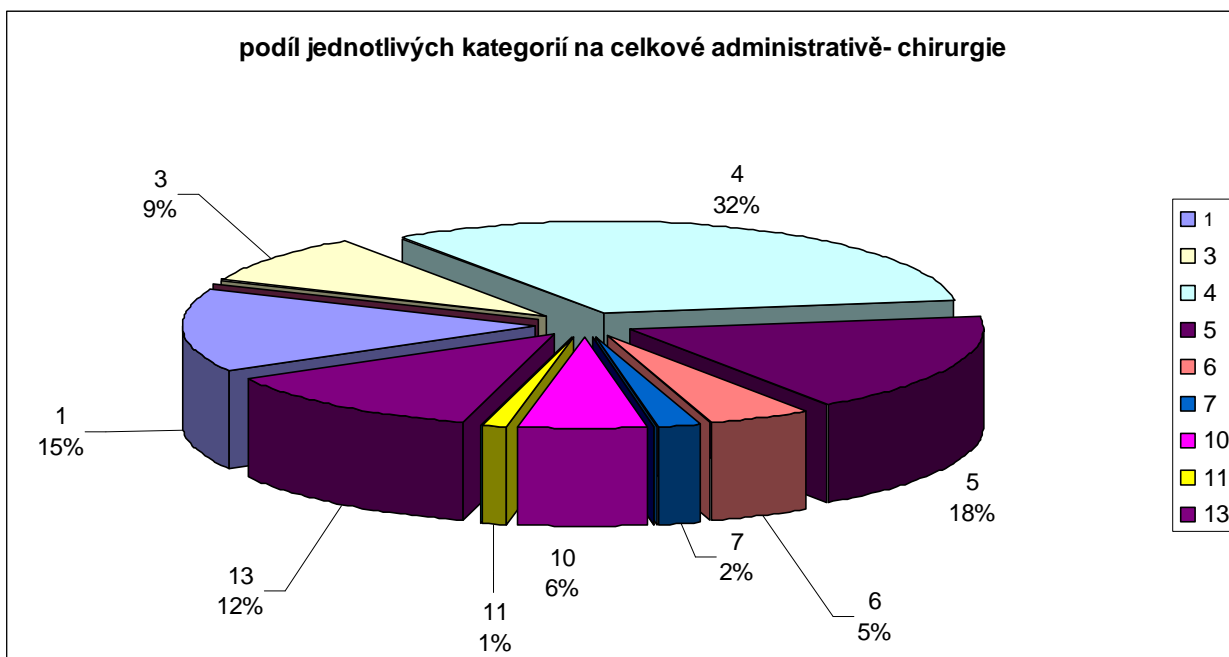


Graf č.6- Administrativní činnost dle jednotlivých kategorií, chirurgie⁵⁶

15 minut zabrala 1 propouštěcí zpráva (kategorie 3), celkem 10 minut sepsání dvou informovaných souhlasů (kategorie 10). Příprava žádanky a vystavení DPN nepřesáhly jednotlivě dobu osmi minut. Kategorie jako prozatímní propouštěcí zpráva, povinná hlášení a epikrízy a práce s ošetrovatelskou dokumentací se nevyskytly. Podíl jednotlivých kategorií znázorňuje graf č. 7, opět jsou vypuštěny nezastoupené kategorie.

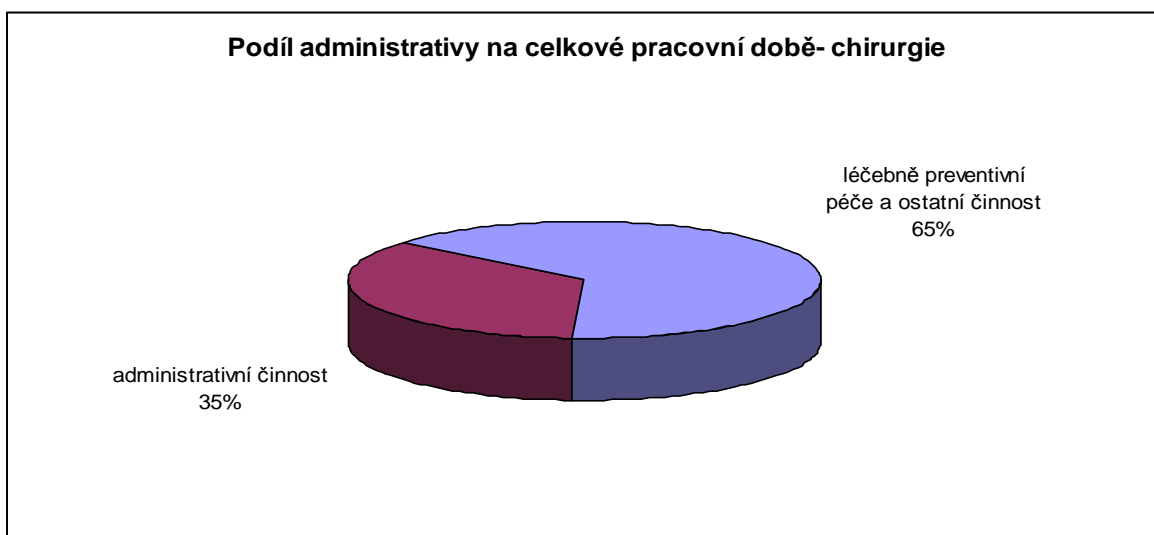
Během pracovní doby lékař opakovaně přecházel mezi oddělením a ambulancemi, provedl jedno konzilium a ošetření na ARO. Vyskytlo se několik „prostožů“.

⁵⁶ Seznam kategorií: 1- vizity a ordinace, 2- prozatímní prop. zpráva, 3- prop. zpráva, 4- přijímací zpráva, 5- zápis konzilia, vyšetření, 6- žádanky, 7- DPN, 8- povinná hlášení, 9- epikrízy, 10- inf. Souhlasy, 11- zajištění vyšetření, 12- ošetrovatelská dokumentace, 13- jiné.



Graf č.7- Procentuální podíl jednotlivých kategorií na celkové době strávené administrativou- chirurgie.

V celkovém součtu lékařů za pracovní dobu strávil 169 minut administrativní činností, tj. 2,8 hodiny, což je 35% pracovní doby (graf č. 8).



Graf č. 8- Podíl administrativy na celkové pracovní době- chirurgie

5.3. ARO

5.3.1. Popis typu

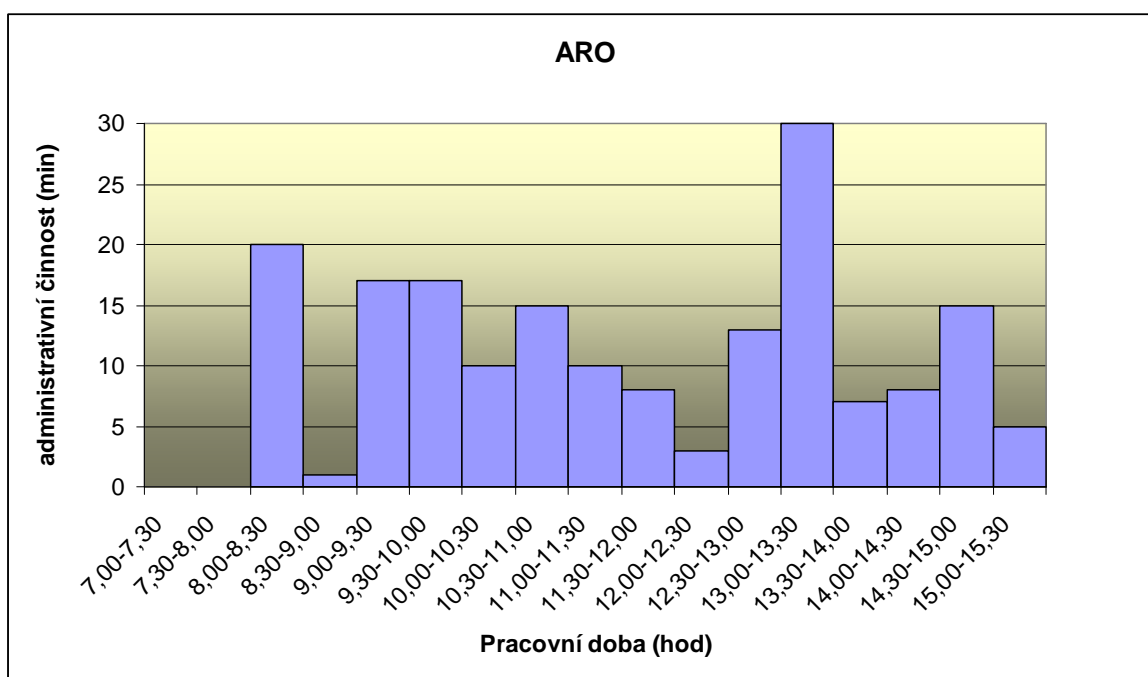
Pozorování proběhlo v pátek 22.1.2010 na anesteziologicko resuscitačním oddělení, které má kapacitu 5 lůžek. Lékaři ARO zajišťují kromě lůžkového oddělení anestezii na centrálních operačních sálech a na zákrokových a endoskopických sálech chirurgie, gynekologie a urologie, stejně jako konziliární a resuscitační činnost pro všechna oddělení nemocnice. V anesteziologické ambulanci plánují a doporučují předoperační přípravu pacientů. V současné době se oddělení potýká s nedostatkem lékařů, a proto se lékaři na lůžkové části střídají podle aktuálních potřeb oddělení a operačních programů. Pracoviště lékařů i sester na oddělení je společné, uspořádané formou pultu přímo před lůžky pacientů.

Pozorovaný lékař má 15 let praxe a atestaci 2. stupně v oboru anestezie- resuscitace. Jeho pracovní doba začíná v 7,00h ranním hlášením. Na oddělení měl v péči jednu pacientku, vizitu provedl před 8. hodinou. Oproti standardním oddělením se ARO odlišuje nejen zvýšenou frekvencí vizit a ordinací, ale především i používanou dokumentací, kdy na každých 24 hodin je jeden „ordinační list“ s časovým rozdělením po jedné hodině a řadou předdefinovaných sledovaných parametrů, do nichž se zjištěné údaje doplňují. Podobným způsobem je řešena i dokumentace ARO v nemocničním informačním systému, což značně usnadňuje a zrychluje zápisy, které jsou v hodinových intervalech, pokud dochází k náhlým změnám zdravotního stavu pacienta, tak i častěji. Souhrnné epikrízy se píší denně. V průběhu sledovaného dne lékař kromě práce na oddělení provedl několik konzilií a předoperační přípravu, mezi 10. a 11. hodinou stihl poradu ohledně problematiky standardů kvality nemocnice. Odpoledne provedl příjem jednoho pacienta. Podle sdělení pozorovaného lékaře, byl tento den neobvykle klidný. Pozorování bylo ukončeno s koncem pracovní doby v 15,30h. Pozorovací arch- příloha č. 8.

Pracovní náplň pozorovaného lékaře obsahuje celkem 13 bodů převážně obecného charakteru, administrativu zmiňují dva- vedení ZD náležitým způsobem a zpracování informovaného souhlasu. Přílohou náplně práce je „Soubor činností ARO“, rozdělený na anesteziologickou a resuscitační činnost s taxativním vyjmenováním konkrétních lékařských odborných výkonů. Pouze v resuscitační činnosti je uvedena indikace a provedení příjmu, propuštění a překlada pacienta- shrnuto ve 2 bodech z celkových 25.

5.3.2. Výsledky

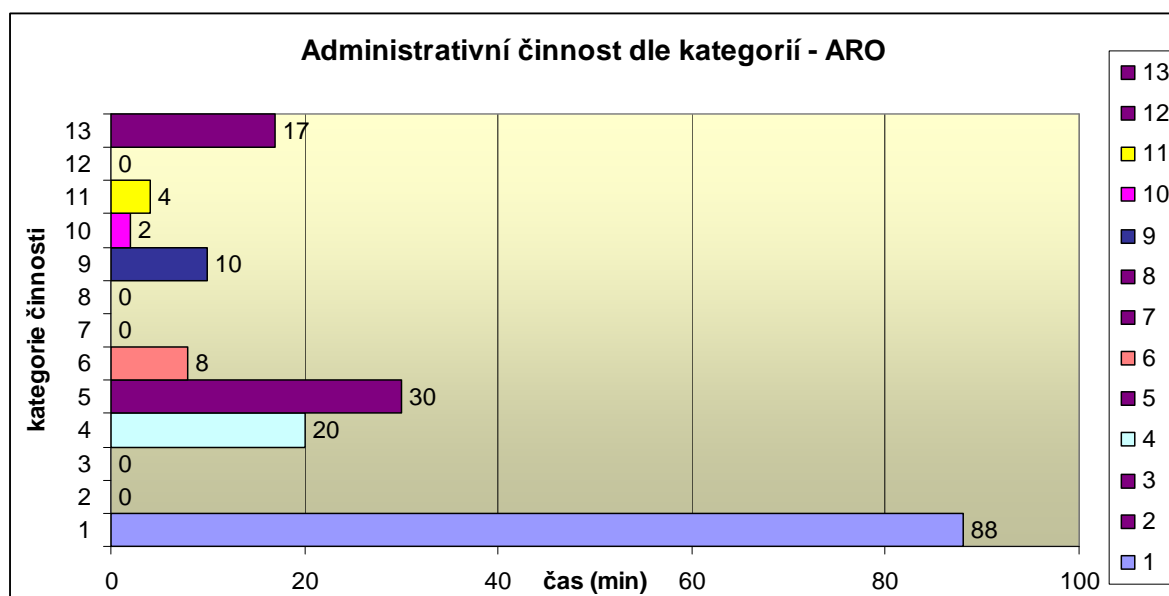
Administrativní činnost v průběhu pracovní doby znázorňuje graf č. 9. Největší vytížení zpracováváním ZD je po provedení vizity (8,00-8,30), kdy následovaly ordinace a poté v odpoledních hodinách sepsání příjmu pacienta. V ostatních intervalech převládaly průběžné záznamy stavu pacientky, zápisy z několika provedených konzilií trvaly do 15 minut.



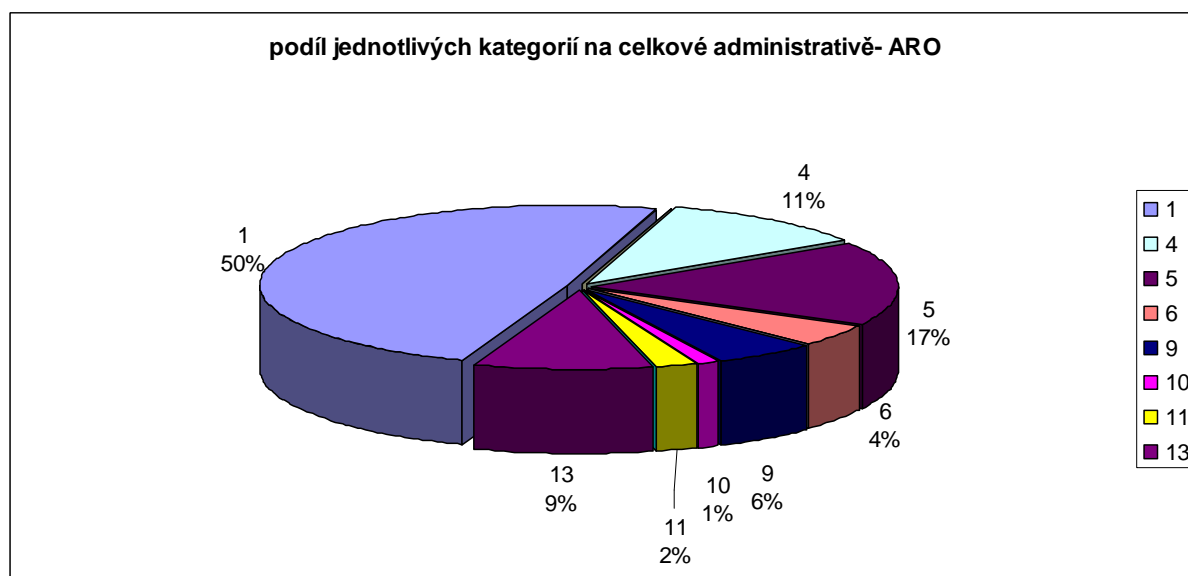
Graf č.9- Rozložení administrativní činnosti do pracovní doby, ARO.

