

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA

V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Bc. Marie Trylčová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Bc. Marie Trylčová

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Zlata Kožíšková

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 24.3.2013

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Zlatě Kožíškové, vedoucí práce, za odbornou, vstřícnou a obětavou pomoc a cenné rady při psaní diplomové práce.

Dále děkuji Mgr. Světluši Chabrové za umožnění realizace rozhovorů s pracovníky FN Plzeň.

Poděkování také patří všem respondentům, kteří se dobrovolně a ochotně zúčastnili realizace rozhovorů.

Anotace

Příjmení a jméno: Bc. Trylčová Marie

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Zdravotnická dokumentace

Vedoucí práce: Mgr. Zlata Kožíšková

Počet stran: číslované 97 , nečíslované 19

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 51

Klíčová slova: zdravotnická dokumentace - ošetrovatelská dokumentace - dokumentace klienta - zdravotnické formuláře

Souhrn:

V teoretické části práce je pozornost věnována obecné problematice zdravotnické dokumentace. Jednotlivé kapitoly jsou zaměřeny na formy, zásady a jednotlivé součásti zdravotnické dokumentace. Samostatná kapitola je věnována legislativě týkající se zdravotnické dokumentace. Poslední kapitola teoretické části se zabývá etikou vedení zdravotnické dokumentace.

Praktická část obsahuje rozhovory vedené se všeobecnými sestrami, které odhalují jejich pohled na kvalitu zdravotnické dokumentace a jejich postoje k této problematice.

Annotation

Surname and name: Bc. Trylčová Marie

Department: Nursing

Title of thesis: Medical documentation

Consultant: Mgr. Zlata Kožíšková

Number of pages: 116

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 51

Key words: medical documentation - health documentation - documentation of patients - nursing documentation

Summary:

In the theoretical part of the thesis, the focus is on general topics of medical documentation. Individual chapters focus on forms, policies, and individual components of medical documentation. A separate chapter is devoted to legislation on medical documentation. The last chapter of the theoretical part of the thesis deals with the ethics of medical records.

The practical part contains interviews with general nurses, revealing their view of the quality of medical records and their positions on this issue.

OBSAH

ÚVOD	10
1 Zdravotnická dokumentace	12
1.1 Funkce zdravotnické dokumentace	12
2 Legislativa	13
2.1 Zákony související se získáním odborné způsobilosti, poskytováním zdravotních služeb a vedením zdravotnické dokumentace.	13
2.2 Ochrana osobních údajů.	18
2.3 Trestní zodpovědnost.	19
3 Formy vedení zdravotnické dokumentace	21
3.1 Písemná, listinná forma	21
3.2 Elektronická forma.	21
3.3 Obrazová, grafická forma.	22
3.4 Audiovizuální forma	23
4 Zásady vedení zdravotnické dokumentace	24
4.1 Identifikační údaje klienta a zdravotnického zařízení	24
4.2 Obsah záznamu ve zdravotnické dokumentaci.	24
4.3 Provádění kontroly vedení zdravotnické dokumentace.	25
4.4 Odpovědnost za chyby v dokumentaci.	26
5 Složky zdravotnické dokumentace	27
5.1 Provozní dokumentace	27
5.1.1 Provozní dokumentace sloužící ke komunikaci sester navzájem.	27
5.1.2 Evidence návykových látek.	28
5.2 Lékařská dokumentace.	28
5.3 Ošetrovatelská dokumentace.	31
5.3.1 Dokumentace při příjmu klienta.	31
5.3.2 Ošetrovatelská anamnéza	32
5.3.3 Plán ošetrovatelské péče.	35
5.3.4 Další součásti ošetrovatelské dokumentace	37
5.3.5 Tvorba nových formulářů pro záznam ošetrovatelské péče	42

6 Etika a zdravotnická dokumentace	43
6.1 Sběr informací.....	43
6.2 Formulace záznamů v dokumentaci.....	44
7 Kvalita zdravotnické dokumentace z pohledu sester.	45
7.1 Formulace problému	45
7.2 Cíl a úkol průzkumu.	45
7.3 Vzorek respondentů.....	46
7.4 Metody průzkumu.....	46
7.5 Zásady vedení rozhovoru.....	47
7.6 Prezentace získaných údajů.	48
8 Diskuze	102
8.1 Srovnání rozhovorů.....	103
8.1.1 Oblast otázek zaměřených na údaje o respondentovi.	103
8.1.2 Oblast otázek zaměřených na vedení zdravotnické dokumentace.	103
8.1.3 Oblast otázek zaměřených na problematiku legislativy.	105
8.2 Doporučení pro praxi.....	106
Závěr	107

ÚVOD

Při výběru vhodného téma pro diplomovou práci, v rámci studia navazujícího magisterského programu oboru Ošetrovatelství v klinických oborech Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, jsem kladla důraz na téma, které bude v souvislosti s vykonáváním profese všeobecných sester stále aktuální a které bude mít přímou souvislost s běžnou pracovní náplní všeobecné sestry z jakéhokoliv klinického oboru. Vybrala jsem si téma Zdravotnická dokumentace.

Zdravotnická dokumentace je neoddelitelnou a velice důležitou součástí péče o klienty hospitalizované ve zdravotnických zařízeních, ale i klienty v ambulantní zdravotní péči. Ošetřující personál se s zdravotnickou dokumentací setkává denně, denně ji využívá k získávání informací o klientovi, neustále zaznamenává skutečnosti související s péčí o klienta. To činí zdravotnickou dokumentaci jeden z nejdůležitějších bodů pracovní náplně všeobecných sester. Správně vedená zdravotnická dokumentace je efektivní, usnadňuje práci ošetřujícímu personálu, ale je i důkazním materiálem v případech, že se ošetřující personál dostane do právních nesnází. Je tedy v zájmu samotných sester, aby znaly zásady vedení zdravotnické dokumentace, aby věděly, jak učinit dokumentaci efektivní a aby znaly legislativní dokumenty, které s tímto souvisí.

Cílem této diplomové práce je poskytnout ošetrovatelským pracovníkům, zejména pak všeobecným sestřám, ucelený a souhrnný zdroj informací týkající se problematiky zdravotnické dokumentace, seznámit je či připomenout zásady a metody vedení zdravotnické dokumentace a přiblížit legislativu této problematiky.

Teoretická část diplomové práce obsahuje kapitoly, které popisují funkce zdravotnické dokumentace, formy a zásady jejího vedení. Samostatná kapitola je věnována legislativě zdravotnické dokumentace. Další kapitola je věnována jednotlivým složkám zdravotnické dokumentace, zejména pak dokumentaci ošetrovatelské. Jedna kapitola je věnována i problematice etiky v souvislosti se zdravotnickou dokumentací.

Praktická část je zaměřena na to, jak kvalitu zdravotnické dokumentace vidí sami všeobecné sestry, které s ní přicházejí denně do styku. Pro průzkum byla zvolena metoda polostandardizovaného rozhovoru a to zejména proto, že dává sestrám možnost a prostor pro vyjádření vlastního názoru a jejich vlastní a přímé zhodnocení zdravotnické dokumentace. Zároveň dává prostor pro možné další doplňující otázky, které mohou přispět k vyšší zajímavosti výsledkům průzkumu.

Výstupem této diplomové práce je informační brožura určená primárně pro všeobecné sestry z lůžkových zařízení, zejména těm v adaptačním procesu po nástupu na nové pracoviště, ale může být přínosem i pro jakýkoliv ostatní ošetřující personál. Úlohou brožury je poskytnout stručně a srozumitelně důležité informace z oblasti problematiky zdravotnické dokumentace. Brožura má být, v případě zájmu, k dispozici sestrám na jejich pracovištích.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

Zdravotnická dokumentace se dělí do tří základních skupin. První skupinou je dokumentace vedená lékařem – lékařská dokumentace, která obsahuje informace vztahující se k diagnostice a léčbě klienta. Druhou skupinu tvoří dokumentace vedená sestrou, tedy ošetrovatelská dokumentace, obsahující veškeré informace týkající se poskytované ošetrovatelské péče.

Další skupinou zdravotnické dokumentace je dokumentace provozní, která je evidencí údajů fungování provozu, patří sem například evidence opiátů a dalších návykových léčiv. (23)

1.1 Funkce zdravotnické dokumentace

- Nedůležitější funkcí zdravotnické dokumentace je souhrnný sběr dat o veškeré poskytované péči konkrétnímu klientovi, včetně jeho identifikačních a anamnestických údajů.
- Zdravotnická dokumentace poskytuje údaje důležité a potřebné pro to, aby byla zachována komplexnost a kontinuita poskytované zdravotní péče.
- Správně vedená zdravotnická dokumentace je dokladem, že poskytovaná péče byla provedena lege artis, zároveň slouží i jako doklad pro vyúčtování poskytnuté péče.
- Zdravotnická dokumentace v neposlední řadě poskytuje informace pro výzkum a vědeckou práci v lékařském i ošetrovatelském výzkumu.
- Správně vedená dokumentace je i jedním z ukazatelů, ze kterých lze hodnotit kvalitu poskytované péče. (23, 24)

2 LEGISLATIVA

2.1 Zákony související se získáním odborné způsobilosti, poskytováním zdravotních služeb a vedením zdravotnické dokumentace

Zákon č. 95/2004 Sb. a zákon č.96/2004 Sb.

Zákon č.95/2004Sb – o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti, k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, tento zákon je ze dne 29.ledna 2004 a v účinnosti od 2.dubna 2004, se změnami a doplňky provedenými zákony č.125/2005 Sb. (s účinností od 1.dubna 2005, č. 124/2008 Sb. (s účinností od 1.července 2008) a č.189/2008 Sb. (s účinností od 1.července 2008).

Tento zákon upravuje zejména podmínky pro získání způsobilosti vykonávání povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta v České republice, dále upravuje podmínky celoživotního vzdělávání, specializačního vzdělávání, atestační zkoušky a uznání způsobilosti k výkonu povolání v případě osoby, která získala odbornou způsobilost v jiném státě než v České republice. Tento zákon se nevztahuje na nelékařské zdravotnické pracovníky. (48)

Na nelékařské zdravotnické pracovníky se vztahuje zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), poslední změny stanovují zákony č. 124/2008 Sb., 189/2008 Sb. (49)

Tento zákon upravuje podmínky pro získání a uznání odborné způsobilosti pro nelékařské zdravotnické pracovníky poskytující zdravotní péči na území České republiky. Vztahuje se k výkonu povolání všeobecné sestry, porodní asistentky,

ergoterapeuta, radiologického asistenta, zdravotního laboranta, zdravotně-sociálního pracovníka, optometristy, ortoptisty, asistenta ochrany a podpory veřejného zdraví, ortotika-protetika, nutričního terapeuta a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků.

Zákon stanovuje odbornou způsobilost pro poskytování zdravotní péče bez přímého dohledu a vedení (včetně povolání všeobecné sestry), také stanovuje povolání, která lze v souladu s tímto zákonem vykonávat pod přímým odborným vedením a dohledem (povolání zdravotnického asistenta, laboratorního asistenta a další). Zákon dále upravuje i podmínky akreditace vzdělávacích programů připravující nelékařské zdravotnické pracovníky pro výkon povolání. (49)

Kompetence všeobecné sestry

Kompetence všeobecných sester vymezuje vyhláška č.55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ze dne 1. března 2011. Vyhláška definuje činnosti nelékařských zdravotnických pracovníků a činnosti nových specializačních oborů. Dle vyhlášky všeobecná sestra s odbornou způsobilostí má kompetence k poskytování ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Má kompetence zaznamenávat stav pacienta. (44)

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Tento zákon je ze dne 6. listopadu 2011 a v platnosti je od 1. dubna 2012. Upravuje mimo jiné podmínky poskytování zdravotních služeb a definuje je, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů, práva a povinnosti zdravotnických pracovníků a další. Zákon také definuje ošetrovatelskou péči, podle něhož je jejím účelem udržení, podpora a navrácení zdraví, uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacienta, rozvoj soběstačnosti a péče o nevyлéčitelně nemocné. (51)

Informovaný souhlas

Zákon dále stanovuje, že zdravotní služby lze poskytovat tehdy, je-li jejich poskytování v souladu se svobodným a informovaným souhlasem pacienta (§ 34).

Lékař je povinen vhodným způsobem poučit klienta (případně zákonného zástupce nebo člena rodiny) o povaze onemocnění či potřebných výkonech tak, aby mohli učinit svobodné rozhodnutí. Klient, který nebyl poučen, není informován, nemůže dát kvalifikovaný souhlas. Protokol o edukaci klienta jeho následný informovaný souhlas je vždy součástí jeho zdravotnické dokumentace. Lékař je oprávněn rozhodnout o provedení léčebného nebo vyšetřovacího výkonu tehdy, je-li to nezbytně nutné k záchraně života klienta, tedy výkony z vitální indikace v případech, kdy klient není schopný pro svůj aktuální zdravotní stav souhlas poskytnout. (9, 51)

Odmítá-li opakovaně klient podstoupit léčebný nebo vyšetřovací výkon i přesto, že byl řádně edukován a zná rizika s odmítnutím spojená, má lékař právo si o této skutečnosti vyžádat písemné prohlášení klienta o odmítnutí zdravotní péče (negativní revers).

V případech, kdy zdravotní stav klienta vyžaduje jeho hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení i přes jeho nesouhlas (například klient s psychiatrickým onemocněním) je zdravotnické zařízení povinné tuto skutečnost hlásit soudu, který má sídlo v jeho obvodu (toto zmiňují §38, §39, §40). (37, 51)

Informování dalších osob

Dle tohoto zákona (§33) má pacient právo po přijetí do péče určit osoby, které lze informovat o jeho zdravotním stavu nebo zakázat podávat informace o jeho zdravotním stavu určeným osobám nebo komukoliv. O této skutečnosti musí ošetřující personál provést záznam do zdravotnické dokumentace a rozhodnutí pacienta plně respektovat. Pacient může své rozhodnutí kdykoliv změnit. (51)

Zachování mlčenlivosti

Tento zákon (§51) dále nařizuje povinnost všem zdravotnickým pracovníkům zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se zdravotnický pracovník dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání, tedy i mlčenlivost o skutečnostech, které získal prostřednictvím zdravotnické dokumentace. Výjimku tvoří případy, kdy byl zdravotnický pracovník této povinnosti zproštěn nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu. Toto se vztahuje na oznamovací povinnost určitých skutečností uloženou zvláštními předpisy (oznamovací povinnost při podezření na spáchání trestného činu na druhé osobě, oznamovací povinnost při zjištění některých infekčních onemocnění a jiné). (51, 35)

Vedení zdravotnické dokumentace

Hlava II zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování upravuje vedení zdravotnické dokumentace. Zákon udává, že poskytovatel zdravotní péče je povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci, zdravotnickou dokumentací se rozumí soubor všech informací, které se vztahují k osobě, o níž je dokumentace vedena. (51)

Zdravotnická dokumentace musí ze zákona obsahovat: identifikační údaje pacienta (jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo, zdravotní pojištění, adresa), pohlaví pacienta, identifikační údaje poskytovatele (jméno a příjmení poskytovatele zdravotních služeb-název zdravotnického zařízení, adresa místa poskytování a adresa sídla, název oddělení, identifikační číslo,..), veškeré informace o zdravotním stavu pacienta, informace o průběhu a výsledcích poskytované péče, anamnestické údaje a další významné skutečnosti související s osobou, které je dokumentace vedena. (3, 51)

Zákon upravuje i samotné vedení zdravotnické dokumentace (§54, § 55). Zdravotnická dokumentace smí být vedena jak v listinné, tak elektronické formě nebo v kombinaci obou forem. Dokumentace musí být vedená průkazně, musí být čitelná, pravdivá a průběžně doplňovaná. Jakýkoliv zápis musí být dle zákona

opatřen datem provedení zápisu a podpisem pracovníka, který zápis provedl. Podpis musí být doplněn jmenným razítkem nebo čitelným opisem jména a příjmení osoby, která zápis provedla. (51)

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Zákon zmiňuje i podmínky pro nahlížení do zdravotnické dokumentace, včetně vyhotovení kopií a opisů zdravotnické dokumentace (§65). Zákon ustanovuje, kdo je oprávněn nahlížet do zdravotnické dokumentace, včetně práva pacienta vědět, co jeho dokumentace obsahuje. Sestra nemá oprávnění určovat, kdo smí nahlížet do zdravotnické dokumentace. Obecně platí, že právo nahlížet do dokumentace má zdravotnický pracovník, který to potřebuje k výkonu svého povolání, tedy ošetřující personál. Dále může určit klient sám, kdo je oprávněn nahlédnout do jeho zdravotnické dokumentace, o čemž musí být uskutečněný písemný záznam.