V rozdělení na jednotlivé kategorie (graf č. 10) výrazně dominují zápisy vizity a ordinací- celkem 88 minut, dané charakterem intenzivní resuscitační péče, přičemž šlo pouze o jedinou pacientku. Celkového času 30 minut dosáhly zápisy 4 konzilií, z toho se ale tři zápisy týkaly jednoho pacienta z interní jednotky intenzivní péče, u kterého bylo pro akutní zhoršení stavu konzilium žádáno opakovaně. Ostatní jednotlivé kategorie zabraly 20 minut (příjem pacienta) a méně- 17 minut kategorie ostatní zahrnovala podpisy výsledků a zpracování pošty pro oddělení, závěrečnou epikrizou na konci dne strávil lékař 10 minut, 8 minut trvalo zadání žádanek. V případě informovaného souhlasu zpracovaného za 2 minuty je třeba upřesnit, že se jednalo o opakování výkonu v anestezii v odstupu 3 dnů, takže pacient byl již s průběhem

a všemi náležitostmi seznámen. V pozorovaný den lékař neřešil žádné propuštění pacienta z oddělení, DPN, s ošetrovatelskou dokumentací nepracoval. Procentuální zastoupení jednotlivých kategorií znázorňuje graf č.11.



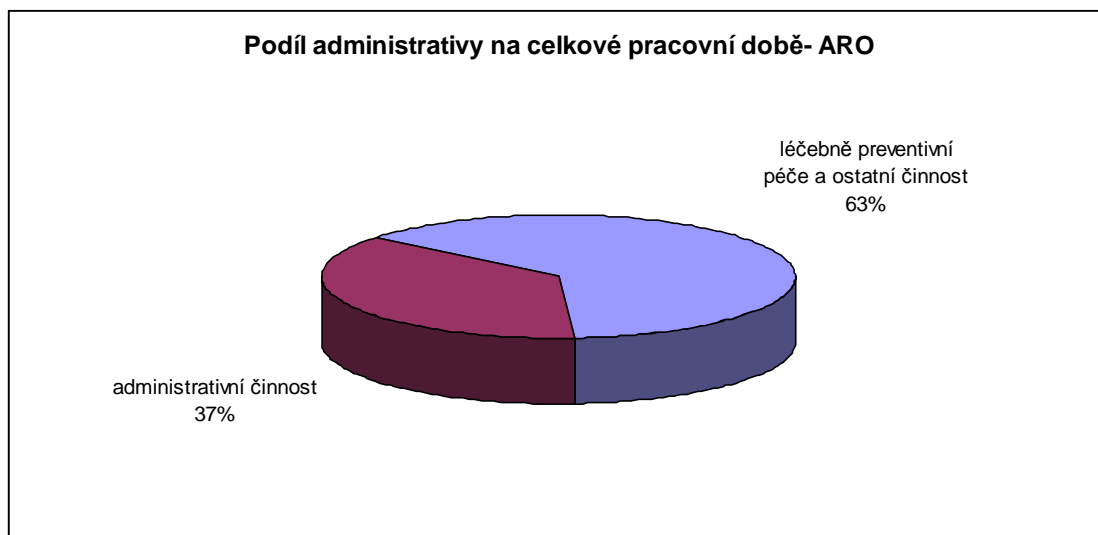
Graf č.10- Administrativní činnost dle jednotlivých kategorií-ARO⁵⁷



Graf č.11 - Procentuální podíl jednotlivých kategorií na celkové době strávené administrativou- ARO.

⁵⁷ Seznam kategorií: 1- vizity a ordinace, 2- prozatímní prop. zpráva, 3- prop. zpráva, 4- přijímací zpráva, 5- zápis konzilia, vyšetření, 6- žádanky, 7- DPN, 8- povinná hlášení, 9- epikrízy, 10- inf. Souhlasy, 11- zajištění vyšetření, 12- ošetrovatelská dokumentace, 13- jiné.

Celkově v pracovní době strávil lékař ARO 179 minut administrativou, což jsou 3 hodiny, tedy 37% pracovní doby, jak je patrné z grafu č.12. Je nutné ale opět připomenout, že na oddělení měl v péči jen jednu pacientku.



Graf č. 12- Podíl administrativy na celkové pracovní době- ARO

5.4. Srovnání

Z výsledků pozorování je zřejmé, že časově nejnáročnější bez ohledu na typ oddělení je administrativa spojená s příjmy, propouštěním pacientů a zápisy vizit a ordinací. Jsou to také nejčastější administrativní úkony. Nejméně času strávil administrativou lékař chirurgického oddělení, který jí věnoval celkem 35% pracovní doby, následoval lékař ARO s 37% a velkou většinu pracovní doby věnovala administrativě lékařka interního oddělení- 69%. Celkový přehled uvádí tabulka č. 4.

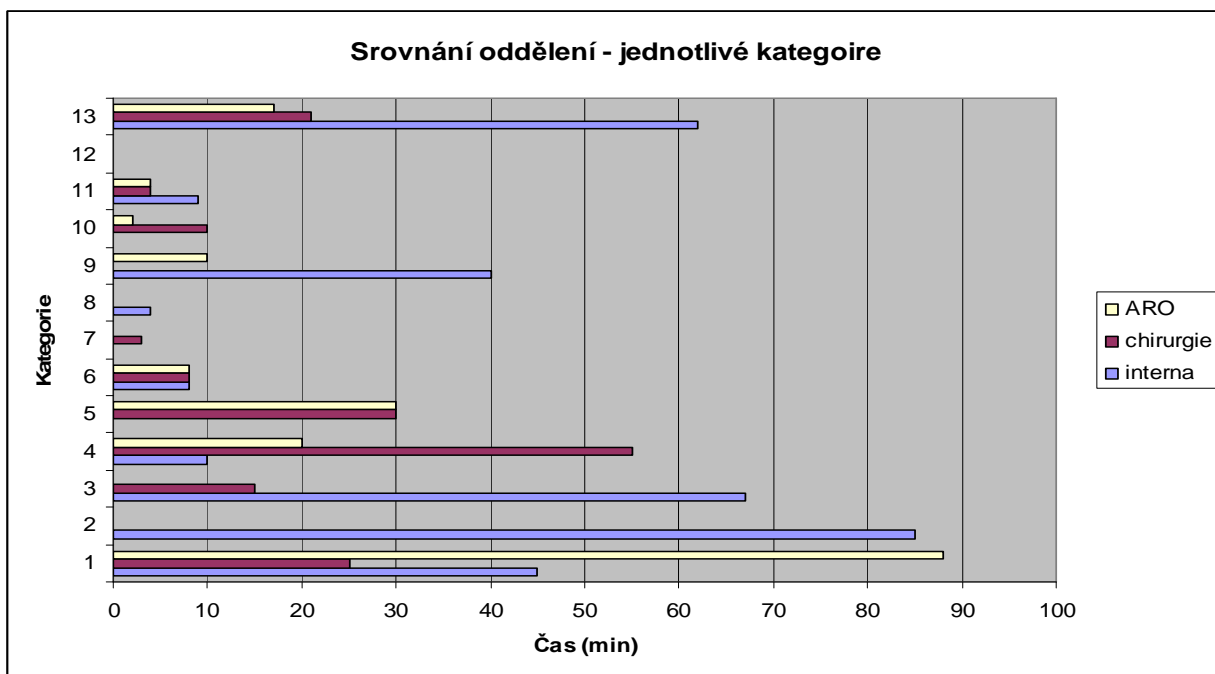
Srovnání však nelze zobecnit v rámci jednotlivých kategorií a jejich časových údajů vzhledem k tomu, že každý z pozorovaných lékařů má jinou odbornost a z toho plyne i rozdílná náplň pracovní činnosti. Práci lékaře nelze normovat, každý den je odlišný a jinak administrativně náročný, stejně tak se denně mění počet ošetřovaných pacientů. Mimo to na chirurgii i ARO může lékař pracovat různou částí pracovního

dne na operačních sálech, nebo v ambulanci. Nicméně přehled pozorováním zjištěných údajů v jednotlivých kategoriích znázorňuje graf č. 13.

Srovnání administrativní činnosti na vybraných odděleních

kategorie		interna	chirurgie	ARO
1	vizity, ordinace prozatímní. prop.	45	25	88
2	zprávy	85	0	0
3	propouštěcí zpr.	67	15	0
4	příjemací zprávy	10	55	20
5	konzilia, vyš.	0	30	30
6	žádanky	8	8	8
7	vystavení DPN	0	3	0
8	povinná hlášení	4	0	0
9	epikrízy	40	0	10
10	inf. souhlasy	0	10	2
11	zajištění vyš.	9	20	4
12	oš. dokumentace	0	0	0
13	jiné	62	21	17
celková doba(hod)		5,5	2,8	3
% z pracovní doby		69	35	37

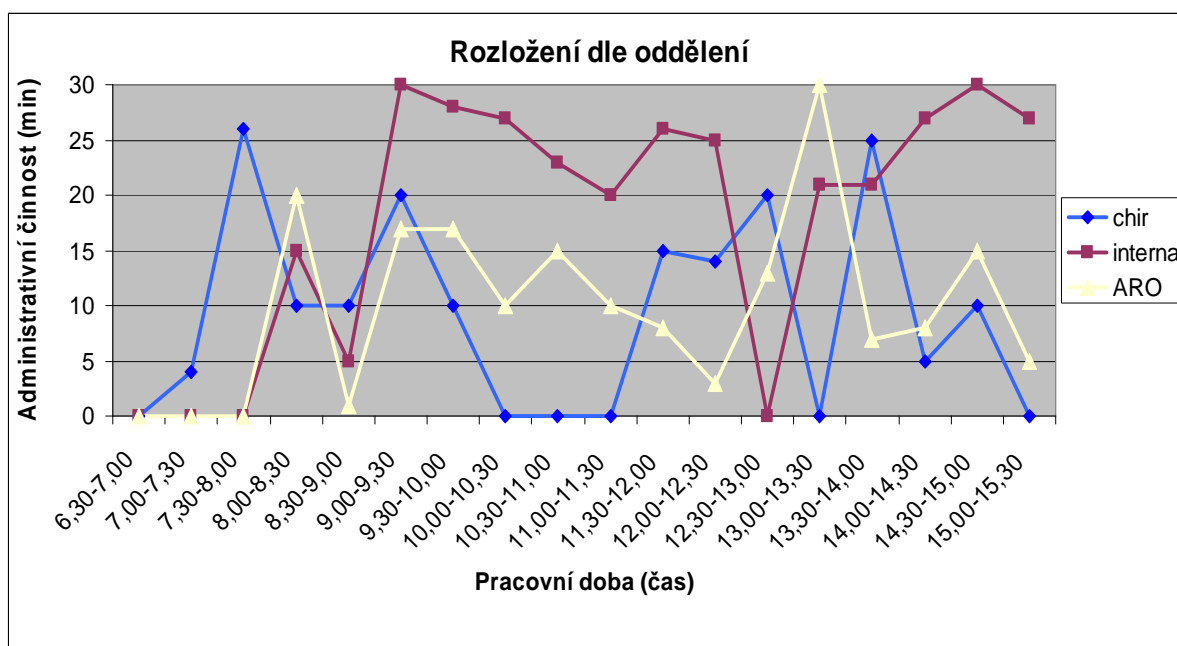
Tabulka č. 4



Graf č. 13 – Srovnání času administrativy dle jednotlivých kategorií na sledovaných odd.⁵⁸

⁵⁸ Seznam kategorií: 1- vizity a ordinace, 2- prozatímní prop. zpráva, 3- prop. zpráva, 4- příjemací zpráva, 5- zápis konzilia, vyšetření, 6- žádanky, 7- DPN, 8- povinná hlášení, 9- epikrízy, 10- inf. Souhlasy, 11- zajištění vyšetření, 12- ošetrovatelská dokumentace, 13- jiné.

Rozložení administrativy do pracovního dne se také liší v souvislosti se specializací lékaře- viz graf č. 14. Na interním oddělení je administrativa průběžná a rozložená do celé pracovní doby a jak je patrné z grafu, jediné výrazné „výpadky“ v této činnosti jsou vizita a přestávka na oběd. Pracovní doba lékaře chirurgie i ARO je více členitá, s jednotlivými administrativními vrcholy v době příjmů nebo propouštění pacientů.



Graf č. 14 – Křivky rozložení administrativy v pracovní době podle oddělení.

Lékařka interního oddělení se věnovala 12 pacientkám, se kterými byla v kontaktu, až na několik drobných sdělení během dne, jen při ranní vizitě, která trvala 25 minut. Ostatní dobu strávila zpracováním zpráv, epikrizů a výsledků. Svou práci pro konkrétní den měla jasně danou.

Lékař chirurgického oddělení měl v péči také 12 pacientů, které viděl během velké vizity, která prošla celé oddělení za 20 minut. Více komunikoval jen s jedním pacientem, který odmítal další vyšetření a hospitalizaci a nakonec byl „na revers“ propuštěn. V den pozorování nepropouštěl domů žádného dalšího pacienta, nepsal tudíž definitivní propouštěcí zprávy, propouštěcí zprávy z předchozích dní odložil,

lhůta pro jejich sepsání je do 10.dne od propuštění. Doba strávená příjmem pacienta byla přibližně stejně rozdělena na čas strávený vyšetřením pacienta a anamnézou a čas strávený sepsáním přijímací zprávy. Lékař chirurgického oddělení měl práci pro konkrétní den přibližně danou, hodně se ale pohyboval mimo oddělení.

Na ARO měl lékař v péči pouze jednu pacientku, kromě ní zajišťoval ten den konzilia. Specifikem intenzivního oboru je především jiné uspořádání dokumentace a vysoká frekvence zápisů do ní.

Společný pro všechny lékaře je používaný informační systém nemocnice. Veškerá dokumentace a zprávy zapsané elektronicky jsou tištěny a ukládány v listinné podobě. Zpracování jednotlivých zpráv na počítači a jejich tisk se velmi výrazně podílí na celkovém času administrativního úkonu, zejména v závislosti na stáří a technické úrovni jednotlivých počítačů. Například samotný tisk prozatímní propouštěcí zprávy trvá 30 sekund, kompletování definitivní propouštěcí zprávy trvá až 5 minut, vydání dokladu o zaplacení regulačního poplatku trvá 1,5-2 minuty. Jde o drobné úkony, které se však v průběhu celého dne nashromáždí a mohou v souhrnu zabrat až hodinu času, viz tabulka č. 4, např. interna- kategorie 13- jiné. Mezi tyto úkony patří také podepisování vytištěných výsledků. Většinou jde o výsledky laboratorních vyšetření a nálezy z radiologie z předchozího dne, které musí pracovník oddělení vyzvednout na určeném místě nemocnice (laboratoře, podatelna) a tudíž je lékaři dostávají s velkým, výjimečně i několikadenním zpožděním. Tou dobou již lékař má výsledky dávno zkontrolované prostřednictvím informačního systému.

Přestože je výčet administrativních povinností dle platné legislativy velmi obsáhlý, faktem je, že během pracovní doby a často i během delšího časového období se lékař s některými kategoriemi setká minimálně nebo vůbec. V případě mého pozorování bylo vyplněno pouze jedno povinné hlášení- nosokomiální nákaza, jedenkrát byl vystaven doklad o DPN a byly sepsány tři informované souhlasy. I když mohou být tyto činnosti časově náročné, vzhledem k jejich četnosti nejsou v celku natolik významné. Žádný z pozorovaných lékařů však nepracoval s ošetrovatelskou dokumentací, což podle mého názoru popírá týmovou práci v péči o pacienta, i když zásadní informace si sestry s lékaři předávaly ústně. Pokud má dojít k efektivnějšímu využití času lékařů, je nutné zjednodušit nejčastější a časově nejnáročnější úkony a těmi jsou přijímací a propouštěcí zprávy a epikrízy. Velmi negativně ale vnímám

především fakt, že je na naprosté minimum omezen čas na přímý kontakt s pacientem. Jak na chirurgii, tak i na interně se odehrál především během vizity, která ani na jednom z oddělení netrvala déle než 25 minut, na ARO oproti tomu byl čas na kontakt s pacientkou dostatečný v průběhu celého dne, i když s ohledem na zdravotní stav pacientky ztížený.

Časový rozdíl v administrativní činnosti mezi jednotlivými odděleními byl očekávatelný, zejména mezi chirurgií a internou, což je dáno i povahou a náplní samotných specializací. Výsledkem je, že všichni pozorovaní lékaři strávili administrativní činností více než třetinu pracovní doby.

6. Diskuse

Pomocí metody pozorování byla zodpovězena výzkumná otázka, kolik času tráví lékaři administrativou- lékaři tráví administrativou více než třetinu pracovní doby.

Poněkud problematické je však zhodnocení, zda je to moc nebo málo. Žádné časové nebo poměrné vyjádření jednotlivých činností lékaře neexistuje. Hlavní role a náplň práce lékaře zůstává po celou dobu historického vývoje stejná i přes společenské a ekonomické změny posledních dvou desetiletí. Především jde o preventivní, diagnostickou a léčebnou péči. Administrativní povinnosti a ekonomická hlediska poskytování lékařské péče jsou zdůrazňovány v poslední době a v praktickém výkonu povolání se stále významněji prosazují. Ve vzdělávacích specializačních programech a v pracovních smlouvách lékařů se ale objevují spíše okrajově, i přesto, že legislativa týkající se administrativy lékařů je poměrně obsáhlá. Nevýhodou legislativou daných povinností je však především fakt, že jsou obsaženy v několika různých předpisech, jsou nepřehledné a řada z nich čeká na zásadní reformu. Ač lékaři tyto prosazující se požadavky výrazně vnímají, neexistuje dostatečná odezva v přípravě na povolání, ani v nastavení pracovních podmínek.

Podotázkou bylo, zda některé z administrativních povinností mohou převzít jiní pracovníci. Některé určitě mohou. Zejména přípravu a tisk dokladů o zaplacení regulačních poplatků. Další možností převedení a zjednodušení administrativy je zavedení diktování lékařských zpráv a jejich následný přepis a kompletování do definitivní podoby, tak jak je zcela obvyklé například ve Velké Británii nebo ve Spojených státech Amerických. Zde vyvstává problém, kdo by tuto činnost v našich podmínkách zajistil. Rozhodně ne sestry, které samy bojují se záplavou formulářů. Takové zajištění by si vyžádalo přijetí administrativních pracovníků, kteří by měli smluvně zajištěnou mlčenlivost a museli by být vyškoleni alespoň v základní lékařské terminologii. Ekonomickou zátěží by bylo také zajištění dostatečného technického vybavení. Posouzení vhodnosti a nákladů takového opatření by leželo na managementu zdravotnického zařízení, s ohledem na efektivnější využití lékařů pro vlastní zajištění zdravotní péče. Ze sledovaných kategorií by se toto opatření mohlo týkat především propouštěcích a přijímacích zpráv a některých lékařských zpráv z odborných vyšetření.

Dalším možným přístupem je skutečné omezení administrativy. Aby vyhověli platné legislativě a směrnici nemocnice (příloha č.9), nemohou lékaři pozorované kategorie administrativy zcela vyloučit ze své práce. Zápisy vizit a ordinací musí zůstat zcela na lékaři, zde není pro zjednodušování moc prostoru, i když paradoxně tady si lékaři nejčastěji práci usnadňují. Nálezy ve vizitách „stav stejný“ nejsou odborně ani forenzně v pořádku, stejně tak jakákoli zjednodušení v ordinacích mohou vést k řadě nedorozumění a následně i zásadních pochybení. Problematiku epikríz by mohla vyřešit úprava směrnice nemocnice, na znění dle vyhlášky tak, aby se epikrízy psaly 7. den hospitalizace a tím by došlo k jejich rozložení do celého týdne, nikoli hromadné psaní v pátek.

Ke zjednodušení přijímacích a propouštěcích zpráv by bylo třeba přehodnotit způsob jejich zápisu, což by bylo v moci i jednotlivých lékařů. Především jde o zjednodušení formulací, stručnost a výstižnost, vyvarovat se zdvojování zápisů a přepisování jednotlivých nálezů a výsledků. Vhodné je zvážit, zda jsou v propouštěcí zprávě nutné veškeré výsledky zejména laboratorních vyšetření a tvořit tak několikastránkové zprávy místo výstižného souhrnu s uvedením jen těch nejpodstatnějších dat. Jisté rezervy by se daly nalézt i v technickém vybavení, zejména rychlosti počítačů a tiskáren, v jejich počtu a uspořádání na jednotlivých pracovištích.

Určitě lze uvažovat o vynechání povinnosti, která nyní vyplývá z nemocniční směrnice, razítkovat a podepisovat veškeré vytištěné výsledky, bylo by možné toto omezit pouze na výsledky z jiných zdravotnických zařízení nebo externích pracovišť, které nejsou v informačním systému nemocnice. V počítači jsou zejména laboratorní nálezy přehlednější, seřazeny chronologicky a tak i lépe srovnatelné. A lékař je stejně sleduje aktuálně v počítači a nečeká na jejich doručení v listinné podobě, která je potřebná pro založení do dokumentace. Vyhláška o ZD totiž pouze stanoví, že výsledky jsou součástí ZD a nestanovuje další náležitosti.

Výrazným a systémovým řešením by mohla být celková změna způsobu vedení ZD. V úvahu připadá vedení ZD v elektronické podobě a její vytištění do listinné podoby až s ukončením hospitalizace pacienta, jak je tomu například v Masarykově onkologickém ústavu v Brně. ZD v této podobě by byla často přehlednější, než obvyklé listování v několika složkách a dohledávání například

konkrétního laboratorního výsledku. Výrazně by však stoupl požadavek na technické vybavení pracovišť .

Řešením poněkud revolučnějším a neobvyklým, leč možným, by byla inspirace z USA, kde jsem jako studentka medicíny strávila měsíc na stáži na dětské chirurgii. Základem je přísné a přesné rozdělení kompetencí mezi jednotlivé zdravotnické pracovníky a jednoznačné stanovení „normálních“ nálezů. Pak je možné, že veškerá zdravotnická dokumentace má formu strukturovaných formulářů a dotazníků, do kterých se „zakřížkovává“ a doplňují se pouze abnormální nálezy- ukázka formuláře přijímací zprávy - přijetí a vstupní vyšetření viz příloha č.10 Lékař je ušetřen dlouhého sepisování zprávy a také nehrozí, že vynechá záznam o nějaké tělesné funkci, všechny zprávy mají stejné uspořádání a nejsou poznamenány „spisovatelskými“ schopnostmi lékaře. S formulářem může také lékař dojít kamkoli za pacientem a má zprávu ihned kompletní. Propouštěcí zprávy jsou zhotoveny formou přepisu diktátu lékaře, který pak výsledný zápis zkontroluje a podepíše. Kdežto naše běžná přijímací zpráva a zhodnocení aktuálního stavu pacienta probíhá formou popsání čistého listu papíru, s osobními údaji pacienta, případně s předdefinovanými kategoriemi anamnézy a základním fyziologickým fyzikálním nálezem, který se přepisuje a upravuje dle skutečnosti a může se stát, že něco zůstane opomenuto. Přitom podobný formulářový systém s výběrem, jak je výše popsán používají již sestry pro ošetrovatelskou anamnézu- viz příloha č. 11.

Z jiného úhlu pohledu je možné další řešení. Předpokládám, že by mi za ně kolegové netleskali, ale zohledňuje všechny zmiňované změny ve společnosti a v roli lékaře. Přijmout fakt, že administrativa je součástí práce lékaře a z velké části dokladem jeho správného postupu a přístupu. Dá se očekávat, že toto přijetí by bylo velmi bolestné, protože vyžaduje změnu vlastního přístupu, snahu o efektivní využití pracovní doby, dobrou organizaci práce s omezením prostojů a podporu zaměstnavatele, který by tento přístup musel přijmout a podpořit a zřejmě i navýšit počet pracovních úvazků tak, aby lékaři administrativu nevnímali jako obtěžující práci navíc a zvládali ji v klidu během pracovní doby. S legislativním podkladem vedení ZD a jejími náležitostmi by měli být seznámeni již medicíci během studia.

Hlavním úskalím pro hledání optimálního řešení zůstává nedostatek podkladů. Tato práce je v podstatě jen sondou a nahlédnutím do problému v rámci vybraných oddělení konkrétního zdravotnického zařízení. Zatím se však nikdo detailně skutečným objemem administrativní činnosti lékařů nezabýval, neexistuje obecné určení, jaký podíl administrativy je „norma“ pro správné vedení a organizaci lékařské péče. Ani v zahraniční literatuře se mi nepodařilo najít informace, že by někdo sledoval časovou náročnost a objem administrativy lékařů, kromě opakovaných konstatování, že administrativy přibývá. Nebylo zkoumáno, zda je veškerá požadovaná administrativa potřebná a opodstatněná.

Je tedy výzvou především pro management zdravotnických zařízení, aby provedl podobné šetření v rámci vlastní instituce, na jehož základě by mohl optimalizovat využití a organizaci pracovní doby lékařů, stejně tak zjištěnému stavu přizpůsobit personální a technickou vybavenost nebo upravit vlastní směrnice dotýkající se administrativy nad rámec povinné legislativy.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit, kolik času stráví lékaři během své pracovní doby administrativou a zda by bylo možné tuto činnost převést na jiné pracovníky.

V teoretickém podkladu je řešena především problematika vývoje role lékaře a její změny v souvislosti s měnícími se požadavky doby a společnosti, obsah etických kodexů a lékařských slibů a jejich promítnutí do náplně práce a kompetencí. Navazuje celkový přehled legislativy řešící obsah a náležitosti zdravotnické dokumentace, oznamovací povinnosti v souvislosti se zdravotním stavem jednotlivých občanů i celé populace a z toho vyplývající veškeré administrativní povinnosti lékaře.

Praktická část se týká vlastního výzkumu, který se zaměřil na lékaře lůžkových oddělení a proběhl metodou pozorování vybraných lékařů z oddělení interního, anesteziologicko-resuscitačního oddělení a oddělení chirurgie ve Svitavské nemocnici, a.s. Na základě platné legislativy byly vytvořeny pozorované kategorie administrativní činnosti lékařů, které byly následně zaznamenávány a měřen čas jejich provedení.

Výsledkem je zjištění, že bez ohledu na odbornost, tráví lékaři více než třetinu pracovní doby administrativou, přičemž výrazně vyšší je podíl administrativy na interním oddělení, kde administrativní činnost přesahuje dvě třetiny pracovní doby. V diskusi jsou zvažovány možnosti omezení administrativy nebo jejího převedení na jiné pracovníky, které však naráží především na legislativní rámeček. V úvahu připadají především organizační změny, změny způsobu vedení zdravotnické dokumentace, nepřidávat další povinnosti vnitřními směnicemi, na administrativní pracovníky je možné převést především „zapisovací funkci“.

Je ovšem také nutné zdůraznit rezervy na straně lékařů, kteří ne vždy dokáží optimálně reagovat na měnící se požadavky. Rezervy jsou zejména v přístupu ke složkám jejich výkonu, které se přímo netýkají léčebně diagnostické péče, někdy není dostatečně efektivně využita pracovní doba.

Vzhledem k tomu, že výzkum byl zaměřen na konkrétní zdravotnické zařízení, nelze jeho výsledky jednoznačně zobecnit, určitě přínosné je však pro management daného

zařízení . Bylo by vhodné realizovat i rozsáhlejší šetření napříč různými typy zdravotnických zařízení, zajímavé by bylo i zaměření na administrativní zátěž všeobecných sester. Otázkou je však volba techniky, protože přímé pozorování je velmi náročné jak na čas, tak i na pozornost.

V praxi chybí ustanovení, které by alespoň orientačně určovalo, jaký objem administrativy je normální součástí výkonu povolání lékaře, i s vědomím toho, že práce lékaře je velmi pestrá a nelze ji přesně normovat. Z dostupných zdrojů není ani patrné, že by se problematikou objemu administrativní zátěže lékařů někdo detailněji zabýval.

Seznam použité literatury:

BABBIE, Earl. *The Practice of Social Research*. 12th ed. Wadsworth: Cengage Learning, 2007. 410 s. ISBN-13: 978-0-495-59842-8.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované vyd., Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BURIÁNEK, Jan. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. 1. vyd. Linde Praha, a.s. 2005. 204 s. ISBN 80-7201-544-3.

HONZÁK, Radkin: *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 166 s. ISBN 80-7262-032-0.

IVANOVÁ, Kateřina: *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.

KRÁLOVÁ, Jaroslava, HANSMANNOVÁ, Lenka, a PAPEŠ, Zdeněk. *Preventivní strategie v přípravě lékařů. Zdravotnictví v České republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví. 2009, roč. 12, č. 3, 123 s. ISSN 1213-6050.

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Vlastním nákladem, 1998. 134 s. ISBN 80-238-0937-7.

MACH, Jan, a RATH, David: *Právní sebeobrana lékaře*. 2. vyd. Presstempus s r.o., 2006. 144 s. ISBN 80-903350-6-3.

MÁŠOVÁ, Hana, aj.: *České zdravotnictví, vize a skutečnost. Složitá peripetie od plánů k realizaci*. 1. vyd. UK v Praze: Karolinum. 2005. 252 s. ISBN 80-246-0944-4.

MUNZAROVÁ, Marta: *Vybrané kapitoly z lékařské etiky III. Kodexy lékařské etiky a jiná etická doporučení*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 2000. 56 s. ISBN 80-210-2417-8.

Nařízení vlády č. 469/2002 Sb., kterým se stanoví katalog prací a kvalifikační předpoklady a kterým se mění nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, v platném znění.

Počet vyšetření na 100 obyvatel ČR 2008. *ÚZIS*. Cit.17.11.2009. Dostupné na <http://www.uzis.cz/cz/dps/data/frame.html?T0=2100+&T1=REG+CZE+&T2=ROK+r2008+>.

PRUDIL, Lukáš: *Vybrané kapitoly práva pro zdravotnický management*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 2006. 82 s. ISBN 80-244-1304-3.

Průzkum: změna role lékařů. *Zdravotnické noviny*. Praha: Strategie. ISSN 0044-1996. 2007, roč. 56, č. 15, s. 8.

SCHNEIDER, Milan, KOUDELKA, Ferdinand: *Úvod do základů sociologických výzkumů*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1993. 118 s. ISBN 80-7067-302-8.

SILVERMAN, David: *Qualitative Research. Tudory, Metod and Practice*. 2nd ed. London: Sage Publications, 2004. 378 s. ISBN 0-7619-4934-8.

SURYNEK, Alois, KOMÁRKOVÁ, Růžena, a KAŠPAROVÁ, Eva: *Základy sociologického průzkumu*. 1.vyd. Praha: Management Press, 2001. 160 s. ISBN 80-7261-038-4.

TATE, Peter: *Příručka komunikace pro lékaře. Jak získat důvěru pacienta*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 164 s. ISBN 80-247-0911-2.

TAUBERY, Paulína. *Prestiž povolání*, CVVM (online). Vydáno 29.8.2008, cit. 13.12.2009. Dostupné na http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100819s_eu80829.pdf.

VESELÁ, Jana: *Sociologický výzkum a jeho metody*. 2.vyd. Univerzita Pardubice, 2006. 92 s. ISBN 80-7194-847-0.

VLČEK, František: *Řízení kompetencí zdravotnického personálu v kontextu zajištění kvalitní a bezpečné péče*. Disertační práce LF UP v Olomouci. 2009. 124 s.

Vyhláška MZČR č. 358/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci, v platném znění.

Vyhláška č. 31/1993 Sb. o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení, v platném znění.

Vyhláška č. 552/2004 Sb. o předávání osobních a dalších údajů do NZIS pro potřeby vedení registrů, v platném znění.