Právo nahlížet do klientovy zdravotnické dokumentace nemá ten zdravotnický pracovník, který se přímo nepodílí na poskytování zdravotní péče danému klientovi.(42)

Studenti medicínského nebo ošetřovatelského oboru, kteří se připravují na výkon budoucího povolání, mohou do dokumentace nahlížet se souhlasem klienta. I pro studenty platí povinnost mlčenlivosti a ochrana osobních údajů. (2)

Výpis ze zdravotnické dokumentace

Zdravotnickou dokumentací se zabývá i Předpis č. 98/2012 Sb. vyhláška o zdravotnické dokumentaci.

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 98/2012 Sb. řeší výpis ze zdravotnické dokumentace. Výpis obsahuje základní anamnestické údaje a údaje, které se přímo vztahují k účelu pořízení výpisu, nejaktuálněji zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta, rozpis užívaných léčiv a léčebných prostředků, diagnostický souhrn, zhodnocení celkového vývoje zdravotního stavu pacienta, informace o aktuálním zdravotním stavu pacienta a další významné informace související se zdravotním stavem pacienta. (41, 45)

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, část devátá (§98 - §106) upravuje podmínky pro hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Hodnocení kvality je proces, který je dobrovolný a který probíhá na základě hodnotících standardů. Hodnotící standard je soubor požadavků na hodnocený proces. Na základě souladu hodnotících standardů a skutečnosti je provedeno hodnocení kvality. Hodnocení kvality se může týkat i zdravotnické dokumentace, způsobu jejího vedení a její jednotnosti. Úroveň zdravotnické dokumentace je jedním z indikátorů kvality zdravotnického zařízení. (51)

Hodnocení kvality zdravotních služeb poskytovaných na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení se týká také vyhláška č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče (ze dne 22. března 2012). Při posuzování kvality jsou brány v úvahu následující procesy: řízení kvality a bezpečí, péče o pacienty, řízení lidských zdrojů a zajištění bezpečného prostředí. Vyhláška se zabývá hodnotícími standardy. Zdravotnické dokumentace se přímo týká standard stanovení interních pravidel vedení zdravotnické dokumentace. Standard je stanovení podmínek vedení zdravotnické dokumentace, nakládání se zdravotnickou dokumentací a nahlížení do ní dle konkrétního zdravotnického zařízení. Standard je dodržen, jsou-li jednotně dodržovány zásady vedení zdravotnické dokumentace, zásady pro nahlížení do zdravotnické dokumentace a zásady nakládání se zdravotnickou dokumentací v celém zdravotnickém zařízení. (42, 46)

2.2 Ochrana osobních údajů

Ochranou osobních údajů se zabývá zákon č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Zákon vymezuje pojem osobní údaj jako jakoukoliv informaci, která se týká určeného nebo určitelného subjektu. Subjekt je určený nebo určitelný

tehdy, pokud ho lze z těchto údajů přímo nebo nepřímo identifikovat. Osobní údajem se například rozumí jméno a příjmení nebo rodné číslo. (1, 30)

Zákon vymezuje i pojem citlivý údaj. Citlivým údajem se rozumí informace o národnostním nebo etnickém původu, náboženské vyznání či politický postoj a další. Naproti tomu je anonymní údaj, anonymním údajem se rozumí takový údaj, na základě kterého nelze určit identitu subjektu. (29, 12)

Zpracováním osobních údajů se rozumí operace s osobními údaji, kdy jsou osobní údaje shromažďovány, ukládány a jinak zpracovávány či využívány. Při zpracovávání osobních údajů je správce povinen účel a prostředky ke zpracovávání osobních údajů. Správce smí využívat osobní údaje pouze k účelu, který byl předem stanovený. (17, 47)

Sestra se podílí na zpracovávání osobních a citlivých údajů při vedení zdravotnické dokumentace a je tudíž povinna dodržovat jejich ochranu. Sestra dodržuje povinnost mlčenlivost a se zdravotnickou dokumentací nakládá tak, aby nemohlo dojít ke zneužití osobních údajů klienta třetí osobou. (1, 2)

2.3 Trestní odpovědnost

Trestní odpovědnost řeší zákon č.181/2011Sb., který je účinný od 1. července 2011 a novelizuje zákon č.141/1961 Sb. o trestním řízení soudním (trestní řád), mimo jiné rozhoduje o náhradě škody způsobené trestným činem vůči poškozenému. (38, 50)

Sestra, která svým činem způsobila škodu, nebo újmu pacientovi, je za svůj čin trestně odpovědná. Škodu může sestra způsobit vědomě či nevědomě, nedbalostně. Za způsobení škody, či poškození pacienta se pokládá například porušení povinné mlčenlivosti, provedení výkonu sestrou, jenž jej nemá v kompetenci, zanedbání péče o pacienta a další. Sestra musí vždy jednat pouze v souladu se svými kompetencemi. Zde má pro sestru velký význam zdravotnická dokumentace, která se často stává důkazním materiálem při soudním řízení. Zdravotnická dokumentace poskytuje sestrám právní ochranu ve smyslu toho, že dokládá, že sestra postupovala správně, dle svých kompetencí a vše bylo řádně

zaznamenáno. Je ve vlastním zájmu sester vést dokumentaci pečlivě, v souladu s legislativou a vlastními kompetencemi. (5, 25)

3 FORMY VEDENÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

3. 1 Písemná, listinná forma

Písemná forma je nejčastěji používanou metodou vedení zdravotnické dokumentace. Do písemné formy řadíme vše v tištěné, nebo písemné formě, například: lékařské zprávy, informace o průběhu léčby, indikacích léčiv, zprávy o průběhu a výsledcích absolvovaných vyšetření, zprávy o lékařských vizitách, sesterské zprávy – průběh a popis poskytované ošetrovatelské léčbě, záznamy o podaných léčivech a další. (23)

Výhody:

- Trvalost záznamů
- Snadná dostupnost

Nevýhody:

- Archivace – potřeba prostoru pro archivaci velkého množství písemné dokumentace
- Horší orientace, obtížnější vyhledávání požadovaných informací
- Při nedbalosti jsou některé údaje psané ručně obtížně čitelné

3. 2 Elektronická forma

Elektronická forma je čím dál více používanou metodou vedení zdravotnické dokumentace a setkáváme se s ní čím dál častěji, dnes již v téměř každém zdravotnickém zařízení. Zdravotnická zařízení používají nejrůznější programy pro evidenci údajů o pacientech. Elektronická dokumentace obsahuje tytéž údaje jako dokumentace písemná.(22, 27)

Některá zdravotnická zařízení využívají vlastní elektronický program, který poskytuje koncepci klinických událostí a umožňuje tak komplexní pohled na celý průběh nejen hospitalizace klienta, od přijetí po propuštění, ale i na průběh

ambulantní péče, včetně záznamů z dřívějšího období. Klinickou událostí je v systému chápáno vše, co se týká klienta, tedy úkony plánované, provedené, objednané a zdokumentované. (22, 24)

Výhody:

- Rychlé a snadné vyhledávání informací
- Přehlednost a čitelnost
- Lze zaznamenat velké množství údajů včetně obrazového nebo audio a video záznamu
- Přístup pouze pro registrované uživatele

Nevýhody:

- Neznámá trvanlivost
- Vyšší cena za pořízení nemocničního systému

3. 3 Obrazová, grafická forma

Do obrazové formy zdravotnické dokumentace řadíme obrazové materiály z vyšetření magnetickou rezonancí, počítačovou tomografií, snímky z rentgenového vyšetření a další.

Součástí obrazované dokumentace je i fotodokumentace. Písemný souhlas klienta k fotodokumentaci je doporučený, ale není nutný, protože se jedná o jeden z možných a platných způsobů vedení zdravotnické dokumentace, je však nutné dbát při pořizování fotografií na pravidla etiky a respektování klientova soukromí. Fotografie musí být pořízeny ošetřujícím personálem nebo jiným zaměstnancem daného zdravotnického zařízení. (24, 39)

Velkým přínosem bývá fotodokumentace zejména v oblasti hojení ran (zejména dekubitů, bércových vředů, popálenin atd.), kde přináší velkou výhodu v podobě možného sledování vývoje a hojení ran. Na základě fotografií je možné hodnotit aktuální stav rány a porovnávat jej se stavem předchozím. Fotodokumentace tedy poskytuje ošetřovatelskému personálu objektivní dokumentaci procesu hojení ran.

Výhody:

- Objektivní dokumentace slovy hůře popsatelných událostí a skutečností.
- Fotodokumentace může být důkazním materiálem při řešení případů iatrogenního poškození nebo při podezření na trestný čin spáchaný na dané osobě.

Nevýhody:

- Fotografie je nutno pořídít vhodným způsobem a za vhodných okolností, aby výsledný snímek byl dostatečně kvalitní pro dokumentaci (například při fotodokumentaci procesu hojení rány je nutné využívat vhodné měřítko, aby bylo možné kdykoliv rozeznat velikost rány).

3. 4 Audiovizuální forma

Audio nebo video záznamy nejsou příliš často využívanou metodou. Můžeme se s nimi setkat v dokumentaci z vyšetření, ze kterých lze pořídít pohyblivý vizuální záznam nebo zvukovou nahrávku. (39)

Přímé audio nahrávky nebo video záznamy se využívají především v oborech jako psychologie nebo psychiatrie, kde mohou mít velký význam v zaznamenávání například neobvyklého chování nebo jednání vyšetřované osoby.

Výhody a nevýhody jsou obdobné jako u obrazové/grafické formy.

4 ZÁSADY VEDENÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Aby byla zdravotnická dokumentace kvalitní, plnila své funkce a odpovídala daným požadavkům, je nutné dodržovat zásady jejího vedení.

4.1 Identifikační údaje klienta a zdravotnického zařízení

Jakákoliv součást zdravotnické dokumentace týkající se klienta musí být opatřena jeho identifikačními údaji (jméno a příjmení, rodné číslo, datum narození, pohlaví, adresa,..), dále údaji o zdravotnickém zařízení (název, adresa, oddělení,..). Ze zdravotnické dokumentace musí být jasně patrné o jakého klienta se jedná a v jakém zdravotnickém zařízení byla dokumentace provedena. (6, 7)

4.2 Obsah záznamu ve zdravotnické dokumentaci

Záznam ve zdravotnické dokumentaci vždy musí obsahovat datum a čas provedení, záznam musí být za všech okolností pravdivý, čitelný, stručný, srozumitelný a psaný v příslušném jazyce (čeština), vyjma odborné terminologie. Nepoužíváme nevhodné nebo zbytečné zkratky. Důležitá je správná a vhodná terminologie, používáme správnou češtinu a vyvarujeme se slangových nebo hovorových výrazů. Vulgarismy jsou zcela nepřijatelné. Záznamy ve zdravotnické dokumentaci by měly vycházet z objektivního měření nebo ze subjektivního hodnocení pacienta, nikoliv ze subjektivního pocitu sestry.

Záznamy do dokumentace by měly být prováděny průběžně a pravidelně doplňovány.

Veškeré záznamy musí být autorizovány, tedy ze záznamu musí být zřejmé, kdo jej provedl, je nutno záznam opatřit podpisem a jmenovkou zdravotnického pracovníka. (43)

Dojde-li k chybnému zápisu do zdravotnické dokumentace, je nutné okamžitě provést opravdu. Opravu provádíme tak, že musí zůstat čitelný původní zápis a provedenou opravu opět autorizujeme podpisem a jmenovkou.

4.3 Provádění kontroly vedení zdravotnické dokumentace

I při svědomitém a pečlivém vedení zdravotnické dokumentace může docházet k nepřesným nebo až chybným záznamům. Z tohoto důvodu je na místě provádět pravidelně kontrolu záznamů ve zdravotnické dokumentaci.

Kontrolu zdravotnické dokumentace provádějí vedoucí zaměstnanci dle jejich funkčního zařazení, nebo zaměstnanci, kteří byli kontrolou zdravotnické dokumentace pověřeni. Kontrolu záznamů v dokumentaci provádí staniční sestra na své stanici, vrchní sestra na celém oddělení a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (hlavní sestra) pak v celém zdravotnickém zařízení. (23)

Při kontrole vedení zdravotnické dokumentace se sleduje zejména formální úprava, tedy čitelnost, věcnost a identifikace záznamu, včetně kontroly provedených oprav v dokumentaci. (24)

Vždy musí být proveden písemný záznam o výsledku kontroly vedení zdravotnické dokumentace. Záznam o provedené kontrole zdravotnické dokumentace a výsledku kontroly musí obsahovat tyto údaje:

- Datum (čas) provedení kontroly
- Na jakém pracovišti byla kontrola provedena (oddělení, zdravotnické zařízení)
- V jakém rozsahu byla kontrola provedena
- Kdo kontrolu provedl (jméno, příjmení, funkce)
- Výsledek kontroly (zjištěné nedostatky)
- Datum provedení zápisu, podpis

4.4 Odpovědnost za chyby v dokumentaci

Za každý konkrétní záznam v ošetrovatelské dokumentaci zodpovídá sestra, která záznam provedla, tedy sestra, která je pod záznamem podepsaná. Za nečitelný, nepravdivý nebo nesprávný záznam zodpovídá pouze konkrétní sestra sama. Při ojedinělém, méně závažném pochybení tuto situaci řeší staniční sestra. Dojde-li k opakovanému, nebo již závažnému pochybení, řeší situaci již vrchní sestra možnostmi vycházejících ze zákoníku práce. (24, 29)

5 SLOŽKY ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

5.1 Provozní dokumentace

Provozní dokumentace přímo nesouvisí s ošetrovatelskou nebo lékařskou péčí poskytnutou klientovi. Jedná se o dokumentaci chodu oddělení, tedy provozu. Patří sem dokumentace sloužící k efektivnější komunikaci sester a nejrůznější evidence, například evidence návykových látek, evidence spotřebovaného materiálu, evidence spotřebovaného léčiva a další. (23, 43)

5.1.1 Provozní dokumentace sloužící ke komunikaci sester navzájem

Do této kategorie můžeme zařadit například různé knihy vzkazů, knihy záznamů o chodu oddělení. Tyto záznamy slouží k lepší komunikaci sester mezi sebou, mezi staniční sestrou a jejími podřízenými na konkrétní ošetrovatelské stanici, evidují události na oddělení nesouvisející přímo s klienty.

Důležité je si uvědomit, že i pro tuto kategorii zdravotnické dokumentace platí zásady vedení zdravotnické dokumentace. Tedy i zde musí být záznam prováděný čitelně, jasně a stručně a musí být používány vhodné výrazy. Ani zde neužíváme slangové, nespisovné nebo vulgární výrazy, nepoužíváme ani familiární oslovení, byť máme na mysli naše kolegyně. Opět musí být každý záznam patřen zápisem času a podpisem, včetně jmenovky.

Klient nemá právo do této dokumentace nahlížet, protože se netýká přímo jeho, ale jde o dokumentaci provozu oddělení. Z toho vyplývá, že právo nahlížet do provozní dokumentace mají sestry na pracovišti, staniční sestra a dále nadřazení pracovníci – vrchní sestra, hlavní sestra. (23)

5.1.2 Evidence návykových látek

Evidence návykových látek, nebo také evidence opiátů je jedna z nejdůležitějších částí provozní dokumentace, protože eviduje jejich počet na pracovišti, včetně jejich aplikace, je dokladem, že bylo s návykovými látkami nakládáno v souladu se stanovenými předpisy a zabraňuje tak jejich zneužití.