Vyhláška MZČR č. 91/1984 Sb. o opatřeních proti přenosným nemocem, v platném znění.

Vyhláška MZČR č. 11/1988 Sb. o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky, v platném znění.

Vyhláška č. 19/1988 Sb. o postupu při úmrtí a o pohřbivnictví, v platném znění.

Vzdělávací programy podle zákona 95/2004 Sb. . *Institut postgraduálního vzdělávání*. Cit. 10.12.2009.

dostupné na <http://www.ipvz.cz/vzdelavaci-programy.aspx?skupina=1>.

Zákon č. 239/1920 Sb. o povinném hlášení chřipky, v platném znění.

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

Zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství, v platném znění.

Zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení, v platném znění.

Zákon č. 37/1989 Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, v platném znění.

Zákon č. 582/1991 Sb. o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění.

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

Zákon č. 359/1999 Sb. o sociálně- právní ochraně dětí, v platném znění.

Zákon č. 123/2000 Sb. o zdravotnických prostředcích a o změně některých zákonů, v platném znění.

Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, v platném znění.

Zákon č. 301/ 2000 Sb. o matrikách, jménu a příjmení, v platném znění.

Zákon č. 361/2000 Sb. o provozu na pozemních komunikacích, v platném znění.

Zákon č. 119/2002 Sb. o střelných zbraních a střelivu, v platném znění.

Zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v platném znění.

Zákon č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění, v platném znění.

Zákon č. 262/2006 Sb. Zákoník práce v platném znění.

Zákon č. 189/2008 Sb. změna zákona o uznávání odborné kvalifikace a změna dalších zákonů, v platném znění.

Zákon č. 40/2009 Sb. trestní zákoník, v platném znění.

Seznam použitých zkratk:

ČLK	Česká lékařská komora
DPN	Dočasná pracovní neschopnost
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
SÚJB	Státní úřad pro jadernou bezpečnost
ZD	zdravotnická dokumentace

Seznam tabulek:

Tab.č. 1- Přehled zákonů určujících administrativní činnost lékařů.....	41-42
Tab.č. 2- Přehled vyhlášek určujících administrativní činnost lékařů.....	42
Tab.č. 3- Kategorie administrativní činnosti v pozorovacích archu.....	46
Tab.č. 4- Srovnání administrativní činnosti na vybraných odděleních.....	64

Seznam grafů:

Graf č.1- Rozložení administrativní činnosti do pracovní doby, interní oddělení.....	52
Graf č.2- Administrativní činnost dle jednotlivých kategorií, interní oddělení.....	54
Graf č.3- Procentuální podíl jednotlivých kategorií na celkové době strávené administrativou- interní odd.....	54
Graf č.4- Podíl administrativy na celkové pracovní době- interní oddělení.....	55
Graf č.5- Rozložení administrativní činnosti do pracovní doby, chirurgie.....	57
Graf č.6- Administrativní činnost dle jednotlivých kategorií, chirurgie.....	58
Graf č.7- Procentuální podíl jednotlivých kategorií na celkové době strávené administrativou- chirurgie.....	59
Graf č.8- Podíl administrativy na celkové pracovní době- chirurgie.....	59
Graf č.9- Rozložení administrativní činnosti do pracovní doby, ARO.....	61
Graf č.10 - Administrativní činnost dle jednotlivých kategorií, ARO.....	62
Graf č. 11- Procentuální podíl jednotlivých kategorií na celkové době strávené administrativou- ARO.....	62
Graf č.12- Podíl administrativy na celkové pracovní době- ARO	63
Graf č. 13 – Srovnání času administrativy dle jednotlivých kategorií na sledovaných odděleních.....	64
Graf č. 14 – Křivky rozložení administrativy v pracovní době podle oddělení.....	65

Seznam příloh:

- Příloha č.1- Hippokratova přísaha
- Příloha č.2- Ženevská deklarace
- Příloha č.3- Doktorský slib LF MU v Brně
- Příloha č.4- Etický kodex ČLK
- Příloha č.5- Práva pacientů
- Příloha č.6- Průvodní dopis
- Příloha č.7- Pozorovací arch
- Příloha č.8- Vyplněné pozorovací archy
- Příloha č.9- Směrnice Vedení zdravotnické dokumentace, Svitavská nemocnice, a.s.
- Příloha č.10- Formulář příjmu a vstupního vyšetření Children's Medical Center of Dallas
- Příloha č.11- Formulář pro ošetřovatelskou anamnézu- Svitavská nemocnice a.s.

Přílohy:

Příloha č.1

HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA

„Přísahám při lékaři Apollonovi a Asklepiovi a Hygieii a Panaceii a při všech bozích a bohyních, jež беру za svědky, že budu plnit podle svých schopností a podle svého úsudku tuto přísahu a smlouvu:

Budu považovat toho, který mě naučil tomuto umění, za rovnocenného svým rodičům budu žít svůj život v partnerství s ním. Bude-li mít potřebu peněz, rozdělím se s ním o svůj díl, budu se dívat na jeho potomky tak jako na své bratry v mužské linii a budu je učit tomuto umění- budou-li si přát být tomuto učeni, a to bez odměny a bez smuvní listiny, podělím se o předpisy, ústní instrukce a o všechny ostatní vědomosti se svými syny a se syny toho, který mě učil, a s žáky, kteří podepsali závazek a složili přísahu dle lékařského zákona, ale s nikým jiným.

Budu aplikovat dietetická opatření pro dobro nemocných podle svých schopností a podle svého úsudku, budu je chránit před poškozením a před křivdou.

Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mě žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhu. Podobě nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a v posvátnosti budu střežit svůj život a své umění.

Nepoužiji nože, dokonce ani ne u lidí trpících kameny, ale ustoupím ve prospěch těch, kteří se zabývají touto prací.

Navštívím-li kterýkoliv dům, přijdu pro blaho nemocného a budu prost jakékoliv záměrné nepravosti, veškeré zlomyslnosti a obzvláště sexuálních vztahů se ženami nebo s muži, ať se svobodnými nebo s otroky.

Cokoli uvidím nebo uslyším v průběhu léčení nebo dokonce mimo léčení v pohledu na život lidí, to, co se v žádném případě nesmí šířit mimo dům, vše si nechám pro sebe, vždyť bych se musel stydět o tom mluvit.

Jestliže splním tuto přísahu a neporuším ji, mohu mít zaručeno, že se budu radovat ze života a z umění a že budu ctěn a proslulý mezi všemi lidmi na všechny časy, které přijdou, jestliže ji však poruším, a budu přísahat falešně, ať je opak toho všeho mým údělem.“

(převzato z: Munzarová, vybrané kapitoly z lékařské etiky III. Kodexy lékařské etiky a jiná etická doporučení, Brno 2000.)

Příloha č.2

ŽENEVSKÁ DEKLARACE

„ V okamžiku, v němž budu přijat jako člen lékařské profese:

Slavnostně slibuji, že zasvěťím svůj život službě lidství,

Svým učitelům budu projevovat úctu a vděčnost, která jim náleží,

Své povolání budu vykonávat se svědomitostí a důstojností,

Zdraví mého pacienta bude mým prvořadým zájmem,

Budu ctít tajemství, která mě byla svěřena, a to dokonce i po smrti pacienta,

Budu udržovat všemi prostředky , které jsou v mých silách, dobré jméno a ušlechtilé tradice lékařské profese,

Mojí kolegové budou mými bratry,

Nedopustím, aby úvahy o náboženství, národnosti, rase, politické straně nebo sociálním postavení zasahovaly mezi mé povinnosti a mého pacienta,

Budu zachovávat tu nejvyšší úctu k lidskému životu od jeho počátku a to dokonce i pod hrozbou a nepoužiji svých lékařských znalostí v protikladu k zákonům lidství,

Toto vše slibuji slavnostně, svobodně a na svou čest.“

(převzato z: Munzarová, vybrané kapitoly z lékařské etiky III. Kodexy lékařské etiky a jiná etická doporučení, Brno 2000.)

Příloha č.3

DOKTORSKÝ SLIB

Doktorský slib skládá student při doktorské promoci , slib zní:

Promotor:

Vaše Magnificence, vážený pane rektore, spectabilis, vážený pane děkane, vážené dámy, vážení pánové!

Clarissimi ad medicinae doctoris gradum promovendi,

ukončili jste studium na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity a s úspěchem vykonali všechny zkoušky předepsané pro ty, kdož chtějí dosáhnout titulu doktora medicíny. Obracíte se na nás nyní s žádostí, aby Vám byl na tomto slavnostním shromáždění tento titul udělen.

Dříve však musíte složit slib, že budete vždy jednat tak, jak to vyžaduje titul, který obdržíte.

SPONDEBITIS IGITUR:

PRIMUM vos semper doctrinam, qua nunc polletis, populi commodo consulturos, officia vestra rite, diligenter, humane, ita denique ut eorum ratio a vobis quandocumque reposci possit, semper praestituros, omniaque semper incrementa, quae progrediente tempore haec ars ceperit, culturos atque provecturos;

DEIN vos semper vivendi rationem, quoad facultate et iudicio consequi poteritis, sanis aegrisque utilem praescripturos; vitam atque artem vestram castam et ab omni scelere puram servaturos animumque vestrum soli saluti hominum observandae intenturos; quae vero inter curandum aut in vita hominum communi vel videritis, vel audieritis, quae minime efferi oporteat, sicut arcana silentio suppressuros;

POSTREMO vos Universitatis Masarykianae, necnon eius facultatis medicae, in qua medicinae doctoris gradum assecuti eritis, piam perpetuo memoriam habituros, eiusque res ac rationes, quoad poteritis, esse adiuturos.

Itaque cum non ignoretis, quo modo vos ipsos obligaturi sitis, omnia ea, quae praefatus sum, EX ANIMI VESTRI SENTENTIA SPONDEBITIS AC POLLICEBIMINI?

Kandidáti doktorského titulu jednotlivě: SPONDEO AC POLLICEOR.

Promotor:

Qua fide publice praestita iam nihil impedit, quominus gradum illum adipiscamini.

ERGO EGO PROMOTOR RITE CONSTITUTUS VOS EX DECRETO ORDINIS MEI MEDICINAE DOCTORES CREO, CREATOSQUE RENUNTIO, OMNIA MEDICINAE DOCTORIS IURA AC PRIVILEGIA IN VOS CONFERO VOSQUE OFFICIIS CUM HOC GRADU CONIUNCTIS OBSTRINGO. CUIUS IN REI FIDEM HAEC DIPLOMATA UNIVERSITATIS SIGILLO INSIGNITA VOBIS IN MANUS TRADO.

Když jste se veřejně tímto slibem zavázali, již nic nebrání tomu, abyste titulu dosáhli.

PROTO JÁ, ŘÁDNĚ USTANOVENÝ PROMOTOR, VÁS Z ÚŘEDNÍ MOCI JMENUJI DOKTORY MEDICÍNY, VAŠE JMENOVÁNÍ VEŘEJNĚ VYHLAŠUJI, UDĚLUJI VÁM VŠECHNA PRÁVA A VÝSADY DOKTORA MEDICÍNY A ZAVAZUJI VÁS K POVINNOSTEM, KTERÉ S TÍMTO TITULEM SOUVISEJÍ. NA DŮKAZ TOHO ODEVZDÁVÁM DO VAŠICH RUKOU DOKTORSKÉ DIPLOMY OPATŘENÉ UNIVERZITNÍ PEČETÍ

Zdroj: http://www.muni.cz/med/general/legal_standards/matriculatory_pledge

Příloha č.4

STAVOVSKÝ PŘEDPIS č. 10 ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

ETICKÝ KODEX ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

§ 1

Obecné zásady

(1) Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.

(2) Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení, a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.

(3) Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.

(4) Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.

(5) Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

§ 2

Lékař a výkon povolání

(1) Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).

(2) Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.

(3) Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.

(4) Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry

mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.

(5) Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.

(6) Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu k jiným než léčebným účelům.

(7) Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.

(8) U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.

(9) Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem.

(10) Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.

(11) Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.

(12) Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.

(13) Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.

(14) Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.

(15) Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch.

(16) Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činnosti, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.

(17) Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.

(18) Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

§ 3

Lékař a nemocný

(1) Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.

(2) Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.

(3) Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.

(4) Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.

(5) Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

§ 4

Vztahy mezi lékaři

(1) Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence a přiznáním práva na odlišný názor.

(2) Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiných lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.

(3) Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.

(4) Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně

písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.

(5) Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně, a to lékařem vedeným v seznamu České lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

§ 5

Lékař a nelékař

(1) Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

(2) Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a dalších osob, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

Závěrečná ustanovení

§ 6

Účinnost

(1) Tento Stavovský předpis č. 10 - Etický kodex České lékařské komory nabývá účinnosti dne 1. 1. 1996.

(2) Tento Stavovský předpis č. 10 – Etický kodex České lékařské komory byl novelizován rozhodnutím představenstva ČLK dne 22. 6. 2007 a nabývá účinnosti dne 22. 7. 2007

Příloha č. 5

Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a

ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních následcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Tato práva pacientů byla prohlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR.

Příloha č.6

Vážená kolegyně/ vážený kolego,

v současné době dokončuji studium oboru Management zdravotnictví na Fakultě zdravotnických věd UP v Olomouci. Tématem mé diplomové práce je Administrativní zátěž lékařů. Jak víme z praxe, administrativních úkonů stále přibývá a ne vždy jsme přesvědčeni o jejich nezbytnosti. Proto je cílem mé práce odpovědět na tyto otázky:

Kolik času z pracovní doby tráví lékař administrativou?
Jaká je efektivita pracovní doby lékaře a které jeho činnosti by mohli převzít jiní pracovníci?

Podkladem pro nalezení odpovědí bude výzkumné šetření, na kterém se budete podílet a které proběhne metodou pozorování činnosti lékaře v praxi.

Pozorování bude obnášet mou přítomnost při všech Vašich pracovních činnostech po celou pracovní dobu v jeden náhodně vybraný den. Budu přesně zaznamenávat veškerou administrativní činnost, čas a dobu potřebnou k jejímu provedení.

Sledované kategorie administrativní činnosti: zápisy vizity a ordinací, přijímací, propouštěcí a překládová zpráva, zápis konzilií, žádanky, DPN, epikrízy, povinná hlášení, informované souhlasy, list o prohlídce mrtvého, operační protokol a ostatní.

Obsah ani odborná stránka těchto záznamů není předmětem zkoumání. Do Vaší práce nebudu nijak zasahovat.

Záznam bude anonymní, uvedena bude pouze Vaše odbornost a oddělení, kde bylo pozorování provedeno.

V případě Vašeho zájmu budete s výsledky výzkumu a kompletní diplomovou prací seznámen/a.

Děkuji za spolupráci, MUDr. Magda Krechlerová 

Příloha č.7

	11.00-11.30	11.30-12.00	12.00-12.30	12.30-13.00	13.00-13.30	13.30-14.00	14.00-14.30	14.30-15.00	15.00-15.30
zápis vizity a ordinace									
prozatímní propouštěcí zpráva									
propouštěcí zpráva									
příjmací zpráva									
zápis konzilia									
příprava žádank									
vystavení DPN									
povinná hlášení									
epikrizy									
informované souhlasy									
zajištění odb. vyšetření									
práce s oš. dokumentací									
jiné									

Příloha č. 8

Pozorovací arch – administrativní zátěž lékařů

Datum pozorování: 15.1.2010

Místo pozorování: Svitavská nemocnice a.s.

Pozorovatel: MUDr. Magda Krechlerová

Pozorovaný

Oddělení: INTERNA

Pracovní zařazení: lékař odd. s dohledem

Doba praxe: 6 měsíců

Specializace: zařazení do spec. vzdělávání

Pracovní doba: 7^h - 15^h30

Poznámky:

3 polkoje - 12 pac. (kapacita 13 pac.)

kommunikace - lékař - sestra !!!

lékař má svůj prac. stůl s PC

prostoj ☺

15.1. 2010

INTERNA

7^{15-8⁰⁰} předání
 příloha pro
 předání uš. LDU

kategorie administrativní činnosti	6,30-7,00	7,00-7,30	7,30-8,00	8,00-8,30	8,30-9,00	9,00-9,30	9,30-10,00	10,00-10,30	10,30-11,00
zápis vizity a ordinace <i>vč. lp</i>						X 16 min	X 7 min X 3 X 3 X 1	X 25 min	X 15
prozatímní propouštěcí zpráva						X 25 min			
propouštěcí zpráva									
příjímací zpráva									
zápis konzilia									
příprava žádánek									
vystavení DPN									
povinná hlášení									
epikrizy									
informované souhlasy									X 2
zajištění odb. vyšetření									
práce s oš. dokumentací				X 15 min bluž. řj.	X 5 min podpis výsledků	X 2 dohled o zap.		X 2 práce	X 2 práce
jiné									

15.1.40

INTERNA

	11,00-11,30	11,30-12,00	12,00-12,30	12,30-13,00	13,00-13,30	13,30-14,00	14,00-14,30	14,30-15,00	15,00-15,30
zápis vizity a ordinace		X2			X3				
vč. Dp prozatímní propouštěcí zpráva	X5	X12 přelad	X15			X7	X7 X5	X10 X10	X8
propouštěcí zpráva									
přijímací zpráva								X10	
zápis konzilia									
příprava žádánek	X3 X3	X2							
vystavení DPN									X4 maslovou. A.
povinná hlášení			X10		X9 X5 X4	X5 X7 X			
epikrizy									
informované souhlasy									
zajištění odb. vyšetření	X3 X2								
práce s oš. dokumentací	X2 plátka	X2 plátka				X2 plátka	X10 X5 fax	X3 anest. v NIS opř. v NIS	R Dp X10
jiné									podpisy výsledků 15.1.2015

Pozorovací arch – administrativní zátěž lékařů

Datum pozorování: 13.1.2010

Místo pozorování: Svitavská nemocnice a.s.

Pozorovatel: MUDr. Magda Krechlerová

Pozorovaný

Oddělení: CHIRURGIE

Pracovní zařazení: lékař oddělení

Doba praxe: 1,5 roku

Specializace: spec. v dělávaní chirurgie

Poznámky:

prac. doba 6⁴⁵ - 17¹⁵
3 polojazy, 12 lidí

navštíva 32 vě. vizy - IIIIIIIIIII
18.1.10 OK1

kategorie administrativní činnosti	6.45 - 7 předání										
	6,30-7,00	7,00-7,30	7,30-8,00	8,00-8,30	8,30-9,00	9,00-9,30	9,30-10,00	10,00-10,30	10,30-11,00		
zápis vizity a ordinace				IIIIIIIIII	30 min						
prozatímní propouštěcí zpráva											
propouštěcí zpráva			X15			X10					
přijímací zpráva			X			X5.....110					
zápis konzilia <i>vyšetřena v amb.</i>			X5								
příprava žádank		X4	X2								
vystavení DPN			X3								
povinná hlášení											
epikrizy									X5		
informované souhlasy											
zajištění odb. vyšetření											
práce s oš. dokumentací											
jiné			X plátek								

1/1/1 + 20

18.1.10 CHIRUM

	11,00-11,30	11,30-12,00	12,00-12,30	12,30-13,00	13,00-13,30	13,30-14,00	14,00-14,30	14,30-15,00	15,00-15,30
zápis vizity a ordinace		X5							
prozatímní propouštěcí zpráva					X15				
propouštěcí zpráva			X15						
přijímací zpráva	X15	X5				X5			
zápis konzilia, vyšetření		X2							
příprava žádánek									
vystavení DPN									
povinná hlášení									
epikrizy									
informované souhlasy									
zajištění odb. vyšetření		X2							
práce s os. dokumentací									
jiné					X10 nurus			X10 výsledky	

Handwritten notes: "Hand" above the 12:30-13:00 column and "dy vizity" above the 13:30-14:00 column.

Pozorovací arch – administrativní zátěž lékařů

Datum pozorování: 22.1.2010

Místo pozorování: Svitavská nemocnice a.s.

Pozorovatel: MUDr. Magda Krechlerová

Pozorovaný

Oddělení: ARO

Pracovní zařazení: lékař s spec. způsobilostí 2 at.

Doba praxe: 15

Specializace: ARO 2. dotace

Poznámky:

1 pacient na ARO lůžka (se 5)

kategorie administrativní činnosti	6,30-7,00	7,00-7,30	7,30-8,00	8,00-8,30	8,30-9,00	9,00-9,30	9,30-10,00	10,00-10,30	10,30-11,00
zápis vizity a ordinace		predava	X 20 →				X 5		X 15
prozatímní propouštěcí zpráva									
propouštěcí zpráva									
příjímání zpráva									
zápis konzilia, výř.						X 5	X 10	X 10	
příprava žádánek				X 1					
vystavení DPN									
povinná hlášení									
epikrizy						X 2			
informované souhlasy									
zajištění odb. vyšetření									
práce s oš. dokumentací						X 4 CHIP	X 6 dab. JIF	X 2 posta	
jiné									

ARO 22.1.2010

	11,00-11,30	11,30-12,00	12,00-12,30	12,30-13,00	13,00-13,30	13,30-14,00	14,00-14,30	14,30-15,00	15,00-15,30
zápis vizity a ordinace	X 5	X 8		X 5	X 10	X 5	X 5	X 5	X 5
prozatímní propouštěcí zpráva									
propouštěcí zpráva					X 20				
příjmací zpráva	X 5								
zápis konzilia ^u _{14.30}				X 5			X 2		
příprava žádank									
vystavení DPN									
povinná hlášení								X 10	
epikrizy									
informované souhlasy									
zajištění odb. vyšetření				X 5			X 1		
práce s oš. dokumentací									
jiné			X 5 přílohy			X 2 zadpis epikriz e. despekuliv			



SVITAVSKÁ NEMOCNICE, a. s.
Kollárova 643/7, 568 25 Svitavy

Verze: 04	SMĚRNICE	Proces: III. PLP
Fáze: užívání		Důležitost dokumentu: II.
Platnost od: 1. 5. 2008	SM/SN/40/05-08	Platnost do: 30. 4. 2009
Počet stran: 12		Počet příloh: 4

Název: VEDENÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

OBSAH:

1. Úvod
2. Funkce a atributy zdravotnické dokumentace
3. Součásti zdravotnické dokumentace při hospitalizaci
4. Manuál k vedení zdravotnické dokumentace
5. Přílohy

	Jméno	Datum	Podpis
Vypracoval	MUDr. Pavel Ingr, vedoucí lékař týmu kvality	30. 4. 2008	
Přezkoumal	MUDr. Pavel Kunčák, náměstek LPP	30. 4. 2008	
Schválil	MUDr. Pavel Havíř člen představenstva a ředitel a. s.	30. 4. 2008	
Uvolňuje	Marie Lásková, manažer kvality	30. 4. 2008	
Aktualizace	30. 4. 2009		
Rozdělovník	Ř, MK, vedoucí úseků a oddělení		

1. Úvod

Zdravotnická dokumentace (ZD) obsahuje informace o onemocnění klienta, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem klienta a s postupem při poskytování zdravotní péče (§ 67b odst. 2 písm. b) zákona č. 20/1966 Sb.).

Vedení zdravotnické dokumentace ukládá zákon č. 20/1966 Sb., v novém § 67b, odst. 1 – zdravotnická zařízení jsou povinna vést zdravotnickou dokumentaci.

V naší nemocnici používáme jednotný dokumentační systém HINZ, který představuje nejmodernější evropskou formu vedení a uchovávání zdravotnické dokumentace, plně vyhovuje legislativním normám a respektuje akreditační standardy.

2. Funkce a atributy zdravotnické dokumentace

Dokumentace je vedena proto, abychom co nejlépe diagnostikovali a léčili a abychom svůj postup dokázali prokázat a obhájit.

Řádně vedená dokumentace je dostatečně podrobným, chronologicky vedeným, čitelným a srozumitelným zápisem o:

- plánu diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče
- vývoji a průběhu zdravotního stavu klienta, včetně anamnézy
- získaných výsledcích vyšetření
- závěrech, které z nich byly vyvozeny, včetně pracovních diagnóz, epikrizí a návrhu dalšího postupu
- podniknutých diagnostických a terapeutických opatřeních a doporučení
- podání nebo předepsání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely nebo zdravotnických prostředků
- ošetrovatelské péči, průběhu ošetřování, doporučení k dalšímu ošetrovatelskému, nutričnímu a rehabilitačnímu postupu
- písemném souhlasu pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím vyšetřovacího, léčebného nebo jiného zdravotního výkonu a o souhlasu pacienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu
- vystavení příkazu ke zdravotnickému transportu, použití omezujících prostředků vůči pacientovi, o uznání a ukončení dočasné pracovní neschopnosti a o jiných významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, které byly zjištěny v souvislosti s poskytováním zdravotní péče (popřípadě písemný záznam o MU).

Základem dokumentace je záznam jednotlivých epizod. Jejich spojením vzniká záznam o hospitalizaci a záznam o ambulantním léčení.

Hlavní atributy zdravotnické dokumentace:

- průkaznost
- pravdivost
- čitelnost
- srozumitelnost
- přesnost
- přehlednost
- úplnost

Identifikace zdravotnické dokumentace – každá samostatná část zdravotnické dokumentace musí obsahovat osobní údaje pacienta (jméno, příjmení a rodné číslo nebo datum narození, není-li rodné číslo přiděleno) a označení zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo (§ 3 odst. 1, vyhlášky č. 64/2007 Sb.).

Každý **zápis** v ZD musí být opatřen datem a hodinou zápisu (uvedení hodiny není nutné u pravidelných záznamů, kdy je z harmonogramu oddělení zřejmé, kdy daná činnost, např. vizita, probíhá). Dále je nutná identifikace osoby, která zápis provedla (otisk jmenovky nebo hůlkovým písmem napsané jméno) a podpis. To není nutné u skupinové sesterské péče, kdy je zřejmé, která sestra se o klienta v dané době starala. Skupinová sestra po skončení směny musí potvrdit správnost a úplnost záznamů v ošetrovatelské dokumentaci svým podpisem a jmenovkou. V případě, že je klient ve skupině ošetřen jinou sestrou ve službě, tato má povinnost provést záznam do dokumentace a stvrdit jej podpisem a jmenovkou.

Právo zapisovat do ZD mají lékaři, všeobecné sestry, porodní asistentky, nutriční terapeuti a asistenti, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové a kliničtí psychologové, zdravotničtí asistenti. Studenti pouze s kontrasignací (tzn. spolupodpis jako předpoklad závaznosti nebo platnosti úřední listiny), stážisté, pokud mají uzavřený pracovní právní vztah s Nemocnicí ve Svitavách. Odborné učitelky předmětu ošetrování nemocných pouze tehdy, pokud mají uzavřený pracovní právní vztah s NS, nebo pokud je uzavřená smlouva mezi NS a Střední zdravotnickou školou ve Svitavách a přímé vedení výuky ošetrování nemocných je zajištěno sestrami a učitelkami, které jsou způsobilé k výkonu zdravotnického povolání v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb.

Oprava zápisu ve ZD se provádí novým zápisem s uvedením dne (popřípadě času) opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla. Původní záznam musí zůstat čitelný (§ 67b odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb.). Oprava se provádí škrtnutím jednou čarou.

Forma vedení zdravotnické dokumentace:

Dokumentace je vedena v listinné podobě. Zápis do ZD pořízený v elektronické formě se převede na papírový nosič a opatří se datem a podpisem osoby, která zápis provedla a zařadí se do zdravotnické dokumentace klienta. (§ 67b odst. 6 zákona č. 20/1966 Sb.)

Údaje ze zdravotnické dokumentace lze z listinné formy přepsat do elektronické formy pouze za podmínky, že bude zároveň uchována listinná forma (§ 67b odst. 5 zákona č. 20/1966 Sb.)

Přístup do dokumentace:

Zdravotnická dokumentace obsahuje citlivá osobní data ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, což klade na jejich ochranu vysoké nároky, podepřené navíc podstatnými sankcemi při porušení tohoto zákona.

Zdravotnická dokumentace musí být zabezpečena tak, aby k ní neměly přístup nepovolané osoby.

Zvlášť je řešeno zabezpečení dat v nemocničním informačním systému (viz. příloha č. 03 – Přístupy do NIS ve Svitavské nemocnici, a. s.).

Právo pacienta:

Podle zákona č. 111/2007 Sb., § 67b odst. 12, kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, má pacient právo:

a) na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě nebo v jiných zápisech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu; v případě

autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má nárok na informace, jejichž obsahem je popis příznaků onemocnění, diagnóza, popis terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,

b) v přítomnosti zdravotnického pracovníka, nahlížet do dokumentace uvedené v písmenu a),
 c) na pořízení výpisů, opisů nebo kopií dokumentů uvedených v písmenu a),
 d) určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu, nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě, a to při přijetí k poskytování zdravotní péče nebo kdykoliv po přijetí; pacient při určení osoby, která může být informována o jeho zdravotním stavu, zároveň určí, zda této osobě náleží též právo podle písmen b) a c); pacient může určení osoby nebo vyslovení zákazu kdykoliv odvolat; právo pacienta na určení osoby nebo na vyslovení zákazu se nevztahuje na postup uvedený v následující citaci zákona; jde-li o pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, které mohou být o jeho zdravotním stavu informovány, mají právo na aktuální informace o jeho zdravotním stavu osoby blízké (další práva pacienta na přístup k dokumentaci jsou uvedeny ve směrnici č. 71 „Ochrana osobních a citlivých údajů ve zdravotnické dokumentaci“).

Citace zákona č. 20/1966 Sb., § 67b odst. 10 a zákona č. 111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, mohou do ZD nahlížet, a to v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence:

- a) zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
- b) pověření členové příslušné komory, 10) při šetření případů podléhajících disciplinární pravomoci příslušné komory,
- c) revizní lékaři zdravotních pojišťoven v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem, 11e)
- d) soudní znalci v oboru zdravotnictví v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku zadaného orgány činnými v trestním řízení nebo soudy,
- e) lékaři správních úřadů ve zdravotnictví pověřeni vyřizováním konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení, a to v rozsahu vyplývajícím ze stížnosti, návrhu na přezkoumání nebo podnětu ve správním řízení,
- f) lékaři pověřeni ministerstvem zdravotnictví nebo krajem k vypracování odborného stanoviska k vyřizování konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení, a to v rozsahu vyplývajícím ze stížnosti, návrhu na přezkoumání nebo podnětu ve správním řízení,
- g) lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem, 11f)
- h) členové znaleckých komisí,
- i) pověření zdravotničtí pracovníci orgánů ochrany veřejného zdraví,
- j) lékaři orgánů sociálního zabezpečení při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pro účely dávek a služeb sociálního zabezpečení, důchodového pojištění, státní sociální podpory, lékařů úřadů práce pro účely zaměstnanosti, lékařů odvodních a přezkumných komisí pro účely odvodního a přezkumného řízení a lékařů určení obecním úřadem obce s rozšířenou působností pro účely civilní služby; povinnosti zdravotnických zařízení vůči orgánům sociálního zabezpečení ve věcech zdravotnické dokumentace stanoví zvláštní právní předpis, 11g)
- k) zaměstnanci státu ve zdravotnických zařízeních, zaměstnanci příspěvkových organizací, které jsou zdravotnickými zařízeními, a zaměstnanci provozovatelů dalších zdravotnických zařízení zabezpečující pro tato zařízení zpracování osobních údajů 11b) při vedení a nakládání se zdravotnickou dokumentací nebo sledování a vyhodnocování kvality poskytované zdravotní péče,
- l) zaměstnanci státu v organizační složce státu (§67c odst. 3), která zajišťuje plnění úkolů NZIS, kteří zabezpečují zpracování osobních údajů 11b) a informací o zdravotním stavu obyvatelstva, a zaměstnanci pověřeného (§67c odst. 3) nebo stanoveného zpracovatele, kteří zabezpečují zpracování osobních údajů 11b) a informací o zdravotním stavu obyvatelstva,
- m) pověřené zdravotnické zařízení v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem, 10b)
- n) veřejný ochránce práv v souvislosti s šetřením podle zvláštního zákona tak, aby byla zajištěna ochrana citlivých údajů třetích osob
- o) zaměstnanci Státního úřadu pro kontrolu léčiv, kteří provádějí kontrolu v rámci své působnosti stanovené zvláštními právními předpisy.