Vzhledem k vážnosti evidence návykových látek je zde více než na místě pečlivě dodržovat zásady vedené této dokumentace. Sestra zde pomocí správně provedeného záznamu chrání zejména sama sebe před trestním stíháním.

Knihy určené pro evidenci návykových látek musí obsahovat tyto náležitosti: strany musí být číslovány, číslovány by měly být i jednotlivé záznamy, součástí musí být i podpisový vzor všech zaměstnanců, kteří mají oprávnění provádět záznamy. (39, 43)

Zápis o podaném léčivu musí obsahovat identifikační údaje pacienta (jméno, příjmení, rodné číslo), číslo chorobopisu, množství podané látky / množství znehodnocené látky, zůstatkové množství návykových látek. Záznam musí být vždy opatřen datem (časem) podání, podpisem pracovníka, který záznam provedl a podpisem svědka události. Veškeré záznamy musí být jasně čitelné, jakékoliv úpravy a opravy lze provádět pouze stanoveným způsobem a všechny původní zápisy musí zůstat i po opravě čitelné.

Kontrolu evidence návykových látek je oprávněn provádět vedoucí zaměstnanec, staniční sestra, vždy v pravidelných intervalech, nutno je provést záznam o kontrole. V případě zjištění nesrovnalostí je pracovník, provádějící kontrolu, povinen provést záznam o zjištěných skutečnostech a neprodleně situaci řešit s nadřízeným. (23, 24)

5.2 Lékařská dokumentace

Lékařská dokumentace je vedená lékaři. Je orientovaná především na onemocnění a probíhající léčbu klienta.(3)

Lékařská dokumentace zahrnuje:

- **Lékařská anamnéza a vstupní vyšetření**

Lékařská anamnéza je orientována na sběr informací, které souvisí nebo by mohli souviset s aktuálním onemocněním, případně informace, které by mohly odhalit rizika vzniku nového onemocnění. Lékař zjišťuje, jaká onemocnění a úrazy klient prodělal v minulosti, alergie, dlouhodobě užívaná léčiva, nynější potíže a projevy onemocnění. Dále klientovy pracovní podmínky a možná rizika z nich vyplývající. Onemocnění v rodině klienta, kde by mohlo být zvýšené riziko genetické zátěže a další informace o klientovi, které se týkají jeho zdravotního stavu. (3)

Při vstupním vyšetření lékař kompletně vyšetří klienta pohledem, poslechem, pohmatem a poklepem a učiní o výsledku záznam do lékařské dokumentace. Případně ordinuje další vyšetření, která budou u klienta provedena a zahájí léčbu.

Sestra na základě ordinace lékaře při příjmu pacienta provedena vyšetření, která jsou v její kompetenci. Zejména provede odběr biologického materiálu na laboratorní vyšetření a zajistí jeho transport do laboratoře, registruje EKG a další.

- **Ordinační list**

Ordinační list je součástí dokumentace klienta, která obsahuje informace o jeho léčbě – záznam ordinovaných léčiv, včetně záznamu farmakologické léčby může obsahovat i údaje ze sledování fyziologických funkcí klienta. (8) Jedná se o součást lékařské dokumentace, se kterou ale sestra velmi intenzivně pracuje. Dle zvyklostí zdravotnického zařízení je nejčastěji ordinační list rozdělen do kolonek pro jednotlivé dny hospitalizace. V intenzivní péči se můžeme setkat s ordinačním listem, který je vždy jeden na 24 hodin. Ordinační list pro intenzivní péči umožňuje svým rozsahem přesnější a častější záznam o fyziologických funkcích klienta, což je v intenzivní péči naprosto nezbytné. (4) Vždy je nutné, aby sestra vedla dokumentaci pečlivě a dodržela stanovené časové úseky!

Ordinovaná léčiva v ordinačním listu nejčastěji rozdělujeme do skupiny podle způsobu, jakým jsou léčiva podávána. Nejprve lékař zapisuje léčiva podávána per os, dále pak léčiva podávána injekční cestou, léčiva ze skupiny antibiotik, případně

další ordinace (lokální léčba, infuzní terapie, ordinované výkony a vyšetření,..). V ordinačním listu může být i prostor vyhrazený pro mimořádné ordinace.

Sestra má povinnost vždy v ordinačním listu označit, že ordinovaná léčiva byla klientovy podána. (3, 24)

- **Lékařská vizita**

Ošetřující lékař provádí pravidelně u klienta lékařskou vizitu, o které učiní zápis do klientovy zdravotnické dokumentace. K tomu je určený formulář pro vizitu lékaře. Do formuláře pro lékařskou vizitu lékař zapisuje, jak zhodnotil na základě vyšetření aktuální stav klienta, jaké shledal změny, případně jaká jsou další doporučení pro léčbu. Při zápisu z lékařské vizity lékař dbá na čitelnost a správně formulované zápisy, všechny zápisy musí obsahovat datum a čas a podpis lékaře s jmenovkou. (3, 23)

- **Informované souhlasy**

Při přijetí do zdravotnického zařízení je klient seznámen lékařem s důvodem jeho hospitalizace, plánovaným průběhem hospitalizace a se všemi aspekty hospitalizace. Pokud klient s hospitalizací souhlasí, podepisuje formulář zvaný souhlas s hospitalizací, který se stává součástí jeho dokumentace.

Před jakýmkoliv lékařským zákrokem musí být klient informován. Lékař má povinnost klienta informovat o tom, jaký je další postup léčby, co klienta čeká, seznámit jej s potenciálními riziky a případně nabídnout i alternativní řešení. Pokud klient s výkonem souhlasí, podepisuje na základě edukace lékaře, souhlas s plánovaným vyšetřením nebo výkonem. Formulář pro souhlas s výkonem musí obsahovat všechny náležitosti jako identifikace klienta, o jaký zákrok se jedná, kdo klienta poučil, podpis klienta a ošetřujícího lékaře, čas a datum podpisu.

V případě, že klient odmítá léčbu, nesouhlasí-li s výkonem nebo s hospitalizací, i přesto, že byl seznámen se všemi riziky, má možnost podepsat negativní revers, který se zakládá do dokumentace jako důkaz odmítnutí léčby nebo hospitalizace. (9)

- **Ostatní dokumenty**

Mezi ostatní dokumenty v lékařské zdravotnické dokumentaci se řadí výsledky a vyhodnocení z veškerých vyšetření, které klient podstoupil ambulantně nebo během pobytu ve zdravotnickém zařízení, včetně laboratorních vyšetření, záznamů EKG a další. Dále například protokoly z průběhu operačního zákroku, záznam z lékařského konzilia. (24)

5.3 Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace vedená sestrou. Jedná se o záznamy všech skutečností, které souvisejí s poskytováním ošetrovatelské péče u klienta od přijetí po jeho propuštění nebo po celou dobu poskytování ambulantní péče. Informace jsou zaměřeny především na klienta a jeho potřeby. (43)

5.3.1 Dokumentace při příjmu klienta

Při příjmu klienta do zdravotnického zařízení provede všeobecná sestra, dle svých kompetencí, založení klientovy zdravotnické dokumentace v souladu s předpisy konkrétního zdravotnického zařízení.

Dle zvyklosti zdravotnického zařízení sestra identifikuje klienta speciálním identifikačním náramkem, o kterém klienta edukuje a učiní o tom záznam do dokumentace. (23)

Sestra u přijímaného klienta provede vyšetření, která jsou v její kompetenci, zejména měření krevního tlaku, měření frekvence dechu a tepu, tělesnou teplotu, zjištění výšky a váhy klienta, všechny zjištěné informace zapisuje do dokumentace.

Sběr aktuálních informací o klientovi je velmi důležitý a musí být provedený co nejdříve po přijetí klienta do zdravotnického zařízení, ovšem sestra musí brát v úvahu zdravotní stav a potíže přijímaného klienta. Neumožňuje-li klientův fyzický či psychický stav, nebo probíhající vyšetření a výkony, může sestra sběr informací

přesunout na pozdější dobu. Sběr však musí být dokončen v co nejkratší možnou dobu.

Odmítá-li klient na jakékoliv dotazy sestry odpovědět, musí o tom sestra učinit zápis. Nevyplněný údaj je považován za chybu sestry, proto je důležité zapisovat, že klient odmítl odpovídat nebo, že údaj nebylo možné získat. (39, 43)

Součástí dokumentace při příjmu klienta do zdravotnického zařízení je i doklad o uložení ošacení v centrální šatně – šatní lístek nebo doklad o uložení cenností v centrálním trezoru.

5.3.2 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelskou anamnézou se rozumí formulář určený pro sběr základních informací užívaných při poskytování ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelská anamnéza by měla být vypracována co nejdříve (nejlépe do 12 hodin) při přijetí pacienta do zdravotnického zařízení, pokud to fyzický a psychický stav klienta dovoluje. Informace získáváme přímo od klienta nebo od rodiny (zákonného zástupce). (18)

Při sběru informací je důležité dodržovat následující pravidla: Pro anamnestický rozhovor zajistíme klidné prostředí a dostatek času. Klientovi se představíme a stručně mu vysvětlíme účel rozhovoru. Při rozhovoru dbáme na pravidla etiky, dodržujeme profesionální přístup, s klientem udržujeme oční kontakt a přesvědčujeme se, zda rozuměl našim otázkám. Respektujeme klientovy individuální zvláštnosti.

Každý vyplněný anamnestický formulář musí být opatřen datem a časem vyplnění, podpisem klienta. Všeobecná sestra, která anamnézu odebírala, ji doplní vlastním podpisem a jmenným razítkem.

Ošetřovatelská anamnéza by měla obsahovat nejdůležitější informace důležité pro vykonávání ošetřovatelské péče, které se nenacházejí v jiné části zdravotnické dokumentace. Obsah formuláře se liší podle specifik konkrétních oddělení a zdravotnických zařízení. (19)

Nejčastěji je obsah následující:

- **Identifikační údaje o klientovi** (jméno, příjmení, rodné číslo)

Každý list, který je součástí klientovi zdravotnické dokumentace opatřujeme lepicím štítkem s identifikačními údaji klienta, stejným způsobem postupujeme i v případě formuláře pro ošetřovatelskou anamnézu.

- **Komunikace s klientem a stav jeho vědomí**

Hodnotíme stav vědomí, orientaci klienta v čase a prostoru a úroveň komunikace. V případě zhoršené komunikace zjišťujeme důvod, který dále zaznamenáváme (včetně poruch smyslového vnímání), v takovém případě zjišťujeme i vhodný způsob komunikace s klientem.

- **Výskyt případných alergií**

Zjišťujeme případný výskyt alergických reakcí u klienta, Z ošetřovatelského hlediska nás především zajímají alergické reakce na léčivé látky, reakce na materiál použitý při výkonech (zejména náplasti), potravinové alergie a další. (24)

- **Seznam aktuálních invazivních vstupů**

Zaznamenáváme veškeré aktuální invazivní vstupy u klienta (periferní žilní katétr, centrální žilní katétr, arteriální katétr, permanentní močový katétr, drény a další). Z ošetřovatelského hlediska zjišťujeme datum zavedení invazivního vstupu, datum posledního převazu a způsob, jakým byl dosud invazivní vstup ošetřován. Zaznamenáváme i aktuální stav invazivního vstupu a stav jeho okolí.

- **Seznam aktuálně využívaných kompenzačních pomůcek**

Zaznamenáváme veškeré kompenzační pomůcky, které klient aktuálně používá. Kompenzačními pomůckami se rozumí berle, kolečkové křeslo, brýle, kontaktní čočky, sluchové aparáty, veškeré protézy (včetně zubní protézy). (19)

- **Úroveň soběstačnosti a sebeděče**

Hodnotíme úroveň soběstačnosti klienta při provádění běžných aktivit v oblasti sebeděče. K tomuto hodnocení nejčastěji využíváme Barthel test základních všedních činností, kde hodnotíme oblasti: najezení, napití, oblékání, koupání a osobní hygiena, kontinence moči a stolice, chůze po rovině a po schodech, přesun z lůžka na židli. Celkové bodové hodnocení ukáže výsledek, kdy 100 bodů je úplná nezávislost a samostatnost a 0 bodů je úplná závislost klienta na druhé osobě. Všeobecná sestra může využít i další hodnotící škály úrovně soběstačnosti a sebeděče, mezi které patří: klasifikace funkčních úrovní sebeděče podle M.Gordonové, test ošetrovatelské zátěže podle Svanborga – modifikovaný Staňkovou, test instrumentálních všedních činností IADL. (34)

- **Stav kůže**

V oblasti stavu kůže zjišťujeme a hodnotíme integritu kůže. Hledáme rány a změny na kůži, které je třeba ošetřit. Zaznamenáváme stav případných kožních lézí, zaznamenáváme způsob jejich ošetřování a datum posledního ošetření. Zjišťujeme operační rány, dekubity, vředy a další kožní léze, výrazné hematomy a další změny na kůži. (20)

Hodnotíme i celkový stav pokožky, barvu a kvalitu.

- **Dýchání**

Zjišťujeme, zda klient nemá potíže s dýcháním. Pokud ano, zaznamenáváme, kdy se potíže vyskytují a zda potíže souvisí s tělesnou námahou. Při sběru informací z oblasti dýchání zaznamenáváme i případný nikotinismus (včetně počtu vykouřených cigaret denně).

- **Výskyt bolesti**

Zjišťujeme, zda klient aktuálně pociťuje bolest. Zapisujeme lokalizaci, charakter a stupeň bolesti, dle informací udávaných klientem. Pro hodnocení intenzity bolesti využíváme například vizuální analogovou škálu bolesti. Ptáme se na užívaná analgetika a případně i úlevovou polohu, kterou klient při bolesti vyhledává.(24)

- **Informace z oblasti výživy a vyprazdňování**

Ptáme se na potíže související s příjmem potravy, zda klient netrpí nechutenstvím, zvracením a zda má dietní omezení (zejména diabetická dieta, dále žlučnicková dieta, redukční dieta a další). Hodnotíme stav výživy a BMI (body mass index).

Dále zjišťujeme případné potíže klienta s vyprazdňováním, pravidelnost vyprazdňování a zda klient netrpí průjmami nebo zácpou (pokud klient má tento údaj pozitivní, zjišťujeme, zda užívá laxantia).

- **Informace z oblasti spánku**

Zjišťujeme kvalitu spánku, výskyt spánkových potíží (nespavost, spánkové fenomény,..), pokud klient užívá hypnotika, zapisujeme jak často a jaký druh.(24)

- **Sociální podmínky klienta**

Ptáme se, zda klient bydlí sám, nebo s rodinou, zda má někoho, kdo se o něj postará po propuštění. Z ošetřovatelského hlediska jsou to důležité informace proto, že v případě potřeby sestra zajišťuje prostřednictvím sociální pracovnice sociální péči. Zjišťujeme kontakt na rodinu.

- **Případně další informace dle specifik konkrétního oboru**

Dle specifik konkrétního pracoviště může anamnéza obsahovat i další údaje, které jsou důležité pro ošetřovatelskou péči v daném oboru.

5.3.3 Plán ošetřovatelské péče

Na základě zjištěných informací z ošetřovatelské anamnézy sestra založí plán ošetřovatelské péče, který je součástí ošetřovatelské dokumentace a má plné využití především u dlouhodobě hospitalizovaných klientů. (32)

Plán ošetřovatelské péče je typ vedení dokumentace zaměřený na ošetřovatelský proces.

Plán ošetrovatelské péče obsahuje:

- **Ošetrovatelské diagnózy**

Ošetrovatelské diagnózy jsou problémy klienta stanovené sestrou na základě zjištěných informací z ošetrovatelské anamnézy nebo z pozorování klienta sestrou. Sestra vždy stanovuje jako ošetrovatelskou diagnózu pouze ty problémy, jejichž řešení je v souladu s jejími kompetencemi. Pro stanovení ošetrovatelských problémů je doporučeno využívat praktickou klasifikaci ošetrovatelských diagnóz NANDA, kde jsou předepsané a číselně označené jednotlivé ošetrovatelské diagnózy. (16, 33)

Sestra přistupuje ke klientovi holisticky, to znamená, že jej vnímá jako bio-psycho-sociální bytost, kdy porucha v jedné oblasti naruší i oblasti zbylé. To sestra zohledňuje při poskytování ošetrovatelské péče i při stanovení ošetrovatelských diagnóz. (31)

- **Očekávaný výsledek**

Očekávaný výsledek je stav, kterého je třeba dosáhnout, tedy cíl ošetrovatelské péče. Očekávaný výsledek by měl být takový, aby jeho dosažení bylo reálné za využití přiměřeného úsilí. Musí být přesně formulovaný, včetně doby, za kterou by mělo být očekávaného výsledku dosaženo a kritérií, podle kterých je výsledek hodnocen.