Osoby, které mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace, mají též právo na pořízení jejich výpisů, opisů nebo kopií v rozsahu nezbytně nutném pro potřeby splnění konkrétního úkolu. Osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace pouze v rozsahu nezbytně nutném a u pacientů stanovených pověřeným zdravotnickým pracovníkem zdravotnického zařízení, které zabezpečuje praktickou výuku osob získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání; k nahlížení do zdravotnické dokumentace takových pacientů je třeba jejich písemného souhlasu, případně souhlasu jejich zákonných zástupců. Souhlasu pacienta není třeba, není-li možné jej získat vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta. Osoby získávající způsobilost podle věty první jsou povinny o skutečnostech, o nichž se ze zdravotnické dokumentace dozvěděly, zachovávat mlčenlivost. (§ 67b odst. 11 zákona č. 20/1966 Sb.)

Uchovávání a skartace zdravotnické dokumentace se řídí podle Spisového a skartačního řádu.

3. Součásti zdravotnické dokumentace při hospitalizaci

Karta pacienta (chorobopis) může zahrnovat následující součásti.

Pro oddělení interní, chirurgické, urologické, ORL, LDN, psychiatrické:

- příjmová zpráva, epikríza, propouštěcí/překladová zpráva, zpráva o úmrtí
- denní dekurz dle předpokládané délky hospitalizace (5 – 7 - 14 dní), ARO a JIP mají zvláštní dekurz
- operační protokol a záznam o anestezii, operační sesterský záznam
- realizace ošetrovatelského plánu, hlášení sester – hodnocení, ošetrovatelský plán
- ošetrovatelská anamnéza krátkodobá, ošetrovatelský plán, realizace
- ošetrovatelská anamnéza, edukační záznam a záznam o propuštění
- plán péče o dekubity a jiné kožní defekty
- ošetrovatelská překladová zpráva
- transfúzní přípravky
- karta diabetika
- hodnocení bolesti
- akutní karta
- záznamový list o použití zdravotnických prostředků
- dialyzační záznam u hospitalizovaného pacienta
- nutriční a rehabilitační záznam
- Sociálně zdravotní záznam
- Záznam o zajištění pacienta omezujícími prostředky
- Doklad o úschově osobních věcí pacienta

Pro oddělení gynekologicko porodnické

- vyjmenované formuláře
- porodní křivka

Pro oddělení dětské a novorozenecké

- vyjmenované formuláře s označením pro dětské oddělení
- karta novorozence
- záznam novorozence

Dále jsou součástí ZD výsledky laboratorních, zobrazovacích a konziliárních vyšetření, žádanky a doporučení k vyšetření/hospitalizaci.

4. Manuál k vedení zdravotnické dokumentace

Ambulantní dokumentace

Musí obsahovat relevantní anamnestické údaje klienta včetně údajů o zjištěných alergiích. Při jednotlivých návštěvách se uvede datum návštěvy, čas vyšetření, záznam nynějšího onemocnění, záznam fyzikálního nálezu, ordinace laboratorních či konziliárních vyšetření, diagnostický závěr, doporučená terapie a termín kontrolního vyšetření. V případě, že klient není ke kontrolnímu vyšetření vyzván, uvede se, ke kterému lékaři byl předán.

Záznam o ambulantním vyšetření se 1 x zakládá v listinné formě a 1 x se ambulantní zpráva odesílá ošetřujícímu lékaři – zpravidla praktickému lékaři (viz. příloha č. 04 „Rozsah a jednotná struktura ambulantní zprávy“).

Zdravotnická dokumentace vedená při hospitalizaci pacienta

Zdravotnická dokumentace se zakládá ihned při přijetí nemocného, nejpozději však do 24 hodin po přijetí (na ARO a JIP do 4 hodin). Průběžně se doplňuje a aktualizuje a po ukončení hospitalizace se zakládá dle Spisového řádu.

Chorobopis:

Příjmová zpráva

Musí vždy obsahovat následující údaje: údaje potřebné k identifikaci klienta, jméno praktického lékaře, důvod přijetí, anamnestické údaje (vždy údaj o alergiích a užívaných lécích). Dále se uvede komplexní fyzikální vyšetření včetně údajů o hmotnosti a výšce (pokud je to možné zjistit), aktuální hodnoty krevního tlaku, tepové frekvence, tělesné teploty. Rozsah anamnézy a komplexního vyšetření pro jednotlivé odbornosti je uveden v *Příloze č.01*. Každý klient, přijatý k hospitalizaci musí mít nejpozději do 24 hodin provedeno a řádně zdokumentováno kompletní lékařské vyšetření. Na jeho základě je při přijetí stanovena pracovní diagnóza, medicínské potřeby a plán diagnostické a léčebné péče, který se dále upravuje v závislosti na změnách zdravotního stavu klienta a s ohledem na výsledky provedených vyšetření.

Dekurz

Je připraven podle délky hospitalizace na 1 (JIP a ARO) - 5 - 7 - 14 dní.

Obsahuje:

1. identifikační údaje klienta, označení oddělení, hlavní diagnózu, příp. název operace a záznam o alergiích, který je uveden červeně.
2. denně datum, pořadový den pobytu, údaj o tělesné teplotě a další hodnoty dle ordinace lékaře (krevní tlak, příjem a výdej tekutin, hmotnost, glykemie...), údaj o odchodu stolice, předpis stravy a pohybový režim pro daný den, záznamy o invazivních vstupech (i. v. kanyla, močový katetr, drény atd)
3. rozpis veškeré **léčby** pro každý den. Předepisování léků viz. *směrnici ředitele NS č. 38 „Skladování, předepisování a podávání léčiv“ a směrnici ředitele NS č. 41 „Předepisování, evidence a pravidla používání návykových látek“.*
4. Zápis z **vizity**. Na všech odděleních je prováděna lékařská vizita nejméně 1 x denně, na ARO a JIP 4x denně. Lékař denně zapíše zjištěné údaje o subjektivních potížích nemocného a objektivní nález týkající se současného onemocnění a jeho případných komplikací. Vždy je nutný podpis a jmenovka lékaře.
5. Ordinace a další zápisy: naplánovaná laboratorní, zobrazovací, konziliární a jiná vyšetření, nutriční intervence na základě hodnocení nutričního screeningu, předpis rehabilitace, ordinace měření krevního tlaku, příjmu a výdeje tekutin, hmotnosti a jiných fyziologických hodnot, záznam o propuštění, přeložení nebo úmrtí pacienta s udáním času. Laboratorní výsledky, výsledky zobrazovacích, konziliárních a jiných vyšetření potvrdí lékař svým podpisem opatřeným jmenovkou.

V případě zápisu mimo vizitu je nutné zapsat čas. Vždy je nutný podpis a jmenovka lékaře.

V případě změny ordinace bez přítomnosti sestry lze použít černého signalizačního jezdcce.

Sestra zapisuje výsledky měření fyziologických funkcí a odškrtnutím potvrzuje splnění ordinací, nepodaný lék označí do kolečka. Každý zápis je opatřen jmenovkou a podpisem s výjimkou skupinové sesterské péče, kdy je z Hlášení sester zřejmé, která sestra se o klienta v dané době starala.

Epikríza:

U každého hospitalizovaného zhotoví ošetřující lékař minimálně 1x týdně, obvykle v pátek*, písemnou epikrízu, obsahující důvod hospitalizace, její průběh a stručný diagnostický a léčebný plán. Epikríza je vytištěna na zvláštním formuláři s hlavičkou oddělení, obsahuje identifikační údaje klienta a datum, jmenovku lékaře a podpis. Formální náležitosti epikrízy viz. příloha č. 02.

* Pokud je pátek dnem pracovního volna, je epikríza zhotovena den před dnem volna.

Primář oddělení je oprávněn výjimečně povolit zhotovení epikrízy jiný den (např. při změně ošetřujícího lékaře).

Na LDN u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, zhotoví ošetřující lékař epikrízu 1x za 14 dní, při změně zdravotního stavu 1x týdně.

U klientů přijatých v pátek se epikríza nepíše.

Operační dokumentace

Operační dokumentace je vedena v den operačního výkonu, který je v dekurzu označen razítkem a to na přední straně teplotní tabulky a dále ve vizitě lékaře. Veškeré ordinace, záznamy lékaře a sestry, jsou vedeny v nultý den v akutní kartě, případně v záznamu JIP nebo ARO podle zdravotního stavu pacienta.

Tvoří ji operační protokol, záznam v knize operovaných příslušného operačního sálu, akutní karta, sesterský operační záznam (u výkonů na COS) a anesteziologický záznam (anesteziologický záznam – dospávací pokoj).

Operační protokol:

- u výkonů na COS operační protokol obsahuje: jméno a příjmení klienta, jeho rodné číslo, diagnózu, název operačního výkonu, dobu zahájení a ukončení výkonu, jeho délku, jméno operátora, jména asistentů a instrumentářky, jméno anesteziologa a anesteziologické sestry, druh anestezie. Dále popis operačního výkonu, vždy údaj o provedené kontrole počtu tamponů a operačních roušek. Operační protokol vypíše operátor do 4 hodin po operačním výkonu. Formulář se vytiskne a opatří podpisem operátora a předá se na oddělení do zdravotnické dokumentace pacienta.
- u ostatních výkonů, tedy endoskopických výkonů urologického oddělení, malých výkonů gynekologického oddělení, ambulantních výkonů na zákrovém sále chirurgie a ORL oddělení protokol obsahuje: jméno a příjmení klienta, jeho rodné číslo, diagnózu, název operačního výkonu, jméno operátora, popis operačního výkonu, údaj o provedené kontrole počtu tamponů a operačních roušek (pokud má tento údaj vzhledem k výkonu význam). Operační protokol vypíše operátor do 4 hodin po operačním výkonu. Záznam se vytiskne a opatří podpisem.

Záznam v knize operovaných: obsahuje pořadové číslo výkonu, datum výkonu, jméno a příjmení klienta, jeho rodné číslo nebo rok narození, číslo chorobopisu, diagnózu, označení výkonu, jména členů operačního týmu a jméno anesteziologa.

Za vyhotovení operačního protokolu a záznamu v knize operovaných odpovídá operátor po skončení operace.

Sesterský operační záznam: je zakládán všeobecnou sestrou instrumentářkou na operačním sále a odpovědnost za jeho vedení má „obíhající“ sestra. Operační sesterský záznam je vyhotoven v jednom provedení a předán do dokumentace pacienta nejpozději v den operačního výkonu (viz ošetřovatelský standard č. 60 „Zásady ošetřovatelské péče poskytované perioperační a anesteziologickou sestrou na COS a dospávacím pokoji).

Akutní karta a anesteziologický záznam (anesteziologický záznam – dospávací pokoj):

je veden v souladu se směrnicí č. 53 „Sledování pacienta během a po výkonu v celkovém nebo regionálním znecitlivění“. Součástí anesteziologického záznamu (anesteziologického

záznamu – dospávací pokoj), je záznam o hodnocení ošetrovatelské péče anesteziologickou sestrou (viz ošetrovatelský standard č. 60).

Dokumentace intervenčních výkonů (endoskopie)

Tvoří ji knihy pro evidenci obsahující minimálně: datum a hodinu vyšetření, pořadové číslo vyšetření, jméno a příjmení klienta, rok narození/rodné číslo, diagnózu, označení výkonu, jméno vyšetřujícího lékaře.

O vyšetření se provede záznam do dokumentace pacienta v rozsahu: jméno a příjmení klienta, jeho rodné číslo, diagnózu, název výkonu, jméno provádějícího lékaře, popis výkonu. Záznam vytiskne a opatří podpisem.

Dokumentace změn rozsahu péče (nová lékařská zpráva v NIS č. 90999)

Případná změna rozsahu další terapie musí být řádně dokumentována v písemné podobě a v NIS (lékařská zpráva č. 90999). Zápis musí obsahovat stručné zhodnocení dosavadního průběhu, vyjmenování důvodů, které vedou k této rozvaze, jasné vysvětlení důvodů, proč není konkrétní terapie dále účelná a přínosná pro pacienta a je tedy neindikovaná. Musí být jasné stanoven rozsah další terapie. Rozvahu provádějí a stvrdí podpisem minimálně dva lékaři se specializovanou způsobilostí, podléhá následnému schválení primářem oddělení.

Je vhodné, aby součástí zápisu byla také informace o způsobu a rozsahu informování pacienta a příbuzných.

Omezení rozsahu péče se v žádném případě netýká ošetrovatelské péče. Zdravotnická dokumentace je dál vedena dle platných směrnic.

Upozornění na změnu rozsahu terapie je červeně zapsáno v dekurzu pacienta pojmy „DNR“ nebo „Rozsah péče“. DNR se použije v případě, že bylo rozhodnuto o nezahájení KPR v případě zástavy oběhu, „Rozsah péče“ je-li jiné omezení.

Na JIP může být způsob upozornění na změnu terapie upraven jinak (vydáním vlastního interního pokynu oddělení).

Propouštěcí zpráva

Každý klient propuštěný z hospitalizace je v den propuštění vybaven propouštěcí zprávou, ať už prozatímní nebo definitivní.

Předběžná propouštěcí zpráva

Obsahuje: osobní údaje klienta (jméno, příjmení, rodné číslo, bydliště), označení zdravotní pojišťovny, jméno praktického lékaře, označení zdravotnického zařízení a pracoviště, datum začátku a ukončení hospitalizace, hlavní propouštěcí (konečnou) diagnózu, stručný souhrn hospitalizace, doporučenou léčbu, další diagnostický či terapeutický postup, údaj o případné pracovní neschopnosti a záznam o předepsání léčiv. Datum, jméno a podpis propouštějícího lékaře. Kopie prozatímní propouštěcí zprávy je součástí chorobopisu.

Definitivní propouštěcí zpráva je vyhotovena nejpozději do 10 dnů po propuštění.

Obsahuje: osobní údaje klienta (jméno, příjmení, rodné číslo, bydliště), označení zdravotní pojišťovny, jméno praktického lékaře, označení zdravotnického zařízení a pracoviště, datum začátku a ukončení hospitalizace, hlavní propouštěcí (konečnou) diagnózu. Dále anamnestické údaje a vstupní fyzikální vyšetření převzaté z příjmové zprávy, výsledky provedených laboratorních, zobrazovacích a konziliárních vyšetření, u operovaných datum a název operačního výkonu, údaje o terapii během hospitalizace, záznam o průběhu hospitalizace, souhrn diagnóz, doporučení další léčby včetně vypsání medikace, event. doporučení dalších vyšetření a kontrol, údaj o případné pracovní neschopnosti a záznam o předepsání léčiv. Údaj o tom, komu byla zpráva odeslána. Datum, jméno a podpis

propouštějícího lékaře a primáře oddělení, jeho zástupce nebo jiného, primářem pověřeného lékaře.

V případě, že v době vyhotovení propouštěcí zprávy nejsou k dispozici výsledky některých vyšetření, učiní o tom ošetřující lékař do propouštěcí zprávy záznam a výsledky sdělí po jejich obdržení.

V případě překlada klienta do jiného zdravotnického zařízení nebo na jiné oddělení je při překlada zhotovena *překladová zpráva*. Má stejné náležitosti jako definitivní propouštěcí zpráva (viz směrnice č. 32 „Postup při překlada pacienta“).

V případě úmrtí klienta je vypsán *List o prohlídce mrtvého a zpráva o úmrtí*. Zpráva o úmrtí má stejné náležitosti jako definitivní propouštěcí zpráva, jen místo doporučení léčby je uvedeno doporučení pohřbu nebo pitvy. (viz směrnice č. 79 „Postup při úmrtí pacienta“). Formální jednotnost propouštěcích zpráv v naší nemocnici je zajištěna vytvářením dokumentů počítačovým systémem NIS.

Novorozenci (resp. jejich rodiče) obdrží Zprávu o novorozenci (DITIS 1130214).