- **Ošetrovatelské intervence**

Ošetrovatelskými intervencemi se rozumí činnosti sestry, které sestra provádí u klienta při poskytování ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská intervence musí být přesně formulována. Určený postup musí být plně v kompetenci sestry, nebo takový, který sestra vykonává na základě ordinace lékaře (například aplikace léků).

- **Hodnocení ošetrovatelské péče**

Po poskytnutí ošetrovatelské péče sestra vyhodnotí, zda bylo dosaženo očekávaného výsledku. V případě, že očekávaného výsledku dosaženo nebylo a

cíl ošetrovatelské péče nebyl splněn, sestra vytvoří nový plán ošetrovatelské péče a proces se opakuje. Z tohoto důvodu je třeba klást důraz na správnou formulaci očekávaných výsledků a klást si takové cíle, jejichž dosažení je reálné. (31)

5.3.4 Další součásti ošetrovatelské dokumentace

Součástí ošetrovatelské dokumentace může být mnoho dalších formulářů, využívaných dle potřeby a dle zvyklostí konkrétních pracovišť. Dále budou přiblíženy ty nejčastěji využívané.

- **Plán péče o ránu nebo defekt kůže**

Plán péče o ránu nebo defekt kůže může být dle zvyklostí konkrétního zdravotnického zařízení členěn na plán péče o operační ránu, plán péče o dekubity a další specifické poruchy integrity kůže.

Tato součást ošetrovatelské dokumentace umožňuje sestřám získávat přehled o vývoji stavu rány, sledovat efektivnost ošetrovatelské péče a zároveň je dokladem o ošetřování.

Sestra zaznamenává druh rány, její charakter a lokalizaci, včetně faktorů, které mohou ovlivňovat proces hojení. Dále zaznamenává, jaká byla provedena léčebná opatření, jaký byl zvolen krycí materiál a čím byla rána ošetřována. Také stanoví další ošetrovatelské intervence.(20)

- **Plán prevence dekubitů**

Plán prevence dekubitů sestra zakládá u klienta, u kterého je zvýšené riziko vzniku dekubitů. Míru rizika sestra hodnotí například dle škály Nortonové, kdy riziko vzniká při 25 bodech a méně. Sestra vyhodnotí míru rizika u klienta a naplánuje preventivní péči. Vybere vhodné pomůcky pro prevenci vzniku dekubitů a veškeré použité pomůcky zaznamenává do plánu prevence, včetně záznamu o použité matraci na lůžku klienta. Sestra zapisuje průběh polohování klienta, vždy čas a polohu, ve které se klient nachází. Do plánu prevence dekubitů sestra zaznamenává i stav predilekčních míst, případně naplánuje další prevenci dle změny stavu. Do prevence dekubitů patří i sledování a hodnocení stavu výživy,

protože porucha výživy zvyšuje riziko vzniku dekubitů. Sestra tedy do plánu prevence dekubitů zaznamenává i informace z oblasti výživy. (20)

- **Akutní karta**

Akutní kartu využívají nejčastěji sestry na standardních odděleních u pacientů po menších zákrocích, u kterých není nutná hospitalizace na jednotce intenzivní péče. Jde především o záznam monitorovaných fyziologických funkcí v daném časovém intervalu, jedná se o měření tlaku krve, frekvence dechu a srdeční činnosti, měření tělesné teploty, bilance tekutin a stavu vědomí. V akutní kartě mohou být vedeny i záznamy o reakci klienta po analgosedaci, sledování a hodnocení bolesti a další informace o stavu klienta týkající se akutního období. (14)

- **Bilanční list**

Bilanční list je druh vedení záznamu o příjmu a výdeji tekutin klienta. Sestra zaznamenává příjem tekutin nejen per os, ale i příjem tekutin intravenózní cestou. Zároveň sestra sleduje a měří výdej tekutin – diurézu za stanovené časové období. Bilanční list umožňuje sestře hodnotit a sledovat bilanci tekutin, to znamená rovnováhu mezi příjmem a výdejem. Důležité je přesné vedení záznamů. (24)

- **Glykemická karta**

Glykemická karta je využívána u klientů s diabetem melitem, u kterých je nutné pravidelně sledovat hodnoty glykemie. Obvykle se hodnota glykemie zaznamenává pravidelně po 6 hodinách, nebo 3x denně. Zaznamenáváme čas měření, hodnotu glykémie a velikost dávky podaného insulínu. Glykemická karta umožňuje přehledně sledovat vývoj naměřených hodnot a slouží k hodnocení stavu kompenzace diabetu. (26)

- **Protokol při nežádoucí události**

O jakékoliv nežádoucí události, která se u klienta stala v období jeho hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, musí být proveden přesný zápis ve zdravotnické dokumentaci. Některá zdravotnická zařízení využívají pro takové události speciální formuláře. Nejčastěji se může jednat například o formulář vyplňovaný při pádu klienta. Vždy je důležité zaznamenat přesně dobu, kdy k nehodě došlo a všechny okolnosti, které by mohly být důležité při případném šetření události. Je nutné zaznamenat nejen čas, ale i místo události, kdo byl přítomen (případné svědky události), stav pacienta před a po události, pravděpodobnou příčinu události, pokud došlo ke zranění přesně popsat jeho charakter, jakým způsobem bylo ošetřeno a jaký byl další postup. Při hlášení nežádoucí události je doporučeno zapisovat vše co nejpřesněji je to možné. Vše musí být stvrzeno podpisem sestry i lékaře. (24)

- **Překladová sesterská zpráva**

Překladová-propuštění sesterská zpráva je protokol, který vyplňuje sestra při překladu klienta na jiné zdravotnické pracoviště. Protokol slouží pro informovanost sester v následujícím zdravotnickém zařízení, poskytuje informace o stavu klienta z ošetřovatelského hlediska a jak dosud ošetřovatelská péče probíhala. (43)

Sesterská překladová zpráva by měla obsahovat identifikační údaje klienta, z jakého pracoviště je překládán, výskyt alergií reakcí u klienta, aktuální stav vědomí a komunikace, jaké využívá kompenzační pomůcky, obsahuje popis všech invazivních vstupů, úroveň soběstačnosti klienta. Obsahuje záznam o stavu kůže, včetně popisů všech ran a kožních lézích. Dále také informace z oblasti výživy, včetně dietního omezení a informace z oblasti vylučování. Dle potřeby je možno uvést i jakékoliv další informace, které by mohly být důležité pro nový ošetřovatelský personál. Překladová sesterská zpráva musí být opatřena datum a časem vyplnění a čitelným podpisem a jmenným razítkem sestry.(26)

- **Edukační plán**

Klient má právo být edukován, to znamená mít veškeré informace týkající se jeho zdravotního stavu, léčby a poskytované ošetrovatelské péče, má právo být o všem poučen. V rámci poskytování ošetrovatelské péče může sestra edukovat klienta nebo rodinu.

Edukační plán slouží k naplánování průběhu edukace, ale i jako protokol a doklad o tom, že klient/rodina byli edukováni. (13)

Edukační plán obsahuje účel (smysl edukačního plánu, o čem bude sestra edukovat) a cíl (co bude výsledkem edukace). Sestra stanoví cíl edukace, pomůcky, které bude potřebovat a předpokládanou dobu edukace.

Cíl musí být přesně formulovaný a takový, aby jeho dosažení bylo reálné. Informace sestra předává vhodným způsobem. Způsob předávání informací sestra upravuje s ohledem na psychické i fyzické možnosti klienta nebo rodiny. Časovou dotaci volí sestra takovou, aby na klienta měla dostatek času, ale aby zároveň edukace neprobíhala příliš dlouho, kdy již klient neudrží pozornost a edukace je tak neefektivní. V případě potřeby sestra edukuje vícekrát, předávané informace rozdělení do několika úseků. V závěru edukace se sestra vždy přesvědčí, zda edukace byla efektivní, zda klient nebo rodina všemu rozumí, případně zodpoví jejich dotazy. Sestra vše pečlivě zaznamená do edukačního plánu: kdy edukovala, koho edukovala, o čem edukovala (rozsah předávaných informací), jakým způsobem edukovala a jak se přesvědčila, že klient rozumí a chápe nové informace. Edukační plán se zakládá do ošetrovatelské dokumentace. (13)

- **Hodnotící škály**

Součástí sesterské dokumentace jsou i nejrůznější hodnotící škály. Sestra vždy vybere takovou, která je použitelná pro vyhodnocení stavu konkrétního klienta, dbá na přesné zhodnocení stavu. Vyplněná škála se stává součástí ošetrovatelské dokumentace.

Sestra využívá škály pro hodnocení soběstačnosti klienta, pro hodnocení bolesti, škály pro hodnocení stupně dekubity, škály pro hodnocení rizika vzniku

dekubitu, pro riziko vzniku tromboembolické nemoci nebo cévní mozkové příhody a mnoho dalších. (34)

- **Hlášení sester – sesterská vizita**

Součástí ošetrovatelské nebo-li sesterské, dokumentace je i pravidelný záznam o sesterské vizitě, nebo také hlášení sester. Jedná se o prostor, kam sestry zapisují informace o klientovi, které se týkají ošetrovatelské péče o něj, jeho potřeb, nebo jakékoliv změny jeho stavu, důležité pro ošetrovatelskou péči, které je nutné předat ošetřujícímu personálu v následující směně a které je nutné zaznamenat. (24)

Při psaní hlášení sester sestra dbá na to, aby záznam správně formulovala, aby využívala vhodnou terminologii a v neposlední řadě dodržovala zásady etiky.

- **Doklad o úschově cenností a uložení ošacení v centrální šatně**

Za předměty, které si klient nechává během hospitalizace u sebe, si zpravidla zodpovídá sám, o čemž má být také edukován (opět musí být proveden záznam o edukaci). Hospitalizovanému klientovi je nabídnuta možnost úschovy cenností v centrálním trezoru, v rámci prevence vzniku škody. V případě poškození nebo ztráty předmětů uložených v centrální šatně nebo trezoru nese zodpovědnost zdravotnické zařízení. Z tohoto důvodu je nutné vést pečlivé záznamy o převzatých a uložených věcech hospitalizovaného klienta.

Pokud má klient své ošacení během hospitalizace uložené v centrální šatně pacientů, je nutné o této skutečnosti provést písemný záznam. Při převzetí klientova ošacení sestra sepíše seznam věcí, které budou uloženy v centrální šatně. Zpravidla se záznam vyhotovuje ve dvou kopiích, kdy jedna se přikládá k odloženému šatstvu a druhá se zakládá do klientovy zdravotnické dokumentace. Vždy je nutné provést přesný počet a popis věcí, které mají být centrální šatně uloženy. Záznam je opatřen podpisem sestry, která ošacení přijímala a podpisem klienta. (32)

5.3.5 Tvorba nových formulářů pro záznam ošetrovatelské péče

Jakákoliv sestra může navrhnout vytvoření nové formuláře, který se stane součástí ošetrovatelské dokumentace. O jeho zavedení však rozhoduje náměstkyně pro ošetrovatelskou péči v daném zdravotnickém zařízení, tedy hlavní sestra.

Každý nový formulář musí být vždy přínosem, tedy se musí jevit jako potřebný a usnadnit tak práci sester při vedení zdravotnické dokumentace. Jakékoliv zbytečné formuláře navíc se stávají pro sestry přítěží a jsou tak kontraproduktivní.

Při tvorbě nových formulářů pro ošetrovatelskou dokumentaci dodržujeme následující zásady: (43)

- Nový formulář musí být skutečně zapotřebí.
- Výhody, které nový formulář přinese, musí převažovat nad úsilím vynaloženém při jeho tvorbě.
- Obsah formuláře musí být vždy v souladu s jeho označením.
- Formulář může tvořit pouze ten zaměstnanec, který je kompetentní.
- Formulář by neměl být duplicitní, musí obsahovat pro sestru použitelné údaje a nesmí být v rozporu s obecně závaznými předpisy.
- Formulář musí být stručný, jasný a snadno pochopitelný, také jednoduchý při vyplňování.
- Formulář musí mít vysokou vypovídající hodnotu, aby plnil také funkci dokladu o správně poskytnuté ošetrovatelské péči při řešení nežádoucích událostí.

6 ETIKA A ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

Etikou rozumíme soubor nepsaných pravidel lidského chování, morální pravidla, nebo také mravní normy. Etické chování je to, které obecně společnost považuje za správné a vhodné.

6.1 Sběr informací

Sběr informací má svá úskalí i z pohledu etického. Při sběru informací o klientovi a jeho zdravotním stavu je nanejvýš nezbytné dbát na soukromí. Pocit narušeného soukromí bývá častým předmětem stížnosti klientů vůči zdravotnickému personálu. Klient informace sděluje pouze ošetřujícímu personálu, nikoliv dalším pacientům. Rozhovor by tedy měl probíhat v takovém prostředí, které zajistí potřebné soukromí, zvláště jedná-li se o informace, které klient považuje za intimní nebo citlivé. (15)

Při rozhovoru sestra komunikuje přímo s klientem, nikoliv s jeho doprovodem. V případě klientů handicapovaných, ať už nevidomých, neslyšících, či tělesně nebo mentálně postižených, se může objevit tendence klást dotazy doprovodu, což je ale vůči klientovi krajně nedůstojné a neetické. V první řadě sestra komunikuje s klientem, pouze v případě doplňujícího dotazu, nebo je-li to nezbytně nutné, komunikujeme s doprovodem. (10)

Otázky je důležité klást citlivě s ohledem na individuální zvláštnosti klienta. Vždy je nutné respektovat rozhodnutí klienta, že na některé dotazy nechce odpovídat, tuto skutečnost je však nutné zapsat do zdravotnické dokumentace.

Některé otázky při sběru informací o klientovi jsou z etického hlediska diskutabilní. Obecně ošetřující personál sbírá jen takové informace, které nevyhnutelně potřebuje pro výkon zdravotní péče. Některé otázky může klient považovat za zbytečné, narušující jeho soukromí, nebo neetické. V případě, že sestra tyto informace skutečně potřebuje získat, vysvětlí klientovi, proč je důležité tyto dotazy zodpovědět a za jakým účelem tyto informace sestra sbírá a proč je nutné tyto údaje zapisovat do zdravotnické dokumentace. Pokud i přes

informovanost klient odmítá odpovědět, sestra o tom učiní zápis a jeho rozhodnutí plně respektuje. Získané informace sestra nikdy nekomentuje osobními poznámkami.

Pokud součástí formuláře nebo záznamu ve zdravotnické dokumentaci má být i podpis klienta, je nutné respektovat jeho právo na seznámení se s daným dokumentem a poskytnou mu pro to dostatek času na jeho prostudování. Je nepřijatelné vyžadovat podpis klienta i přes jeho negativní postoj. (21)

6.2 Formulace záznamů v dokumentaci

V kapitole o zásadách vedení zdravotnické dokumentace bylo již zmíněno, jak má být správně záznam formulován. Záznamy ve zdravotnické dokumentaci jsou primárně určené pro další ošetřující personál, ovšem v některých případech (vyžádá-li si klient nahlédnutí do jeho dokumentace) je dostupný i klientovi. Při formulaci záznamu do zdravotnické dokumentace je nutné respektovat zásady etiky (nepoužívat vulgaritu, neodborné výrazy, výrazy zesměšňující nebo degradující). Pokud se nejedná o případ, kdy je to nezbytně nutné, nemá sestra k zápisu připojovat své osobní názory nebo poznámky, pouze to, co objektivně posoudila. Nevhodné záznamy v dokumentaci klienta jsou oprávněným důvodem ke stížnostem na toho, kdo zápis provedl, nejen ze strany klienta, ale i ze strany ostatního ošetřujícího personálu, který by tyto nevhodné záznamy neměl přehlížet a ignorovat. (11)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 KVALITA ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE Z POHLEDU SESTER

7. 1 Formulace problému

Zdravotnická dokumentace je nedílnou součástí práce všeobecných sester. Sestry se zdravotnickou dokumentací přicházejí denně do styku, informace z ní získané přímo využívají při poskytování ošetrovatelské péče. Úroveň zdravotnické dokumentace je přímo jedním z indikátorů kvality zdravotnického zařízení. Proto je přínosem znát názor a pohled všeobecných sester na zdravotnickou dokumentaci a jejich vidění kvality zdravotnické dokumentace, které s ní denně pracují.

7. 2 Cíl a úkol průzkumu

Cílem praktické části diplomové práce je srovnání pohledů na zdravotnickou dokumentaci všeobecných sester pracujících v různých lůžkových sektorech jediného zdravotnického zařízení. Cílem průzkumu je zjistit, jak samy všeobecné sestry hodnotí kvalitu zdravotnické dokumentace, co považují za zásadní nedostatky, čemu při vedení dokumentace přikládají význam a dále zjištění jejich přehledu v problematice legislativy. Na základě zjištěných informací byla sestavena informační brožura poskytující informace z problematiky zdravotnické dokumentace vhodná především pro sestry nově nastupující do výkonu svého povolání.

Očekávaná zjištění:

1. Všeobecné sestry využívají pro záznam své ošetrovatelské činnosti listinnou formu zdravotnické dokumentace.

2. Všeobecné sestry považují za stěžejní body čitelnost a přehlednost zdravotnické dokumentace.
3. Všeobecné sestry prokazují velmi dobrou znalost legislativy týkající se zdravotnické dokumentace.
4. Všeobecné sestry považují vedení zdravotnické – ošetrovatelské dokumentace za neodmyslitelnou součást ošetrovatelské péče.
5. Všeobecné sestry věnují vedení ošetrovatelské dokumentace jednu třetinu pracovní doby.

7.3 Vzorek respondentů

Mezi respondenty byly vybrány sestry z lůžkových oddělení různého klinického zaměření, ale z jediného zdravotnického zařízení. Jiná kritéria při výběru respondentů nebyla stanovena.

7.4 Metody výzkumu

Jako metodu průzkumu jsem zvolila polostandardizovaný rozhovor. Rozhovor je metoda, která respondentovi dává možnost a prostor vyjádření skutečného, vlastního názoru a pohledu na zkoumaný prvek. Otázky do rozhovoru byly předem připraveny dle jednotlivých zkoumaných oblastí s možnostmi doplňujících, individuálních otázek, druh rozhovoru je tedy polostandardizovaný.

Rozhovor probíhal individuálně, s každým respondentem zvlášť. V průměru byla doba trvání rozhovoru 1 hodina. Každý rozhovor byl zaznamenán na audiozáznam a následně zpracován písemně.

Všichni respondenti byli seznámeni s účelem a cílem průzkumu a rozhovor poskytli dobrovolně.

7.5 Zásady vedení rozhovoru

Při vedení rozhovoru je nutné dodržovat následující zásady:

- Zvolit vhodné, klidné prostředí bez rušivých vlivů
- Zvolit vhodnou dobu pro rozhovor, zajistit dostatek času
- Představit se a seznámit dotazovaného s účelem rozhovoru
- Seznámit dotazovaného s oblastmi otázek
- Dotazovaný je informován o uskutečňování záznamu rozhovoru
- Volit vhodné a navazující otázky
- Otázky musí být jasné a srozumitelné
- Pokládané otázky jsou v souladu s etikou
- Tazatel mluví přiměřeně hlasitě, srozumitelně a jasně artikuluje
- Dát dotazovanému dostatek času a prostoru pro odpověď
- Ke každému dotazovanému individuální přístup
- Během rozhovoru udržovat oční kontakt
- Vyhnout se nevhodným reakcím, nehodnotit odpovědi a názory dotazovaného
- V případě potřeby opakovat otázku
- Pro upřesnění využívat individuální otázky (28, 36)

7.6 Prezentace získaných údajů

ROZHOVOR Č.1

A) Základní údaje o respondentovi

- **Jaký je Váš věk?**

„Je mi 23 let.“

- **V jakém klinickém oboru pracujete?**

„Momentálně pracuji na kardiologické jednotce intenzivní péče. Naše pracoviště je součástí kardiologického centra, řadíme se mezi pracoviště interní medicíny.“

- **Jakou máte v zaměstnání pozici?**

„Momentálně pracuji jako všeobecná zdravotní sestra v provozu u lůžka.“

- **Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

„Do zaměstnání jsem nastoupila v září 2011.“

- **Jak dlouho pracujete na současném pracovišti?**

„Od začátku pracuji na stávajícím oddělení.“

- **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

„Střední zdravotnickou školu jsem absolvovala zde v Plzni, kde jsem studovala obor zdravotnický asistent. To bylo také impulsem k dalšímu studiu. Po maturitě jsme pokračovala ve studiu na Západočeské univerzitě v Plzni v bakalářském programu, obor všeobecná sestra. Toto studium jsem úspěšně dokončila v červnu roku 2011.“

- **Studujete v současné době?**

„Ano, v současné době stále studuji. Navštěvuji prezenční studium navazujícího magisterského programu na Západočeské univerzitě v Plzni, Fakultě zdravotnických studií. Jedná se o obor ošetrovatelství v klinických oborech, se zaměřením na vnitřní lékařství. Pokud vše půjde dobře, v letošním roce bych měla studium dokončit.“

B) Vedení zdravotnické dokumentace

- **Jaká je délka Vaší pracovní směny?**

„Pracujeme v nepřetržitém provozu, délka jedné směny je 12 hodin. Pracujeme na denní a noční směny.“

- **Kolik času přibližně Vám v pracovní době zabere pouze vedení zdravotnické dokumentace?**

„Nejsem si jistá, zda dokážu čas věnovaný vedení zdravotnické dokumentace přesně odhadnout. Vzhledem k tomu, že na jednotce intenzivní péče vedeme záznamy do zdravotnické dokumentace v intervalu po jedné hodině a k tomu ještě navíc vedeme další záznamy, myslím, že vedení zdravotnické dokumentace věnujeme určitě velkou část naší pracovní doby. Osobně to odhaduji na třetinu pracovní doby.“

- **Myslíte si, že během své pracovní doby věnujete pouze zdravotnické dokumentaci příliš mnoho času?**

„Určitě mi vedení zdravotnické dokumentace zabírá mnoho času, který bych jinak mohla věnovat například komunikaci s nemocným, ovšem zdravotnická dokumentace je nutnost, její vedení je nedílnou součástí práce všeobecné sestry. Proto si myslím, že nelze přesně stanovit, zda je to pozitivní nebo negativní, že věnujeme mnoho času zdravotnické dokumentaci. Zde na jednotce intenzivní péče je přesné vedení dokumentace obzvláště důležité.“

- **Jakou formu vedení zdravotnické dokumentace na Vašem pracovišti využíváte?**

„Využíváme především písemnou formu zdravotnické dokumentace, sestry vesměs vše zapisují ručně do formulářů. Dále samozřejmě jako celá fakultní nemocnice využíváme PC program WinMedicalc, kde jsou informace o nemocných v elektronické formě.“

Využíváte například i fotodokumentaci?

„Fotodokumentaci příliš často nevyužíváme, opravdu jen minimálně. Na našem pracovišti nemíváme často otevřené rány nebo dekubity, kde je fotodokumentace nejvíce využívána, proto se s ní u nás příliš nesetkáte.“

- **Co Vy osobně považujete za nejdůležitější, stěžejní body, při vedení zdravotnické dokumentace?**

„Určitě považuji za stěžejní, aby zdravotnická dokumentace byla vedena přesně, pravdivě a hlavně přehledně. Nepřehlednost může být zdrojem pochybení sester a už samotnou nepřehlednost považuji za chybu. Všechny zápisy provedené ručně určitě musí být čitelné, myslím, že se snažíme psát čitelně a nebývá u nás problém s nečitelností. Lékaři ordinace píšou na počítači a my sestry je máme k dispozici vytištěné, to považuji za velmi dobré a doporučila bych to všem pracovištím, není pak problém s čitelností.“

- **Setkala jste někdy se závažným pochybením ze strany sestry v souvislosti s vedením zdravotnické dokumentace?**

„Ve zdravotnictví zatím nepracuji příliš dlouho, ale dosud jsem se nesetkala se žádným závažným pochybením ze strany sester, ani v souvislosti se zdravotnickou dokumentací. Myslím, že se všechny sestry na našem pracovišti snažíme především pochybení předcházet.“

Jak pochybení předcházíte?

„Snažíme se vždy pečlivě dodržovat zásady vedení zdravotnické dokumentace, vždy zapisuje údaje včas, přesně, srozumitelně, čitelně a zaznamenáváme i čas, datum a podpis toho, kdo záznam provedl. Vždy vše nejprve zkontrolujeme, než nějaký úkon provedeme. I pečlivá kontrola zápisů pomáhá předcházet problémům.“

- **Využíváte předpřipravené formuláře pro ošetrovatelskou dokumentaci?**

„Používáme velké množství formulářů. Používáme ty, které se standardně používají v celé fakultní nemocnici, tedy veškeré informované souhlasy, které podepisuje nemocný před každým výkonem i při hospitalizaci. Dále využíváme formulář pro ošetrovatelskou anamnézu. Často využíváme i formuláře pro stanovení rizika dekubitů a jejich prevenci.“

Máte nějaké formuláře specifické pro Vaše oddělení?

„Přímo specifické formuláře, které by se využívaly pouze na našem pracovišti, nemáme. Máme ordinační listy, které jsou vždy určeny pro vedení záznamů na 24h u jednoho nemocného, kde jsou kolonky uzpůsobené potřebám našeho pracoviště. Tam zapisujeme například veškeré provedené ordinace a hodnoty fyziologických funkcí v intervalu jedné hodiny.“

- **Myslíte si, že předpřipravené formuláře šetří čas sestry, považujete je za efektivní?**

„Myslím, že formuláře určitě čas ušetří. Navíc jsou přehledné a snadno se v nich sestra zorientuje. Osobně předpřipravené formuláře za efektivní považuji. Sestrám určitě usnadní práci a snadno v nich nalezneme hledané informace.“

- **Podle čeho byste Vy osobně, podle jakých kritérií, hodnotila kvalitu zdravotnické dokumentace?**

„Ukazatelem kvality a efektivity zdravotnické dokumentace je podle mého názoru právě to, že nedochází k pochybením, u kterých by byla příčinou právě nesprávně vedená zdravotnická dokumentace. Dále bych považovala za ukazatel kvality jednotnost vedení zdravotnické dokumentace, také přehlednost a čitelnost.“

- **Jaké vidíte nedostatky ve vedení zdravotnické dokumentace?**

„Na našem pracovišti nevidím žádné významné nedostatky ve vedení zdravotnické dokumentace. Myslím, že naše dokumentace je efektivní a splňuje svůj účel.“

- **Považujete vedení zdravotnické dokumentace za součást ošetrovatelské péče?**

„Určitě ano. Vedení zdravotnické dokumentace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Zdravotnická dokumentace je jedním ze zdrojů informací nutných k naplánování ošetrovatelského procesu a zároveň i samotný průběh ošetrovatelské péče je zaznamenáván do zdravotnické dokumentace.“

- **Myslíte si, že zdravotnická dokumentace ovlivňuje kvalitu a kontinuitu ošetrovatelské péče?**

„Myslím, že ano a že zdravotnická dokumentace má na kvalitu i kontinuitu ošetrovatelské péče zásadní vliv.“

V čem vidíte zásadní vliv zdravotnické dokumentace?

„Na kontinuitu ošetrovatelské péče má například zásadní vliv záznam o průběhu ošetrovatelské péče z minulé směny, díky přesnému záznamu můžeme efektivně navázat na předešlé úkony a zajistit tak kontinuitu ošetrovatelské péče.“

- **Myslíte si, že zaměření se na vedení zdravotnické dokumentace může způsobit odklon zdravotnického pracovníka od pacienta?**

„Odklon pracovníka od pacienta může způsobit přílišné zaměření se na zdravotnickou dokumentaci.“

Mohla byste upřesnit, co považujete za přílišné zaměření se na zdravotnickou dokumentaci?

„Myslela jsem tím, že je veškerá pozornost věnována pouze zdravotnické dokumentaci a záznamům, kdy je cílem hlavně přesně vedená zdravotnická dokumentace a úkony jsou prováděny víceméně proto, aby se se mohly odškrtnout. To považuji za chybu. Na našem oddělení se s tím problémem nesetkáváme. Efektivní a přesné vedení zdravotnické dokumentace je velmi důležité, ale neměla by být ubírána pozornost a zájem o pacienta. Potřeby pacienta jsou neméně důležité, jako přesné vedení zdravotnické dokumentace.“

C) Znalost legislativy zdravotnické dokumentace

- **Dokážete říct, jaké legislativní dokumenty se týkají zdravotnické dokumentace?**

„Vím, že vedení zdravotnické dokumentace je zmíněno v novelizovaném zákoně, musím přemýšlet, ale myslím, že se jedná o zákon číslo 372/2011 o poskytování zdravotních služeb.“

- **Kde jste získal/a nejvíce informací o legislativě zdravotnické dokumentace?**

„Informace o legislativě jsem získala především během mého bakalářského studia, některé vyučovací předměty byly zaměřeny právě na problematiku legislativy ve zdravotnictví, tedy se týkaly i legislativy zdravotnické dokumentace.“

Jaký je Váš přístup k legislativě?

„Myslím, že dobrý. Snažím se mít přehled alespoň o nejdůležitějších věcech z oblasti legislativy, snažím se informovat i o novelizacích a podobně.“

Kde se průběžně informujete?

„Stále studuji, takže ve škole se dozvím informace i o novelizaci zákonů týkajících se zdravotnické problematiky, také bývají informace z této oblasti i v odborných časopisech, nebo na internetu.“

- ***Myslíte si, že zdravotnická dokumentace může poskytovat všeobecným sestřám právní ochranu?***

„Zdravotnická dokumentace poskytuje sestřám právní ochranu, ale pouze v případě, je-li vedená správně, přesně a efektivně. Je to vlastně doklad o tom, jak sestra postupovala při poskytování ošetrovatelské péče a důkaz, že sestra postupovala správně.“

Setkala jste se už s tím, že v právním sporu byla použita zdravotnická dokumentace jako důkazní materiál?

„Ne, zatím jsem se nesečkala s žádným právním sporem v souvislosti s mým zaměstnáním, takže ani s tím, že by zdravotnická dokumentace byla použita jako důkazní materiál.“

ROZHOVOR Č.2

A) Základní údaje o respondentovi

- **Jaký je Váš věk?**

„Je mi 25 let.“

- **V jakém klinickém oboru pracujete?**

„Nyní pracuji na neurochirurgickém, standardním lůžkovém oddělení.“

- **Jakou máte v zaměstnání pozici?**

„Jsem zaměstnaný jako všeobecná sestra v provozu.“

- **Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

„Ve zdravotnictví pracuji od roku 2006.“

- **Jak dlouho pracujete na současném pracovišti?**

„Pracuji od začátku zde na neurochirurgickém oddělení, specializace tohoto oddělení je pro mě zajímavá, v tomto oboru bych chtěl pracovat i v budoucnosti.“

- **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

„Prozatím jsem absolventem pouze střední zdravotnické školy v Domažlicích, obor všeobecná sestra, které jsem úspěšně dokončil v roce 2006.“

- **Studujete v současné době?**

„Ano, v současné době studuji třetím rokem kombinovanou formu bakalářského oboru všeobecná sestra na Západočeské univerzitě v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.“

Chcete v budoucnu pokračovat i v dalším studiu?