Ošetřovatelská dokumentace

Každý list ošetřovatelské dokumentace musí být čitelně označen jménem a příjmením nemocného, rodným číslem a názvem pracoviště.

Záznam o zdravotním stavu nemocného učiněný v ošetřovatelské dokumentaci je při každém předání směny opatřen podpisem a jménem sestry.

Každý nemocný přijatý do ústavního léčení má založenu ošetřovatelskou dokumentaci v rozsahu odpovídajícímu jeho zdravotnímu stavu. Dokumentace se zakládá obvykle bezprostředně při přijetí, nejpozději do 24 hodin od přijetí (ARO a JIP do 4 hodin).

Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza musí obsahovat základní údaje o nemocném, které jsou nezbytné pro zahájení léčebné i ošetřovatelské péče

Je základem pro stanovení ošetřovatelské diagnózy (problému) a plánování aktuálních a potencionálních ošetřovatelských diagnóz a činností s tím souvisejících (stav vědomí, psychický stav, soběstačnost, bolest, riziko dekubitů dle stupnice Nortonové, riziko pádu, riziko podvýživy atd.).

Anamnézu odebírá a zpracovává příjmová, skupinová nebo primární sestra nejpozději do 24 hodin od přijetí. Rozsah vyšetření je dán pro všechna oddělení jednotným formulářem.

Na základě anamnestických údajů jsou stanoveny ošetřovatelské, psychologické a sociální potřeby každého klienta a je stanoven plán dalších ošetřovatelských, případně sociálních opatření. Stanovený plán se průběžně doplňuje, mění a hodnotí na základě aktuálního zdravotního stavu klienta. Je každý pátek kontrolován staniční sestrou, která jeho správnost a aktuálnost potvrdí svým podpisem a jmenovkou (sesterská vizita).

Plán ošetřovatelské péče

Souvisí s výše uvedeným. Zahrnuje tři oblasti:

1. ošetřovatelský problém (diagnóza) je výsledkem zpracování informací o nemocném
2. cíl (očekávané výsledky). Cíl musí být reálný, zahrne se pouze to, co nemocný může opravdu zvládnout. Pokud navrhované údaje neodpovídají představě sestry a schopnostem nemocného, dopíše jiný cíl vlastními slovy.
3. plán ošetřovatelské péče – navrhovaná opatření. Je zaznamenán srozumitelně pro personál a stanoven reálně pro nemocného. Péče o nemocného je záležitostí celého týmu, ne jednotlivce! Plán reviduje staniční sestra nebo sestra pracující bez odborného dohledu.

Každý okruh je opatřen podpisem sestry, která problém stanovila a sestry, která event. tuto oblast ukončila.

Realizace ošetrovatelského plánu

Obsahuje údaje o konkrétních provedených úkonech ošetrovatelské péče, které musí být denně stvrzeny podpisem sestry a jmenovkou.

U jednotlivých výkonů zaznamenáváme časový údaj provedení např. 15, 18, 22 – zbytek kolonky se na konci směny proškrtne. Provedený výkon označí sestra křížkem.

Hlášení sester – hodnocení

Obsahuje hodnocení úspěšnosti ošetrovatelských aktivit, hodnocení plánu ošetrovatelské péče a další skutečnosti, týkající se ošetrovatelské péče. Slouží zároveň jako doklad o předání pacienta písemnou formou při změně směny sester. Ústní formou je předání vedeno ze záznamů ve zdravotnické dokumentaci a podle informační tabule hospitalizovaných pacientů na pracovně sester, společně s předáním písemního záznamu. Předání ústní formou probíhá u lůžka pacienta v případě, když je založena a vedena akutní karta. Předání musí být vždy potvrzeno podpisem a jmenovkou sestry, která je v každé směně zodpovědná za provedené výkony. V hodnocení popisuje aktuální stav pacienta - biopsychosociální potřeby a popisuje intervence, které byly podniknuty k uspokojení potřeb pacienta. Písemné hodnocení obsahuje vždy číslo stanovené ošetrovatelské diagnózy a popis aktuálního stavu pacienta a reakcí pacienta na provedené ošetrovatelské výkony v souvislosti se stanovenou diagnózou. Diagnózy jsou pro větší přehlednost číslovány dle pořadí vzniku, nikoli na základě jejich priorit. U diagnóz, kdy je aktuálně u pacienta veden záznam „Plán péče o dekubity a jiné kožní defekty“ a „Hodnocení bolesti“, hodnotíme ošetrovatelskou péči na těchto formulářích společně se záznamem o ošetření defektu, stupni bolesti...pak v hlášení již není nutné tyto skutečnosti znovu zaznamenávat.

Vzhledem ke specifikům poskytované ošetrovatelské péče na oddělení LDN, je zde hlášení sester dále upraveno SOP.

Edukační záznam/propuštění

Záznam zahrnuje informace, které má nemocný znát v průběhu poskytování zdravotní péče a dále informace po propuštění domů nebo přeložení do jiného zdravotnického zařízení.

Edukující sestra stručně popíše téma edukace a způsob. Přesvědčí se, zda-li tomu nemocný správně rozuměl a vyžádá si stvrzení podpisem. Sama záznam podepíše a doplní jmenovkou. Propouštěcí záznam stručně informuje o tom, co jsme nemocnému při propuštění předali do vlastních rukou např. PN, pomůcky a jiné.

Akutní karta

Slouží pro záznamy při akutní změně stavu klienta, kdy rozsah zápisů v dekurzu překračuje jeho kapacitu. Používá se též v den operačního výkonu (jako součást operační dokumentace). Aktivně reaguje na změny stavu pacienta, které zaznamenává do akutní karty a vyplňuje všechny její náležitosti a do záznamu sestry provádí hodnocení stavu pacienta a všech ošetrovatelských intervencí. U každého záznamu je uveden čas a podpis sestry se jmenovkou. O změnách informuje službu konajícího lékaře.

Záznam o zajištění bezpečnosti pacienta omezujícími prostředky

Do záznamového listu vypíše lékař důvod použití omezujícího prostředku vč. zhodnocení pacienta před použitím omezujícího prostředku, ordinuje četnost kontrol a jejich rozsah, vč. zhodnocení pacienta po použití omezujícího prostředku. Sestra na základě ordinace lékaře a stanovení aktuálního krátkodobého ošetrovatelského plánu při omezení pacienta, zaznamenává realizaci a hodnotí ošetrovatelskou péči (viz SM č. 39). Sestra zakládá výjimečně záznam v případě nutnosti bezodkladného mechanického omezení pacienta.

Plán péče o dekubity a jiné kožní defekty

Tento záznam zakládáme: každému nemocnému, který má dekubit nebo jiný kožní defekt, nemocnému s rozsáhlými vícečetnými defekty a nemocnému s jinými defekty nehojícími se per primam. Záznamy provádí lékař i sestra, která výkon provedla a ošetřila defekty s tím, že dále plánuje ošetření na následující dny. Plán péče o dekubity a jiné kožní defekty stanovuje skupinová sestra, kontroluje sestra, která je proškolená v ošetřování ran a defektů. Metodickou pomoc a kontrolu zajišťuje staniční sestra.

Hodnocení bolesti

U klientů s bolestí, je stupeň bolesti zaznamenán při příjmu do standardizované dokumentace ošetřovatelská anamnéza a do ošetřovatelského plánu jako ošetřovatelská diagnóza.

U klientů s diagnózou bolest dále zavádíme „Hodnocení bolesti“, kde sestra uvádí stupeň bolesti, podpůrné prostředky a provádí hodnocení. Záznam je denně opatřen jmenovkou a podpisem sestry a lékaře. Bolest a její stupeň dále hodnotíme jako indikátor kvality. Sestry sledují a zadávají bolest při příjmu, propuštění a pooperační bolest do NIS „Sesterské hodnocení“

Karta diabetika

Zakládáme u nemocných při zhoršení či změně průběhu onemocnění v případě, že není dostatek místa k zapsání všech důležitých informací v dekurzu.

Rehabilitační záznam

Vede fyzioterapeut, který provádí hodnocení rehabilitační péče vzhledem ke stanovenému cíli. Záznam je opatřen jmenovkou a podpisem fyzioterapeuta.

Sociálně- zdravotní záznam

Vede sociálně – zdravotní pracovník, který provádí identifikaci a vyhodnocení potřeb pacientů během hospitalizace a zajištění souvislého poskytování služeb. Záznam je součástí dokumentace a je opatřen jmenovkou a podpisem pracovníka.

Nutriční dokumentace

- a) Formulář příjmu výživy
- b) Záznam nutričního terapeuta
- c) Předávací nutriční protokol
- d) Záznam stravy nutričně ohroženého pacienta
- e) Bilance tekutin

(viz směrnice č. 50 „Postup nutriční péče v nemocnici“).

Dialyzační záznam u hospitalizovaného pacienta

Zavede u dialyzovaného pacienta Interní, nefrologické a dialyzační centrum Svitavy (INMED).

Transfúzní přípravky

Obsahuje záznamy o aplikaci krevních derivátů.

Ošetřovatelská překládová zpráva

Zpráva doprovází každého nemocného, který je překládán do jiného zdravotnického zařízení nebo na jiné oddělení. Kopie zůstává v chorobopise nemocného. Její náležitosti jsou dány jednotným formulářem včetně nutnosti jmenovky a podpisu předávající i přebírající sestry (viz směrnice č. 32 „Postup při překládu pacienta“).

Doklad o úschově osobních věcí klienta.

Vyplní sestra při příjmu, kopii ponechá nemocnému.

Hlášení mimořádné události

Řeší ve formuláři vyjmenované mimořádné události, její hodnocení a přijatá nápravná opatření.

Projedná se s primářem oddělení a je vypracován návrh na opatření. Staniční sestra předá tiskopis do 24 hodin (po sobotní a nedělní službě do 72 hodin) náměstkovi pro ošetrovatelskou péči. Náměstek pro ošetrovatelskou péči postoupí mimořádnou událost na úsek kvality péče, kde manažer pro kvalitu s náměstkem pro LPP s odpovědnými vedoucími zaměstnanci ověří realizaci navržených opatření a promítnutí mimořádné události do systémových změn nemocnice. Manažer kvality odpovídá za statistické zpracování, které se provádí pololetně. O výsledcích informuje vedení nemocnice a vedoucí zaměstnance oddělení.

Tiskopis „Hlášení mimořádné události“ není součástí chorobopisu (příklad: při pádu pacienta se vypíše tiskopis, ale provede se záznam do chorobopisu pacienta se všemi jeho náležitostmi).

5. Přílohy:

- příloha č. 01 „Rozsah vstupní anamnézy a komplexního vyšetření pro přijetí pacienta k hospitalizaci ve SN“.
- příloha č. 02 „Formální náležitosti epikrízy“
- příloha č. 03 „Přístupy do NIS ve Svitavské nemocnici, a. s.“
- příloha č. 04 „Rozsah a jednotná struktura ambulantní zprávy“

Rozsah vstupní anamnézy a komplexního vyšetření pro přijetí pacienta k hospitalizaci ve Svitavské nemocnici, a. s..

INTERNÍ ODDĚLENÍ

Anamnéza:

Rodinná: se zaměřením na cévní nemoci, cukrovku a onkologická onemocnění.

Osobní: vždy údaj o prodělaných operacích a závažných úrazech, prodělaná závažná onemocnění a chronická onemocnění.

Gynekologická: u žen počet porodů, potratů, gyn. operace, údaje o antikoncepci, event. termín PM a možnost těhotenství.

Toxikologická: údaje o kouření a požívání alkoholu event. jiných návykových látek.

Pracovní a sociální: údaj o práci event. vystavení PN, sociálním zázemí.

Alergologická: údaje o známých alergiích, zejména lékových

Farmakologická: údaje o veškeré léčbě včetně dávkování

Nynější onemocnění:

Údaje týkající se důvodu přijetí (kdo odeslal, proč), subjektivní potíže. Vhodný je cílený dotaz na chuť k jídlu, váhový úbytek, potíže s močením a stolicí, krvácivé projevy, teploty, kašel, bolesti na hrudi, palpitace, synkopu, otoky DK a dech.

Fyzikální vyšetření:

Krevní tlak, počet pulsů, tělesná hmotnost a výška (pokud je to možné), teplota.

Lucidita, orientace, údaj o event. dušnosti, přítomnost ikteru a cyanózy, orientačně neurologické vyšetření (lateralizace, mening. dráždění), případně kožní změny a projevy krvácení, mobilita.

Dále vyšetření hlavy (zornice, spojivky, jazyk, event. zuby, hrdlo), krku (štítná žláza, náplň krčních žil, pulsace karotid), hrudníku (srdeční ozvy, dýchání, u žen vyšetření prsů), břicha (játra, slezina, tapottement, případné resistance, peristaltika, bolestivost), dolní končetiny (otoky, známky trombozy, pulsace). Vyšetření per rectum u osob nad 40 let, pokud není v dokumentaci záznam o vyšetření v posledních 6 měsících. Pokud není vyšetření provedeno při přijetí, přijímající lékař tuto skutečnost zaznamená do dekurzu. Jestliže nebylo vyšetření p.r. doplněno během hospitalizace, je tato skutečnost poznamenána v propouštěcí zprávě.

LDN

Anamnéza:

Rodinná: výskyt závažných onemocnění v rodině

Osobní: údaj o prodělaných operacích a závažných úrazech, prodělaná závažná onemocnění a chronická onemocnění.

Gynekologická: u žen počet porodů, potratů, gyn. operace

Toxikologická: údaje o kouření a požívání alkoholu event. jiných návykových látek.

Pracovní a sociální: údaj o práci event. vystavení PN, sociálním zázemí.

Alergologická: údaje o známých alergiích, zejména lékových

Farmakologická: údaje o veškeré léčbě včetně dávkování

Nynější onemocnění:

Údaje týkající se důvodu přijetí (kdo odeslal, proč), subjektivní potíže.

Fyzikální vyšetření:

Krevní tlak, počet pulsů, tělesná hmotnost a výška (pokud je to možné), teplota.

Lucidita, orientace, údaj o event. dušnosti, přítomnost ikteru a cyanózy, orientačně neurologické vyšetření (lateralizace, mening. dráždění), případně kožní změny a projevy krvácení, mobilita.

Dále vyšetření hlavy (zornice, spojivky, jazyk, event. zuby, hrdlo), krku (štítná žláza, náplň krčních žil, pulsace karotid), hrudníku (srdeční ozvy, dýchání), břicha (játra, slezina, tapottement, případné resistence, peristaltika, bolestivost), dolní končetiny (otoky, známky trombozy, pulsace).

CHIRURGICKÉ ODDĚLENÍ

Anamnestické údaje: rodinná anamnéza, sociální – zaměstnání, abusus - alkohol, kouření, farmakologická anamnéza, alergologická anamnéza

Nynější onemocnění, event. popis úrazového děje a míra zavinění jinou osobou dle pacienta

Antropometrické údaje - výška a váha

Současný přítomný stav - lucidita, kontakt s nemocným, mobilita pacienta.

Vyšetření po jednotlivých celcích - hlava, krk, hrudník, břicho, končetiny, vyšetření prsů a per rectum u indikovaných věkových skupin - může být doplněno v průběhu hospitalizace.

Status localis - detailní popis místních změn

Diagnostický souhrn

Forensní údaje: odběr krve na alkohol, hlášení policii, regresní hlášení, informace primářovi oddělení, náměstkovi LPP, řediteli apod.

UROLOGICKÉ ODDĚLENÍ

Kompletní anamnéza - RA, OA, operace, PA+SA (pracovní a sociální anamnéza), u žen GA (gynekologická anamnéza), FA (farmakologická anamnéza), AA (alergologická anamnéza), abusus.