„Ano, pokud úspěšně dokončím studium bakaláře, doufám, že již v tomto roce, chtěl bych pokračovat dále na navazujícím magisterském studiu. Zůstanu u oboru ošetrovatelství.“

B) Vedení zdravotnické dokumentace

- **Jaká je délka Vaší pracovní směny?**

„Pracujeme v nepřetržitém dvousměnném provozu, tedy je délka jedné směny 12 hodin.“

- **Kolik času přibližně Vám v pracovní době zabere pouze vedení zdravotnické dokumentace?**

„Myslím, že pečlivé vedení zdravotnické dokumentace zabírá poměrně mnoho času, při denní směně asi jednu třetinu pracovní doby.“

- **Myslíte si, že během své pracovní doby věnujete pouze zdravotnické dokumentaci příliš mnoho času?**

„Nemyslím si, že je to příliš mnoho času. Vedení dokumentace zabírá čas, ale myslím, že se vyplatí investovat čas do správně vedené zdravotnické dokumentace.“

- **Jakou formu vedení zdravotnické dokumentace na Vašem pracovišti využíváte?**

„Využíváme především listinnou formu, zároveň PC systém WinMedicalc jako celá fakultní nemocnice. Jiné formy dokumentace příliš často nevyužíváme, vše je řádně zaznamenáno hlavně písemně.“

- **Co Vy osobně považujete za nejdůležitější, stěžejní body, při vedení zdravotnické dokumentace?**

„Pro mě osobně je nejdůležitější především čitelnost. Veškeré záznamy musí být čitelné bez problémů, nečitelnou dokumentací nejenom ztrácíme čas, ale může to způsobit i pochybení sestry. Za další velmi důležitý bod považuji přehlednost dokumentace, to pro mne znamená, že hledanou informaci v dokumentaci snadno naleznou.“

- **Setkal jste se někdy se závažným pochybením ze strany sestry v souvislosti s vedením zdravotnické dokumentace?**

„Dosud jsem se s žádným závažným pochybením neseťkal. Myslím, že se všichni snažíme pochybením předcházet, vedeme dokumentaci pečlivě, přehledně a čitelně.“

Měl jste v začátcích Vašeho zaměstnání ve zdravotnickém zařízení potíže s vedením zdravotnické dokumentace?

„Při nástupu do nového zaměstnání mi, jako každému novému zaměstnanci, dělalo mírné potíže se ve zdravotnické dokumentaci zorientovat a správně ji vést. Myslím, že jsem se však zorientoval velmi brzy, drobné potíže byly rychle překonány.“

Kdo Vám pomohl se v dokumentaci zorientovat, kdo Vám dal informace o vedení zdravotnické dokumentace na Vašem novém pracovišti?

„Měl jsem štěstí na vstřícné spolupracovníky, kolegové mi byli ochotni pomoci, poradit a upozornili mne na to, na co je třeba dbát při vedení zdravotnické dokumentace.“

- **Využíváte předpřipravené formuláře pro ošetrovatelskou dokumentaci?**

„Ano, využíváme poměrně mnoho formulářů.“

Jaké?

„Například každý pacient má ve své dokumentaci ordinační listy, kam zaznamenáváme denní ordinace, podaná léčiva, hodnoty fyziologických funkcí, dále při přijetí pacienta vyplňujeme formulář pro ošetrovatelskou anamnézu, informovaný souhlas s hospitalizací a další.“

Využíváte nějaké formuláře specifické pro Vaše oddělení?

„Mnoho formulářů pro nás specifických nemáme. Zařadil bych sem například informované souhlasy s výkony, které se provádějí na našem pracovišti, informované souhlasy s neurochirurgickým výkonem, pro každý výkon je zvláštní formulář.“

- **Myslíte si, že předpřipravené formuláře šetří čas sestry, považujete je za efektivní?**

„Určitě čas ušetří a za efektivní je považuji. Eliminují riziko opomenutí některých údajů, zároveň z nich přehledně a rychle zjistíme potřebné informace. Například formulář pro ošetrovatelskou anamnézu, je stručný a přehledný, po přijetí pacienta poskytuje základní informace pro zahájení ošetrovatelského procesu.“

- **Podle čeho byste Vy osobně, podle jakých kritérií, hodnotil kvalitu zdravotnické dokumentace?**

„Pod kritérii hodnocení kvality zdravotnické dokumentace bych si představoval jednotnost zdravotnické dokumentace, srozumitelnost a přehlednost, tím myslím jasné a stručné, ale zároveň ucelené informace, bez přílišných oprav v záznamech. Zároveň by neměla obsahovat duplicitní informace, několik formulářů, které poskytují totožné informace, ubírá to čas a přehlednost.“

- **Jaké vidíte nedostatky ve vedení zdravotnické dokumentace?**

„Na našem pracovišti nevidím žádné významné nedostatky ve vedení zdravotnické dokumentace. Myslím, že dokumentaci vedeme velmi pečlivě. Obecně bych za nedostatky považoval především neúplné nebo chybné záznamy, neopatřené podpisem a datem.“

- **Považujete vedení zdravotnické dokumentace za součást ošetrovatelské péče?**

„Ano, považuji. Ošetrovatelská péče není jen její praktické vykonávání, ale i její řádná dokumentace.“

- **Myslíte si, že zdravotnická dokumentace ovlivňuje kvalitu a kontinuitu ošetrovatelské péče?**

„Myslím, že ano a vliv zdravotnické dokumentace je na kvalitu a kontinuitu ošetrovatelské péče výrazný. Po příchodu na novou směnu po předání služby mohu ve zdravotnické dokumentaci zjistit další informace, díky kterým mohu navázat na předchozí směnu a plynule pokračovat v ošetrovatelském procesu.“

- **Myslíte si, že zaměření se na vedení zdravotnické dokumentace může způsobit odklon zdravotnického pracovníka od pacienta?**

„Myslím, že ne. Zdravotnický pracovník je v kontaktu s klientem, poskytuje mu ošetrovatelskou péči, ale zároveň musí věnovat pozornost i zdravotnické dokumentaci, i to je plnohodnotnou součástí náplně práce zdravotnického

pracovníka. Pozornost zdravotnického pracovníka vůči klientovi a vůči vedení dokumentace musí být vyvážená, nesmí ani jedna strana strádat na úkor druhé.“

C) Znalost legislativy zdravotnické dokumentace

- **Dokážete říct, jaké legislativní dokumenty se týkají zdravotnické dokumentace?**

„Legislatura zdravotnické dokumentace je zmíněna v zákoně o poskytování zdravotních služeb, také vím, že existuje vyhláška týkající se přímo zdravotnické dokumentace. Vyhláška je z roku 2012, vyhláška o zdravotnické dokumentaci. Možná by se tohoto dotýkala vyhláška číslo 55/2011 o kompetencích všeobecných sester. Také si myslím, že se vedení dokumentace týká i zákon na ochranu osobních údajů, v dokumentaci jsou přece i osobní údaje pacientů.“

- **Kde jste získal nejvíce informací o legislativě zdravotnické dokumentace?**

„Informace o legislativě jsem získal hlavně během studia, stále studuji, v předmětu Právo a legislativa se zabýváme legislativou týkající se zdravotnické problematiky.“

Jaký je Váš přístup k legislativě?

„Myslím, že dobrý, všechny předpisy samozřejmě respektuji a řídím se jimi. Sice legislativa není přímo oblast mého zájmu, ale snažím si udržovat aktuální přehled.“

- **Myslíte si, že zdravotnická dokumentace může poskytovat všeobecným sestřám právní ochranu?**

„Jsem přesvědčen, že ano, ale pouze v případě, že je vedená správně. Správně vedená dokumentace, to znamená ta, která obsahuje záznamy o veškerých

činnostech prováděných u klienta a záznamy o veškerých skutečnostech, které se klienta týkají, je důkazní materiál, který obhajuje sestru, že postupovala správně, lege artis, v souladu s ordinacemi lékaře, předpisy a etikou. Taková dokumentace může obhájit sestru v případě právního sporu. Ovšem chybná nebo neúplná dokumentace je na druhou stranu důkazem o pochybení personálu.“

ROZHOVOR Č.3

A) Základní údaje o respondentovi

- **Jaký je Váš věk?**

„Je mi 24 let.“

- **V jakém klinickém oboru pracujete?**

„Pracuji na neurochirurgickém oddělení, současně době na neurochirurgické jednotce intenzivní péče.“

- **Jakou máte v zaměstnání pozici?**

„Pracuji jako všeobecná sestra.“

- **Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

„Ve zdravotnictví pracuji od září roku 2011“.

- **Jak dlouho pracujete na současném pracovišti?**

„Na současném pracovišti jsem poměrně krátkou dobu, 6 měsíců.“

V jakém klinickém oboru jste pracoval/a v minulosti?

„Dříve jsem pracovala také na neurochirurgickém oddělení, ale na standardním lůžkovém sektoru jako zdravotnický asistent.“

- **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

„V roce 2008 jsme dokončila studium střední zdravotnické školy v Plzni oboru zdravotnický asistent, v roce 2012 jsem pak úspěšně absolvovala bakalářský obor všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií západočeské univerzity v Plzni.“

- **Studujete v současné době?**

„V současné době dále nestuduji.“

Chcete v budoucnu ve studiu pokračovat?

„Prozatím v plánu další studium nemám, ovšem tuto možnost prozatím ani nevyklučuji.“

B) Vedení zdravotnické dokumentace

- **Jaká je délka Vaší pracovní směny?**

„Pracujeme v 12 hodinových směnách v nepřetržitém provozu, směny se dělí na denní a noční.“

- **Kolik času přibližně Vám v pracovní době zabere pouze vedení zdravotnické dokumentace?**

„Zde na jednotce intenzivní péče zabírá vedení zdravotnické dokumentace hodně času, je zde velmi důležité vést dokumentaci pečlivě, pravidelně a jakékoliv skutečnosti ihned dokumentovat. Nedokážu čas věnovaný zdravotnické

dokumentaci přesně odhadnout, ale myslím, že přibližně čtyři hodiny z pracovní doby vedení dokumentace zabere.“

- **Myslíte si, že během své pracovní doby věnujete pouze zdravotnické dokumentaci příliš mnoho času?**

„Nemyslím si. Čas věnovaný vedení zdravotnické dokumentace je adekvátní.“

- **Jakou formu vedení zdravotnické dokumentace na Vašem pracovišti využíváte?**

„Vše je vedeno hlavně v písemné formě. I já osobně písemnou formu zdravotnické dokumentace považuji za nejvhodnější. Pracuji na jednotce intenzivní péče, takže mohu provádět písemné záznamy přímo u lůžka nemocného, věnuji se vedení dokumentace, ale zároveň neztrácím kontrolu nad nemocným.“

Jiné formy na Vašem pracovišti nevyžíváte?

„Samozřejmě využíváme i PC program pro celé naše zdravotnické zařízení. Někdy je třeba něco zdokumentovat i fotograficky, například průběh hojení operační rány a podobně, ale to využíváme opravdu minimálně. Nejvyužívanější je opravdu u nás písemná forma.“

- **Co Vy osobně považujete za nejdůležitější, stěžejní body, při vedení zdravotnické dokumentace?**

„Stěžejním bodem při vedení zdravotnické dokumentace je pro mne rozhodně přesnost. Zdravotnická dokumentace musí být vedená přesně. Jakýkoliv záznam musí přesně vystihovat skutečnost, která se u nemocného stala, nesmí být zavádějící nebo neúplná. Dále také čitelnost, pokud zápisy uskutečňujeme ručně, musí být snadno čitelné i pro další personál, na to je třeba brát zřetel.“

- **Setkala jste někdy se závažným pochybením ze strany sestry v souvislosti s vedením zdravotnické dokumentace?**

„Doposud jsem se s žádným závažným pochybením neselekala, zatím neparacuji ve zdravotnictví příliš dlouho. Při nástupu do zaměstnání jsem měla obavy, abych něco při vedení dokumentace nezanedbala, nebo neudělala chybu, takže jsem po sobě záznamy kontrolovala několikrát. Velmi mi ale pomohli kolegové, kteří mne pomohli se se zdravotnickou dokumentací naučit rychle pracovat. Ze studia jsem věděla, jak dokumentace vypadá a znala přibližné zásady vedení, ale přece jen po nástupu do nového zaměstnání je všechno jiné.“

- **Využíváte předpřipravené formuláře pro ošetrovatelskou dokumentaci?**

„Ano, využíváme předpřipravené formuláře, které jsou standardizované, většina jich je používaná pro celou fakultní nemocnici. Jsou jen obdobně upraveny pro potřeby našeho pracoviště. Využíváme například ordinační listy, které jsou vždy určeny pro jednu denní a jednu noční směnu u nemocného, tedy 24 hodinové ordinační listy. Tam zaznamenáváme jak podaná léčiva, tak monitoring fyziologických funkcí vždy v intervalu po jedné hodině. Pro naše pracoviště je například velmi důležité sledovat glasgow coma scale, tedy stav vědomí, právě z důvodu, že jsme pracoviště orientované na nemocné s neurochirurgickými zákroky. Dále využíváme formuláře pro ošetrovatelskou anamnézu, informované souhlasy v případě, že jejich vyplnění dovoluje zdravotní stav nemocného. Využíváme také formuláře pro prevenci a léčbu dekubitů a další formuláře podle toho, který je individuálně zapotřebí u konkrétního nemocného.“

- **Myslíte si, že předpřipravené formuláře šetří čas sestry, považujete je za efektivní?**

„Myslím, že efektivní je formulář pouze tehdy, je-li správně a kompletně vyplněn. Pokud sestry formuláře nevyplní úplně nebo chybně, je jakýkoliv formulář zbytečný

a neefektivní. Je důležité formuláře vyplňovat vhodně pro jeho účel a hlavně kompletně, pak splní svůj účel a bude efektivní, to znamená, že rychle a přehledně poskytne informace, které žádáme. Shrnula bych to tedy tak, že ano, správně a přesně vyplněný formulář je efektivní.“

- **Podle čeho byste Vy osobně, podle jakých kritérií, hodnotila kvalitu zdravotnické dokumentace?**

„Mezi kritéria hodnocení kvality zdravotnické dokumentace bych osobně zařadila charakter záznamů, tím mám na mysli přesnost, úplnost, čitelnost, autorizaci záznamů. Dále přehlednost a jednotnost celé dokumentace, umožňující snadnou orientaci v záznamech. Dále ještě kvalitní dokumentace podle mne obsahuje minimální množství opravených záznamů.“

- **Jaké vidíte nedostatky ve vedení zdravotnické dokumentace?**

„Osobně mi velice vadí nepřesnost dokumentace. Pokud je údaj neúplný, nebo formulovaný nepřesně, to považuji za velký nedostatek. Také nečitelnost, nebo pokud záznam není autorizován, to jsou pro mne zásadní nedostatky. Na našem pracovišti tyto nedostatky ale neřešíme často, snažíme se dokumentaci vést poctivě a nedostatkům předcházet pečlivou kontrolou všech záznamů.“

- **Považujete vedení zdravotnické dokumentace za součást ošetrovatelské péče?**

„Záleží na tom, z jakého pohledu se na zdravotnickou dokumentaci dívám. Ošetrovatelská péče jsou činnosti, která sestra provádí u nemocného k zajištění jeho potřeb. Vedení zdravotnické dokumentace je pak následné zaznamenávání skutečností, které byly prováděny. Součástí ošetrovatelské péče to přímo není, ale je to součástí činnosti sestry, která s poskytováním ošetrovatelské péče úzce souvisí.“

- **Myslíte si, že zdravotnická dokumentace ovlivňuje kvalitu a kontinuitu ošetrovatelské péče?**

„Myslím, že ano. Kvalita zdravotnické dokumentace může ovlivňovat jak kvalitu, tak i kontinuitu poskytované ošetrovatelské péče. Dokumentace nemocného je jedním ze zdrojů informací, které využíváme právě pro plánování dalších ošetrovatelských postupů při poskytování ošetrovatelské péče. Plynulost, tedy kontinuitu, mohou negativně ovlivnit například nepřesné, nebo vůbec neprovedené záznamy předchozí poskytnuté péče, neumožní to přímé navazování na předchozí poskytnutou péči.“

- **Myslíte si, že zaměření se na vedení zdravotnické dokumentace může způsobit odklon zdravotnického pracovníka od pacienta?**

„Nemyslím si. Vždyť, co se týče ošetrovatelské péče a výkonů sestry, zaznamenáváme tyto skutečnosti do zdravotnické dokumentace až po tom, co jsou reálně vykonány u nemocného, tedy tak by to mělo být a věřím, že to i tak ve skutečnosti je. Vždy je třeba klást důraz na kvalitní dokumentaci, ale nikdy ne na úkor nemocného. Reálně poskytovaná ošetrovatelská péče, věnování pozornosti nemocnému a vedení zdravotnické dokumentace by se měli vzájemně prolínat, doplňovat a ovlivňovat pouze v pozitivním smyslu. Jedno by nemělo negativně ovlivňovat druhé, to je chyba. Sestra musí poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, ale zároveň musí vést kvalitně i zdravotnickou dokumentaci.“

C) Znalost legislativy zdravotnické dokumentace

- **Dokážete říct, jaké legislativní dokumenty se týkají zdravotnické dokumentace?**

„Určitě si nyní nevzpomenu na všechny, ale vím, že existuje vyhláška o vedení zdravotnické dokumentace, která je poměrně nová, tuším, že z loňského roku.“

Zařadila bych sem i zákon na ochranu osobních údajů a zákon číslo 96 z roku 2004, který upravuje odbornou způsobilost sester.“

- **Kde jste získal/a nejvíce informací o legislativě zdravotnické dokumentace?**

„Informace o legislativě jsem získala především v průběhu studia na vysoké škole. Někdy jsou informace o právní problematice týkající se zdravotnictví i v odborných časopisech pro sestry.“

Jaký je Váš přístup k legislativě?

„Respektovat právní předpisy musíme všichni, takže i já je samozřejmě respektuji.“

- **Myslíte si, že zdravotnická dokumentace může poskytovat všeobecným sestřím právní ochranu?**

„Poskytuje, často je dokumentace využita jako materiál, který při soudních sporech dokazuje, že sestra postupovala tak, jak měla. Ovšem tuto ochranu poskytuje jen bezchybně vedená dokumentace. Sestry by měly mít při vedení zdravotnické dokumentace na paměti, že správnou dokumentací chrání i sami sebe.“

ROZHOVOR Č.4

A) Základní údaje o respondentovi

- **Jaký je Váš věk?**

„Je mi 26 let.“

- **V jakém klinickém oboru pracujete?**

„Teď pracuji na klinice ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí.“

- **Jakou máte v zaměstnání pozici?**

„Pracuji jako všeobecná sestra na standardním oddělení.“

- **Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

„Ve zdravotnictví pracuji od června 2011.“

- **Jak dlouho pracujete na současném pracovišti?**

„Předtím jsem nikde nepracovala, celou tu dobu pracuji tady.“

- **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

„V roce 2011 jsem dokončila studium bakaláře, obor všeobecná sestra. Studovala jsem na fakultě zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni.“

- **Studujete v současné době?**

„V současné době ve studiu nepokračuji.“

Máte v plánu se v budoucnu vrátit ke studiu?

„Zatím jsem o tom nijak nepřemýšlela, ještě uvidím, co bude v budoucnu. Možná, že se ke studiu ještě vrátím.“

B) Vedení zdravotnické dokumentace

- **Jaká je délka Vaší pracovní směny?**

„Pracujeme standardně 12 hodin v jedné směně, máme denní a noční směny.“

- **Kolik času přibližně Vám v pracovní době zabere pouze vedení zdravotnické dokumentace?**

„Nevím, zda to umím odhadnout dobře. Vedení dokumentace se věnuji hodně, myslím, že pokud to shrnu, bude to kolem 5 hodin.“

- **Myslíte si, že během své pracovní doby věnujete pouze zdravotnické dokumentaci příliš mnoho času?**

„Znáte to, dokumentace zabírá opravdu hodně času, tedy já si to myslím, ale co se dá dělat, je to nutné.“

- **Jakou formu vedení zdravotnické dokumentace na Vašem pracovišti využíváte?**

„Využíváme hlavně písemnou formu, většinou vše zaznamenáváme písemně, ručně. Také využíváme počítačový program pro fakultní nemocnici.“

Využíváte na Vašem pracovišti fotodokumentaci?

„Nevyužíváme. Příliš často se nesetkáváme s problémovým hojením ran nebo dekubity, kde se může fotodokumentace nejlépe uplatnit.“

Na Vašem předchozím pracovišti jste využívali nějaké jiné formy vedení zdravotnické dokumentace než na současném?

„Ne, vedení dokumentace se na obou pracovištích příliš nelišilo, žádné významné odlišnosti nevidím. I na mém předchozím pracovišti se využívala především písemná forma dokumentace.“

- **Co Vy osobně považujete za nejdůležitější, stěžejní body, při vedení zdravotnické dokumentace?**

„Čitelnost, vhodné formulace, přesnost, přehlednost, srozumitelnost, to bych řekla, že jsou hlavní zásady vedení dokumentace. A také nezapomínat podpis a razítko, kdo záznam provedl.“

- **Setkala jste někdy se závažným pochybením ze strany sestry v souvislosti s vedením zdravotnické dokumentace?**

„Ani na současném ani na minulém pracovišti jsem se nesečkala s žádným velkým pochybením sester a doufám, že ani nesečkám. Snažím se si dávat pozor, abych pochybení předešla. Kontroluji po sobě všechny mé zápisy ve zdravotnické dokumentaci.“

- **Využíváte předpřipravené formuláře pro ošetrovatelskou dokumentaci?**

„Požíváme hodně formulářů. Na dokumentaci pro pacienty máme přímo vytištěné formuláře, dekursy, patří tam i ordinační list, pro ordinace lékaře a záznamy z měření fyziologických funkcí. Také máme formuláře pro ošetrovatelskou anamnézu, tu také obsahuje dokumentace každého pacienta. Pro pacienty diabetiky máme ještě glykemickou kartu, kam se zaznamenávají obvykle třikrát denně hodnoty glykémie. Pro všechny pacienty jsou také formuláře o informovaném souhlasu. Každý pacient podepisuje informovaný souhlas s hospitalizací a pro každého pacienta, podle jeho výkonu, jsou pak informované souhlasy s tím určitým výkonem. Někdy využíváme i formuláře pro léčbu a prevenci dekubitů, pokud je to u pacienta potřeba. To jsou asi u nás nejpoužívanější formuláře.“

- **Myslíte si, že předpřipravené formuláře šetří čas sestry, považujete je za efektivní?**

„Svůj účel určitě plní. Nedovedu si představit, jak bychom sepisovali například ošetrovatelskou anamnézu bez formuláře, to je určitě přínosné. Je to rychlejší,

nezapomeneme na nic a je to i přehlednější. Formuláře jsou určitě užitečné, čas také určitě ušetří.“

- **Podle čeho byste Vy osobně, podle jakých kritérií, hodnotila kvalitu zdravotnické dokumentace?**

„Kdybych měla stanovit, podle čeho bych dokumentaci hodnotila, tak bych asi zmínila, že by kvalitní dokumentace neměla obsahovat chyby, škrtnání a podobně. Neměla by obsahovat mnoho opravených zápisů, měla by být přehledná, čitelná. Měla by mít jednotnou formu pro celé zdravotnické zařízení, v rámci možností, je jasné, že určitá oddělení mají specifika, ale dokumentace by měla být minimálně podobná.“

- **Jaké vidíte nedostatky ve vedení zdravotnické dokumentace?**

„Myslím, že by lékaři měli psát čitelněji. Někdy mám potíže s čitelností v dokumentaci, to mi opravdu vadí. Jiné významné nedostatky nevidím.“

- **Považujete vedení zdravotnické dokumentace za součást ošetrovatelské péče?**

„Ošetrovatelská péče to není, ale při poskytování ošetrovatelské péče se zdravotnickou dokumentací pracujeme. Je to součást náplně povolání sester.“

- **Myslíte si, že zdravotnická dokumentace ovlivňuje kvalitu a kontinuitu ošetrovatelské péče?**

„Řekla bych, že ano. Když poskytujeme ošetrovatelskou péči, vycházíme přece i ze zdravotnické dokumentace. Z tohoto důvodu si myslím, že dokumentace ovlivňuje i kvalitu a návaznost ošetrovatelské péče. Také bych ještě zmínila, že nejen dokumentace, ale i předávání služby mezi sestrami toto může ovlivnit. Je důležité, aby si sestry uměly mezi sebou předat informace, jak pomocí dokumentace, tak i ústně. Myslím tím, že by neměly zapomínat předávat všechny důležité informace, ale i jejich postřehy, co se týče pacienta. Ústní komunikaci

mezi sestrami též považuji za důležitou, stejně tak jako komunikaci prostřednictvím dokumentace.“

- **Myslíte si, že zaměření se na vedení zdravotnické dokumentace může způsobit odklon zdravotnického pracovníka od pacienta?**

„Ne. Dokumentaci přece vedeme souvisle s přímo poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Tyto dvě činnosti se vzájemně prolínají. Nemyslím si, že bychom byli zaměřeni na vedení dokumentace natolik, aby to způsobovalo odklon od pacienta. Nic se nemá přehánět a platí to i o zaměřenosti na určitou oblast. Zdravotnická dokumentace i pacient by měli dostávat tolik pozornosti personálu, kolik potřebují. Neměla by být opomínána ani jedno.“

C) Znalost legislativy zdravotnické dokumentace

- **Dokážete říct, jaké legislativní dokumenty se týkají zdravotnické dokumentace?**

„Nevzpomenu si přesně, vím, že to není moje silná stránka. Musím přemýšlet. Asi bych uvedla zákon o odborné způsobilosti, číslo 96 z roku 2004. Kompetence sester, myslím, řeší i vyhláška číslo 55 z roku 2011. Víím, že existuje vyhláška o zdravotnické dokumentaci, ale v tuto chvíli si bohužel nevzpomenu na číslo. Možná bych sem mohla zařadit i zákon na ochranu osobních údajů, to také určitě patří i k dokumentaci. Také zákon o zdravotních službách 372 z roku 2011 mluví o dokumentaci, jsou tam podmínky ohledně informovaného souhlasu, vedení dokumentace, mlčenlivost, výpisy z dokumentace a tak.“

- **Kde jste získal/a nejvíce informací o legislativě zdravotnické dokumentace?**

„Nedávno se mi v knihovně dostala do ruky kniha Právní minimum pro sestry, bohužel si nevzpomenu na autora, jsou tam srozumitelně vysvětleny právní otázky. Také ve škole jsme měli předměty o právech a legislativě, tam jsem asi získala nejvíce informací.“

Jaký je Váš přístup k legislativě?

„Jak jsem říkala, není mou silnou stránkou si pamatovat čísla zákonů, myslím ale, že si celkem dobře vybavím, o čem zákon je, ale je to i tím, že jsem poměrně nedávno měla v ruce materiál o legislativě. Člověk si musí udržovat aktuální přehled, pořád něco novelizují.“

Kde hledáte informace o legislativě?

„Občas zajdu do knihovny, někdy mi tam padne do oka i nějaká literatura z oblasti legislativy. Dále používám hlavně internet. Pokud potřebuji najít informace z legislativy, najdu je tam, i když někdy je problém se v nalezených informacích vyznat, je toho spousta.“

- **Myslíte si, že zdravotnická dokumentace může poskytovat všeobecným sestřím právní ochranu?**

„Ano, je to i právní ochrana sester. I na toto by sestra měla myslet při vedení dokumentace, že jednou může právě dokumentaci potřebovat jako důkaz, že postupovala správně. Špatná, tedy chybná, neúplná dokumentaci ji v právním sporu nepomůže, naopak uškodí. Jen správně vedená dokumentace dokládá, že sestra nepochybila. Na to je třeba myslet a nezapomínat na to, je to důležité, nikdy nevíme, co se může přihodit. Tento význam dokumentace bych opravdu zdůraznila.“

ROZHOVOR Č.5

A) Základní údaje o respondentovi

- **Jaký je Váš věk?**

„Za několik dní mi bude 24 let.“

- **V jakém klinickém oboru pracujete?**

„Pracuji na interní klinice na standardním oddělení, specializujeme se především na nemocné s diabetem.“

- **Jakou máte v zaměstnání pozici?**

„Všeobecná sestra.“

- **Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

„Nastoupila jsem v červenci 2011, ihned po ukončení studia.“

- **Jak dlouho pracujete na současném pracovišti?**

„Celou dobu, co pracuji ve zdravotnictví, jsem na stejném oddělení.“

- **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

„V roce 2011 jsem ukončila studium na Fakultě zdravotnických studií při Západočeské univerzitě v Plzni, kde jsem studovala bakaláře, obor všeobecná sestra.“

- **Studujete v současné době?**

„V současné době nestuduji, ale zúčastňuji se různých vzdělávacích akcí, seminářů a podobně.“

Plánujete pokračovat ve studiu?

„Zatím neplánuji vrátit se do školy, ale neříkám, že se to v budoucnu nestane. Vzdělávám se teď hlavně prostřednictvím vzdělávacích akcí, o kterých jsem mluvila k předchozí otázce. Semináře mne baví, můj obor mne zajímá, mám tyto akce ráda, vždy mi dají nějakou novou informaci. Velmi se mi líbila například akce o problematice pacientů s diabetem mellitem, to mohu uplatnit i přímo na našem oddělení.“

B) Vedení zdravotnické dokumentace

- **Jaká je délka Vaší pracovní směny?**

„12 hodin. Chodím na denní i noční služby.“

- **Kolik času přibližně Vám v pracovní době zabere pouze vedení zdravotnické dokumentace?**

„Myslíte vcelku za jednu službu? Opravdu to odhadnu, nikdy jsem se nezamýšlela nad tím, kolik času to může být. Asi hodně. Myslím, že kolem 3 hodin. Někdy dokumentace zabere více času, jindy méně.“

- **Myslíte si, že během své pracovní doby věnujete pouze zdravotnické dokumentaci příliš mnoho času?**

„Času je to hodně, ale ne příliš mnoho, spíš tak akorát. Dokumentace je nutná a je nutné se jí věnovat pečlivě, i když to zabírá čas.“

- **Jakou formu vedení zdravotnické dokumentace na Vašem pracovišti využíváte?**

„Vedeme vše hlavně písemně. Informace o pacientech jsou také i v počítači v nemocničním programu. Máme pacienty hlavně s onemocněním diabetes mellitus, někteří trpí syndromem diabetické nohy, to je někdy dobré fotografovat, i to je způsob dokumentace.“

Jaké vidíte největší výhody fotodokumentace?

„Hlavní výhodou je určitě to, že můžeme porovnávat stavy rány například před a po použití nového přípravku pro hojení rány. Celkově můžeme sledovat vývoj a proces hojení. Myslím, že fotodokumentace je vhodné doplnění písemných informací.“

- **Co Vy osobně považujete za nejdůležitější, stěžejní body, při vedení zdravotnické dokumentace?**

„Přehlednost a uspořádanost dokumentace, to je pro mě opravdu důležité. Když v dokumentaci hledám určitou informaci, abych ji našla rychle a snadno. Dále bych určitě zmínila také čitelnost a správnou formulaci záznamů, ty nesmí být zavádějící a vždy přesné.“

- **Setkala jste někdy se závažným pochybením ze strany sestry v souvislosti s vedením zdravotnické dokumentace?**

„Ne, zatím jsem se, naštěstí, s ničím takovým nesečkala a upřímně doufám, že ani nesečkám. Je dobré tomu předcházet, než potom napravovat chyby.“

Jak se snažíte pochybení předcházet Vy?

„Vždy po sobě všechno překontroluji, překontroluji všechny mnou uskutečněné záznamy, snažím se všechny formulovat co nejpřesněji, aby nemohlo dojít k omylu nebo nedorozumění.“

- **Využíváte předpřipravené formuláře pro ošetrovatelskou dokumentaci?**

„Ano, využíváme jich celou řadu, hlavně ty, které využívá celá nemocnice.“

Jaké?