Nynější onemocnění

Status praesens

- orientační zhodnocení celkového stavu
- orientační vyšetření - hlava, krk, trup a končetiny
- vyšetření břicha + TPT
- vyšetření zevního genitálu u mužů
- vyš. per rectum - u mužů nad 40 let, pokud není v dokumentaci záznam o vyšetření v posledních 6 měsících
- u mladších mužů dle stavu a nynějšího onemocnění
- u žen nad 45 let

GYNEKOLOGICKO- PORODNICKÉ ODDĚLENÍ

Anamnéza:

RA: výskyt závažných onemocnění v rodině

SA: zaměstnání, abusus - kouření, alkohol, drogy

OA: přehled nemocí pacientky včetně operací

AA: výskyt alergie

FA: přehled současné medikace

GA: menarché (menopauza, porody, počet, způsob) spontánní potraty, ITP, gynekologické operace,

MC (frekvence, délka a síla krvácení), PM, hormonální terapie - ATK, HRT a jiné

Nynější onemocnění: důvod hospitalizace, rekapitulace obtíží pacientky

Stav při přijetí:

výška, hmotnost, BMI, TK, TF, TT

gynekologické vyšetření: stav vnějších rodidel

vyšetření v zrcadlech - pochva, čípek - kolposkopie, event. cytologie

bimanuální palpační vyšetření

UZ - abdom., vag.: malé pánve, orient. celé dutiny břišní

DĚTSKÉ ODDĚLENÍ

Kompletní anamnéza:

RA

OA – perinatální, očkování, DIN, operace, úrazy, hospitalizace, dispenzarizace

PA, SA

GA - u dívek

Abusus – adolescenti

FA, AA

Nynější onemocnění

Status praesens:

- zhodnocení celkového stavu (výživa, prokrvení, dýchání, celkové chování...)

- vyšetření – hlava, krk, hrudník, břicho, tapot., končetiny

- vyš. genitálu – u chlapců vždy, u děvčat jen určité dg. (hematurie, IMC, recid. vulvitida)

- vyš. per. rectum – jen vybrané dg (obstipace, enkopresa, enterorhagie)

Diagnostický souhrn

ORL ODDĚLENÍ

Anamnéza:

Rozdělovník: automaticky praktický lékař a odesílající ORL amb., popř. odesílající, překládající oddělení, další odborné ambulance (int., alergo, kardio...) individuálně dle nemocí pacienta.

RA: orientačně, podrobněji jen u nemocí souvisejících s nynějším onemocněním.

OA: běžná osobní anamnéza, podrobně u nemocí souvisejících s nynějším onemocněním.

Operace: dosud prodělané, cílený dotaz na průběh celkové anestezie.

Úrazy: většího rozsahu – zlomeniny, spáleniny, úrazy hlavy, otřes mozku.

Dieta:

GA: u žen vždy, cílený dotaz na hormonální antikoncepci.

AA: vždy, cílený dotaz na alergii na léky, na asthma bronchiale a na nesnášenlivost kyseliny acetylosalicylové a nesteroidních antiflogistik.

FA: vypíšu se všechny užívané léky vč. dávkování.

TA: kouření, alkohol, káva, drogy orientačně, podrobněji a pravdivě u onkologických pacientů.

SA: orientačně, u dětí údaj o úplnosti rodiny.

Nynější onemocnění: vč. anamnestických údajů souvisejících s NO.

Stav při přijetí:

Celkový stav: jen velmi orientačně, podrobněji u onemocnění s možností změny celkového stavu i v průběhu hospitalizace.

Otoskopický nález: pravé a levé ucho, podrobně u nemocí souvisejících s NO.

Nos: orientačně, podrobně u nemocí souvisejících s NO, zde individuálně vč. rhinoskopie.

Krk: orientačně, podrobně u nemocí souvisejících s NO.

Nosohltan: orientačně, podrobně u nemocí souvisejících s NO, zde event. vč.

rhinoskopie. Nebyl-li vyšetřen při přijetí, napsat do chorobopisu „nevyšetřen“

Hrtan: orientačně, podrobně u nemocí souvisejících s NO, včetně lupenlaryngoskopie. Nebyl-li vyšetřen při přijetí, napsat do chorobopisu „nevyšetřen“

Uzliny: orientačně, podrobně u nemocí souvisejících s NO.

Štítná žláza: orientačně, podrobně u nemocí souvisejících s NO.

Diagnostický souhrn: nejdříve ORL diagnózy, potom ostatní diagnózy podle závažnosti a souvislosti s NO.

ARO

Anamnéza:

RA: nemoci kardiovaskulární, plicní, cukrovka

OA: operace, těžké úrazy, prodělaná závažná onemocnění, chronické postižení kardiovaskulárního systému, plic, ledvin a diabetes mellitus

Návyky: alkohol, kouření, event. drogy

Farmakologická anamnéza: současná medikace včetně dávkování

Alergologická anamnéza: údaje o známých alergiích

Nynější onemocnění: stručný a úplný popis sledu událostí předcházejících příjmu na ARO (mechanismus úrazu, progresse dušnosti, pooperační průběh atd.)

V případě alterace vědomí: anamnestické údaje z dostupné dokumentace, PL, RLP

V dokumentaci věta: „ z dokumentace, od pacienta nelze“

Fyzikální vyšetření:

TK, tepová frekvence, tělesná teplota

Rámcově životní funkce: stav vědomí, oběhu, dýchání, prokrvení, hydratace, SpO₂

Orientačně neurologický nález: GCS, zornice symetrie, reakce, lateralizace

Hlava, krk: skléry, jazyk, štítná žláza, náplň krčních žil, pulsace karotid

Plíce: poslechový nález, typ ventilace

Srdce: rytmus, stabilita, event. vasopresorická nebo inotropická podpora

Břicho: úroveň, prohmatnost, hmatná resistance, peristaltika

Dolní končetiny: otoky, varixy

U jednotlivých partií (hlava, hrudník, břicho, končetiny) popsat, pokud se vyskytují, defekty, hematomy, jizvy atd.

PSYCHIATRICKÉ ODDĚLENÍ

Kolikátá hospitalizace na našem oddělení ,hospitalizace v dalších zařízeních.

Anamnestické údaje:

RA: rodinná anamnéza

OA: osobní anamnéza

FA: farmakologická anamnéza

AA: alergologická anamnéza

GA: gynekologická anamnéza

Scholarita:

PA: pracovní anamnéza

SA: sociální anamnéza

Matrimonium: manželství

Vita sexualis: partnerské vztahy (zejména u svobodných)

Zájmy:

Povaha:

Návyky:

Vita criminalis :

ZP: zbrojní pas

ŘP: řidičský průkaz

FF: močení, stolice, sluch, zrak, chuť k jídlu, spánek.

Nynější onemocnění, subjektivní stav:

- krátce obsah parere

- výpověď pacienta

SPP: status presens psychicus

SPS: status presens somaticus

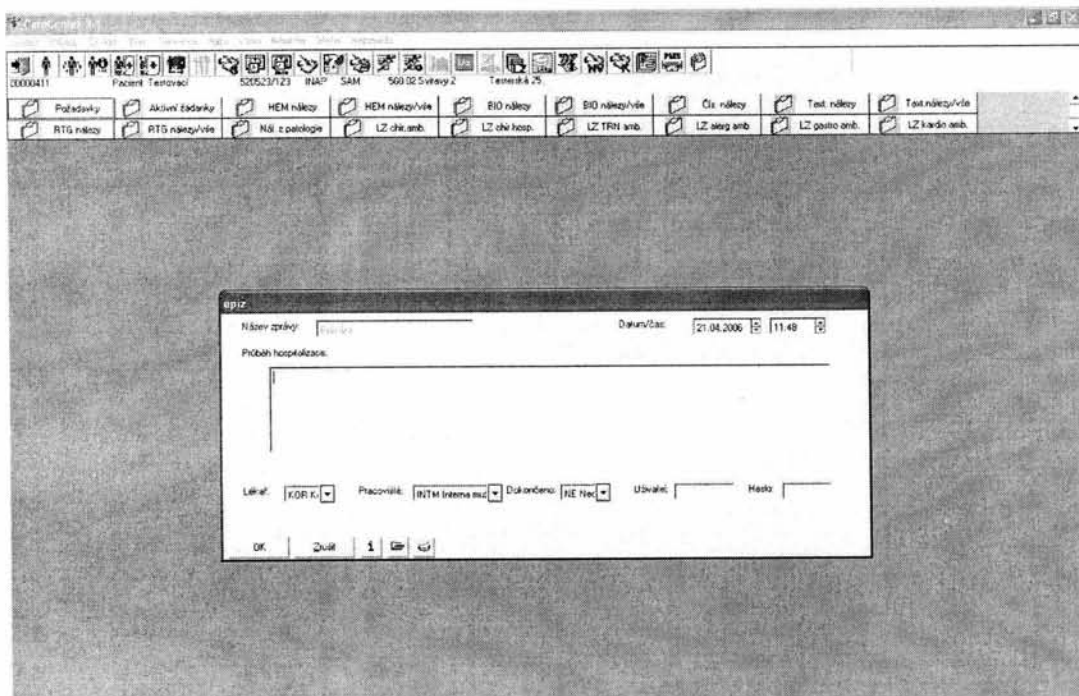
SPN: status presens neurologicus

Plán vyšetření: dle ordinace lékaře s ohledem na typ poruchy (laboratorní, psychologické, konziliární).

Plán léčby: stanovení léčebného režimu, diety, medikamentů, terapeutických aktivit - psychoterapie, ergoterapie, AT - autogenní trening, relaxační cvičení.

Diagnostický souhrn

Formální náležitosti epikrízy



Vysvětlivka: název zprávy = **epikríza**

Epikríza je vytištěna na zvláštním formuláři s hlavičkou oddělení, obsahuje identifikační údaje klienta a datum, jmenovku lékaře a podpis.

Písemná epikríza bude stručná a přehledná, bude obsahovat důvod hospitalizace, její průběh a stručný diagnostický a léčebný plán.



HP

CHILDREN'S MEDICAL CENTER OF DALLAS
1935 Motor Street • Dallas, Texas 75235 • (214) 456-7000

MED REC NO. _____ ACCT NO. _____

PATIENT _____

DATE _____ LOCATION _____

DOB _____

Page 1 of 4

SURGICAL ADMISSION HISTORY AND PHYSICAL

Source of Information

Date _____ Time _____ Informant _____
 Language Spoken _____ Relationship to patient _____
 Records Received Outside Medical Records _____
 Child's Preferred Name _____ Other _____
 Primary Care MD _____ Referring MD _____

Chief Complaint

History of Present Illness

Recent Exposure to Communicable Disease? _____ Varicella? Yes No
 _____ Varivax? Yes No

Past History

Birth History Term Preterm (wks) _____ Birth Wt _____ Length of Stay _____
 Prenatal Problems No Yes Neonatal Problems No Yes
Allergies No known allergies Medication Environment/Food Latex/Rubber/Banana
Nutrition Unremarkable Feeding problems Food allergies Describe _____
 Medications _____
 Last Oral Intake? _____ Immunizations UTD Other _____

Past Medical History

Hospitalizations No Yes _____

Previous Surgeries No Yes _____

Anesthesia Problems No Yes _____

Family History

Anesthesia Problems No Yes _____
Malignant Hyperthermia No Yes _____
Bleeding Problems No Yes _____
Neuromuscular Problems No Yes _____

CHILDREN'S MEDICAL CENTER OF DALLAS
 1935 Motor Street • Dallas, Texas 75235 • (214) 456-7000

MED REC NO. _____ ACCT NO. _____
 PATIENT _____
 DATE _____ LOCATION _____
 DOB _____

SURGICAL ADMISSION HISTORY AND PHYSICAL

Review of System	
NL	ABN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HEENT/Dental _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Endocrine _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Respiratory _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cardiovascular _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Derm _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GI/Liver/Spleen _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hem/Onc _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GU/Renal _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Genetics/Birth Defects _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neuromuscular _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Developmental Milestones _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Other _____ _____
Pain Assessment: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Describe location & severity: _____	
ADDITIONAL COMMENTS	



HP

CHILDREN'S MEDICAL CENTER OF DALLAS
1935 Motor Street • Dallas, Texas 75235 • (214) 456-7000

MED REC NO. _____ ACCT NO. _____

PATIENT _____

DATE _____ LOCATION _____

DOB _____

Page 3 of 4

SURGICAL ADMISSION HISTORY AND PHYSICAL

Physical Examination

Temp _____	HR _____	RR _____	BP _____	WT _____ kg
	NL	ABN	Document variance/abnormals only	
General Appearance				
Head				
Eyes				
Ears/Nose				
Neck				
Mouth/Throat Teeth				
Chest/Lungs				
Heart				
Neuro				
Abdomen				
Musculo Skeletal				
Extremity Pulses				
Skin				
GU				
Pelvic Exam				
Rectal Exam				

Laboratory Data

CBC	WBC _____			UA _____
	Hgb _____			
	Platelets _____			HCG-U _____

Radiologic Studies

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA



SVITAVSKÁ NEMOCNICE, a. s.
 ulice Kollárova 643/7
 568 25 Svitavy
 telefon: +420 461 569 111
 IČO: 27520552

Oddělení: List č.:

Jméno: Datum přijetí: Čas přijetí:

Přijetí: Přijet: z domova odeslán OL ZZS

Rodné č.: Překlad z: praktický lékař

DM: dieta POAD Inzulín pera Rodina informována: ne ano

U DM dej fialový terčík Kým:

Aktuální stav při přijetí

P provídaný neprovídaný

Objektivně dušnost: ne ano

Subjektivně dušnost: ne ano

klidová námahová noční

cyanoza kašel expektorace

UPV kuřák ne ano

Hodnocení vědomí a psychický stav

při vědomí porucha vědomí

orientován místem bezvědomí

orientován časem agresivní

reaguje na řeč nespoupracuje

reaguje na bolest dezorientován

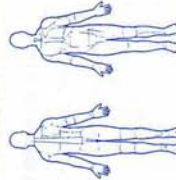
odpovídá přilehavě

spolupracuje


Bolest

ne ano akutní chronická

Lokalizace bolesti



Intenzita bolesti

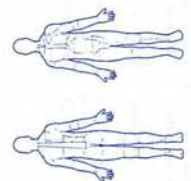


Při bolesti a jejím sledování dej červený terčík

Stav kůže a sliznic

Změny na kůži ne ano

Dekubitus ne ano stupeň



Jiné změny: otoky opruzeniny

vyrážka zanečesaná kůže

ikterus

Sliznice: normální suchá zarudlá

Operační rána: ne ano

Lokalizace:

Poslední převaz dne:

Drény: ne ano

Počet drénů:

Defekt DK u diabetika ne ano

Lokalizace:

Ulcus cruris: ne ano

Lokalizace:

Pohybový režim, významný handicap

chodící chodící s dopomocí ležící klid na lůžku na vozíku

Dopomoc: jídlo hygiena oblékání vyprazdňování

Paréza: ne ano lokalizace

Plegie: ne ano lokalizace

Amputace: ne ano lokalizace

berle hůl invalidní vozík epitéza kardíostimulátor

Problémy se sluchem: ne ano naslouchátka nemá má

Problémy se zrakem: ne ano brýle, čočky nemá má

Slovní kontakt: bez problémů ztížený nelze navázat Proč:

Sociální podmínky

bydlí sám s rodinou bez příštější klient domova důchodců

klient pečovatelské služby klient azylového domu

PN má vystavenou pracovní neschopnost vystavena u nás

Kdo se bude starat o pacienta po propuštění:

Kontakt se sociálně-zdravotnickým pracovníkem: ne ano

Jiné

Přinesena léčiva z domu ne ano

Léčiva odebrána ne ano

Samovyšetření prsů ne ano

Spánek / Gynekologie

bez probl. časté buzení obt. usínání

hypnotika

Poslední menstruace:

pravidelná nepravidelná

Vyprazdňování moči a stolice

Močení: spontánní

PMK Zaveden dne:

inkontinence retence

epicystostomie nefrostomie

potíže při močení Jaké:

Příměs: ne ano Jaká:

Stolice: pravidelná zácpa

průjem příměs / jaká:

stomie / kde:

Užívání projímadel: ne ano

Poslední stolice:

Stav výživy, příjem potravy a tekutin

Výživa: per os enterální sonda parentální

kanyla dne:

Trávící obtíže: nausea zvracení pálení žáhy polykací obtíže

chrup vlastní protěza horní dolní

protěza u sebe: ano ne

Přijem tekutin obvykle za 24 hodin: 0,5 l 1,0 l 2,0 l 3,0 l