„Každý pacient má svoje desky, kde je základní dokumentace, tedy dekurs, ordinační listy, ošetrovatelská anamnéza, informovaný souhlas s hospitalizací, na

to všechno jsou předtištěné formuláře. Podle potřeby má každý pacient vyplněný i informovaný souhlas s vyšetřením, které podstoupí, nebo podle potřeby vedeme plán prevence dekubitů, ten je sestaven podle Nortonové. Máme často pacienty diabetiky, takže tito pacienti mají vedené formuláře pro záznam hodnot z měření glykemie. To jsou u nás asi nejčastěji používané formuláře.“

- **Myslíte si, že předpřipravené formuláře šetří čas sestry, považujete je za efektivní?**

„Myslíte, jestli jsou užitečné? Podle mě určitě ano, nedovedu si představit, kdybychom tyto formuláře neměli.“

Mohla byste vyzdvihnout jeden formulář, který je podle Vás velmi dobře sestaven?

„Myslím, že dobře sestaveny jsou všechny, které využíváme, ale asi bych uvedla ošetřovatelskou anamnézu. Je tam vše důležité rozdělené do jednotlivých oblastí, takže sestra na nic nezapomene. Je to přehledné, dobře se z toho vyčtou informace, které potřebujeme pro ošetřovatelskou péči.“

- **Podle čeho byste Vy osobně, podle jakých kritérií, hodnotila kvalitu zdravotnické dokumentace?**

„Kvalitně vedená zdravotnická dokumentace podle mě obsahuje informace, které obsahovat má. Myslím všechny informace, které souvisejí s pacientem, jeho zdravotním stavem a hospitalizací, nejen z oblasti lékařské péče, ale i té ošetřovatelské. Měla by být vedená jednotně, stejným způsobem. Informace by měly být přesné, pravdivé, průběžně doplňované. Vždy by mělo být jasné, kdo záznam provedl a kdy. Neměla by obsahovat žádné škrtnání, málo oprav. Musí být čitelná a přehledná, obsahovat všechny náležitosti.“

- **Jaké vidíte nedostatky ve vedení zdravotnické dokumentace?**

„Obecně bych jako nedostatky v dokumentaci viděla například nepřehlednost, nečitelnost, někdy je čitelnost obtížná, nepřesnost. Hrubým nedostatkem by

případně bylo neúplná dokumentace, chybějící údaje, nevyplněné formuláře. Také když chybí podpis sestry nebo datum, je to nedostatek.“

- **Považujete vedení zdravotnické dokumentace za součást ošetrovatelské péče?**

„Považuji to za součást práce všeobecné sestry a vlastně i za součást ošetrovatelské péče. Vedení dokumentace a přímé poskytování ošetrovatelské péče jsou rovnocenné činnosti sestry. Jedno bez druhého nejde. Ošetrovatelskou péči poskytujeme i na základě informací z dokumentace a zároveň do dokumentace zapisujeme, jaká ošetrovatelská péče byla pacientovi poskytnuta.“

- **Myslíte si, že zdravotnická dokumentace ovlivňuje kvalitu a kontinuitu ošetrovatelské péče?**

„Ano, myslím si, že na kvalitě zdravotnické dokumentace závisí i kvalita ošetrovatelské péče. Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vychází mimo jiného i z dokumentace, takže tam musí najít informace, které potřebuje. Pokud není dokumentace správně vedena, například některé informace chybí nebo jsou špatně formulované, nemůže z nich sestra vycházet nebo navazovat na předchozí péči. Takže za mě ano, dokumentace ovlivňuje kvalitu i kontinuitu ošetrovatelské péče.“

- **Myslíte si, že zaměření se na vedení zdravotnické dokumentace může způsobit odklon zdravotnického pracovníka od pacienta?**

„Pokud bychom se zaměřili jen na vedení dokumentace a pouze na dokumentaci jako takovou, tak asi ano. Je důležité se věnovat i pacientovi, sledovat jeho potřeby a komunikovat s ním, zároveň ale mít i pečlivě vedenou dokumentaci. Myslím, že tyto dvě oblasti by měly být vyvážené, z pohledu pozornosti sestry. Mít správně a kvalitně vedenou dokumentaci, ale nezapomínat na existujícího pacienta. Na druhou stranu by ale také neměla být ubíráno pozornosti ani zdravotnické dokumentaci, bez ní se neobejdeme.“

C) Znalost legislativy zdravotnické dokumentace

- **Dokážete říct, jaké legislativní dokumenty se týkají zdravotnické dokumentace?**

„Zrovna nedávno jsem si hledala nějaké informace ohledně legislativy, tak jsem tomu věnovala pozornost. Našla jsem si zákon o zdravotních službách a jejich poskytování, je nový, tuším, že platný od loňska. Dočetla jsme se tam i o zdravotnické dokumentaci, říká, co dokumentace musí obsahovat a že zdravotnické zařízení má povinnost dokumentaci vést. Jinak s vedením dokumentace by souvisel i zákon na ochranu osobních údajů, nebo vyhláška řešící kompetence sester, myslím, že je to číslo 55 z roku 2011. To je asi všechno na co si v tuto chvíli vzpomenu.“

- **Kde jste získala nejvíce informací o legislativě zdravotnické dokumentace?**

„Pokud si potřebuji najít nějaké informace ohledně legislativy, hledám hlavně na internetu. Někdy je sice hledání obtížnější, ale většinou najdu vše, co potřebuji. Některé informace si ještě pamatuji ze školy, ale protože zákony a vyhlášky jsou stále novelizované, je dobré hledat raději aktuálnější zdroje.“

Jaký je Váš přístup k legislativě?

„Všichni musíme zákony dodržovat, to je nutnost, takže i já je samozřejmě respektuji. Jak jsme říkala, občas si vyhledám na internetu i nějaké novinky z oblasti legislativy. Nechci to podcenit.“

- **Myslíte si, že zdravotnická dokumentace může poskytovat všeobecným sestřám právní ochranu?**

„Ano. Slouží sestřám jako důkazní materiál, kdyby náhodou došlo k nějakému právnímu sporu. Je ale dobré myslet na to, že sestru může obhájit jen

dokumentace, která nemá chyby, proto je důležité vést ji opravdu pečlivě, i ve vlastním zájmu a udržovat si přehled v zákonech a vyhláškách.“

ROZHOVOR Č.6

A) Základní údaje o respondentovi

- **Jaký je Váš věk?**

„Je mi 24 let.“

- **V jakém klinickém oboru pracujete?**

„Teď pracuji na klinice ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, na jednotce intenzivní péče. Jedná se o chirurgický obor, nejčastěji máme v péči pacienty po plánovaných operacích pohybového ústrojí, kteří jsou potom předáni do péče standardnímu oddělení. Také pečujeme o pacienty s traumaty pohybového ústrojí, úrazové stavy a podobně.“

- **Jakou máte v zaměstnání pozici?**

„Pracuji jako všeobecná sestra bez odborného dohledu.“

- **Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

„Plně pracuji od září 2011. Předtím jsem nějakou dobu během studia pracovala ve zdravotnictví na zkrácený úvazek.“

- **Jak dlouho pracujete na současném pracovišti?**

„Právě od září 2011.“

V jakém klinickém oboru jste pracovala během studia?

„Pracovala jsem na oddělení klinické farmakologie, interní obor, ale jen krátkou dobu, několik měsíců.“

- **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

„V roce 2008 jsem absolvovala studium zdravotnické asistenta na střední zdravotnické škole v Plzni. Chtěla jsem jít dále studovat a byla jsem přijata ke

studiu na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Bakalářský obor všeobecná sestra jsem úspěšně ukončila v září 2011. To je zatím všechno.“

- **Studujete v současné době?**

„Ano, v současné době jsme se vrátila ke studiu.“

Jaký studijní program navštěvujete?

„Teď studuji magisterský obor v Příbrami na Vysoké škole zdravotnictva a sociální práce svaté Alžbety. Doufám, že se mi opět podaří studium úspěšně dokončit.“

B) Vedení zdravotnické dokumentace

- **Jaká je délka Vaší pracovní směny?**

„Pracujeme 12 hodin, vždy na dvě směny, denní a noční směna.“

- **Kolik času přibližně Vám v pracovní době zabere pouze vedení zdravotnické dokumentace?**

„Jsme jednotka intenzivní péče, takže dokumentace se věnuje hodně. Každou hodinu s dokumentací pracujeme, protože musíme zaznamenávat fyziologické funkce a celkový stav pacienta v intervalu obvykle jedné hodiny, nebo podle jeho stavu. Pokud bych to měla shrnout do jednoho časového úseku, budou to asi čtyři hodiny.“

- **Myslíte si, že během své pracovní doby věnujete pouze zdravotnické dokumentaci příliš mnoho času?**

„No raději se věnuji přímé péči o pacienta, to mě baví více, ale vím, že i dokumentaci je nutné věnovat potřebný čas. Myslím, že čas, který se věnuji vedení dokumentace, je odpovídající, ani mnoho, ani málo.“

- **Jakou formu vedení zdravotnické dokumentace na Vašem pracovišti využíváte?**

„Vedeme všechno hlavně písemně, písemnou formou, ta je hlavní. Také jsou některé informace o pacientech vedeny elektronicky v počítači, nemocnice na to má zvláštní program WinMedicalc. Jiné metody nevyužíváme.“

Setkala jste se někdy s fotodokumentací?

„Vím, že je možné využít i fotodokumentaci, tedy fotografie, ale nesetkala jsem se s tím. Na našem pracovišti tuto metodu nevyužíváme.“

Nemyslíte si, že by vám byla přínosem?

„Možná ano, ale nemáme mnoho případů, kde by se fotodokumentace uplatnila. Nemyslím si, že bychom ji využili ve větší míře, nevidím to jako nedostatek, že ji nepoužíváme.“

- **Co Vy osobně považujete za nejdůležitější, stěžejní body, při vedení zdravotnické dokumentace?**

Co považuji za nejdůležitější při vedení dokumentace. Asi přesnost, záznamy musí být přesné, přesně formulované, v přesné podobě a v přesný čas. Obecně také čitelné, čitelnost je někdy problém, takže ta je určitě důležitá. Ještě bych zmínila celkovou přehlednost dokumentace, snadnou orientaci v ní.“

- **Setkala jste se někdy se závažným pochybením ze strany sestry v souvislosti s vedením zdravotnické dokumentace?**

„Myslím, že ne, dosud jsem naštěstí žádný závažný problém, tedy závažné pochybení, řešit nemusela. Za dobu, kterou zde pracuji, nevím o žádném pochybení sestry v souvislosti s dokumentací.“

Máte nějaké zásady, jak pochybení předcházet?

„Ano, vždy je nutné dodržovat určité zásady, aby k pochybení nedošlo. Vše se kontroluje, na případný nedostatek, se přijde včas. I sestra sama by si měla po sobě kontrolovat, zda její záznamy neobsahují chyby nebo zda něco nechybí.“

- **Využíváte předpřipravené formuláře pro ošetrovatelskou dokumentaci?**

„Ano, máme formuláře téměř na všechno.“

Mohla byste prosím uvést příklad, jaké formuláře využíváte nejčastěji?

„Každý pacient má svoje desky, kde má vedou jeho dokumentaci v písemné formě. Každý pacient má v deskách osobní údaje, dekurs, ošetrovatelskou anamnézu, informovaný souhlas s hospitalizací, informovaný souhlas s vyšetřením, informovaný souhlas s anestezií a operačním výkonem, pokud to pacient podstupuje. Pro každý den hospitalizace na našem pracovišti má pacient samostatný ordinační list, kde jsou vedené ordinace lékaře a záznamy o celkovém stavu, včetně fyziologických hodnot. Vyplňujeme u každého pacienta také formuláře pro pojišťovnu, kde jsou evidovány položky ohledně pojišťovny. Pokud je potřeba využíváme také formuláře pro plány péče a prevence dekubitů. Speciální formuláře specifické pouze pro naše oddělení nemáme.“

- **Myslíte si, že předpřipravené formuláře šetří čas sestry, považujete je za efektivní?**

„Vůbec si nedovedu představit, kdybychom předpřipravené formuláře neměli, asi by to bez nich bylo hodně složité. Rozhodně efektivní jsou a čas ušetří. I když je pravda, že by formuláře měli mít svůj smysl a opodstatnění. Zbytečné formuláře, nebo více formulářů na jedno téma, by nás zdržovalo. Formuláře rozhodně ano, ale takové, které se budou snadno vyplňovat, budou přehledné a budou mít své opodstatnění, pak určitě efektivní jsou.“

- **Podle čeho byste Vy osobně, podle jakých kritérií, hodnotila kvalitu zdravotnické dokumentace?**

„Kvalitu dokumentace vidím hlavně v tom, jestli obsahuje všechny informace, které obsahovat musí, jestli je úplná, přehledná, čitelná, formálně správná. Takže bych dokumentaci hodnotila podle obsahu, formy, přehlednosti a výsledku kontroly dokumentace, tedy zda neobsahuje chyby.“

Jak byste hodnotila kvalitu dokumentace na Vašem pracovišti?

„Kladně. Myslím, že máme dobře vedenou dokumentaci, jak po obsahové, tak formální stránce si myslím, že je kvalitně vedená.“

- **Jaké vidíte nedostatky ve vedení zdravotnické dokumentace?**

„V naší dokumentaci nevidím žádné vážné nedostatky. Ale za nedostatek považuji, pokud v dokumentaci něco chybí. Závažným nedostatkem v dokumentaci by určitě bylo, pokud by chyběl například některý z informovaných souhlasů, nebo anamnéza, nebo neúplnost záznamů obecně. Někdy bývá problém čitelnost, pokud je záznam špatně čitelný, je to také nedostatek.“

- **Považujete vedení zdravotnické dokumentace za součást ošetrovatelské péče?**

„Ano, vedení záznamů o pacientovi, je součástí péče o něj. Průběh poskytované ošetrovatelské péče musí být zaznamenán. Považuji to za součást ošetrovatelské práce a hlavně za důležitou činnost sestry.“

- **Myslíte si, že zdravotnická dokumentace ovlivňuje kvalitu a kontinuitu ošetrovatelské péče?**

„Ano, dokumentace může ovlivnit ošetrovatelskou péči, právě v té souvislosti, jak jsem již zmínila v předchozí otázce, průběh ošetrovatelské péče musí být zaznamenán. Informace z dokumentace používáme při dalším poskytování péče, takže abychom na ně mohli navazovat a kvalitně pracovat, musí být kvalitní i dokumentace.“

- **Myslíte si, že zaměření se na vedení zdravotnické dokumentace může způsobit odklon zdravotnického pracovníka od pacienta?**

„Myslím si, že nemůžeme být zaměřené na vedení dokumentace natolik, aby to způsobilo odklon od pacienta. Vždyť dokumentace je vedená právě o něm, o skutečnostech, které se u něj staly, jaká péče mu byla poskytnuta a podobně, takže se musíme věnovat pacientovi, abychom mohli dokumentaci vést správně. Nelze vést dokumentaci, bez realizované péče o pacienta. Shrnu to tedy tak, že se nemůžeme zaměřit na dokumentaci natolik, aby to způsobilo odklon od pacienta.“

C) Znalost legislativy zdravotnické dokumentace

- **Dokázete říct, jaké legislativní dokumenty se týkají zdravotnické dokumentace?**

„Vím přesně, v nedávné době jsem o tom četla. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, tuším číslo 371 z roku 2011, přesně určuje, co musí dokumentace obsahovat a že každé zdravotnické zařízení má povinnost dokumentaci vést. Dokumentace má i svou vyhlášku, vyhláška o zdravotnické dokumentaci z loňského roku. A protože pracujeme i s osobními údaji, bude se na dokumentaci možná vztahovat i zákon o ochraně osobních údajů, to ale nevím, jaké je to číslo zákona.“

- **Kde jste získala nejvíce informací o legislativě zdravotnické dokumentace?**

„Momentálně studuji, takže ve škole, tam probíráme i aktuální legislativu. Něco si občas najdu na internetu, chci mít aktuální informace i o legislativě ve zdravotnictví. Zákony se týkají každého a tak by každý měl vědět, co obsahují.“

- **Myslíte si, že zdravotnická dokumentace může poskytovat všeobecným sestřím právní ochranu?**

„Ano. Nikdy nevíte, s čím se v práci setkáte a kdy budete potřebovat dokázat, že jste postupovala správně. V takovém případě je dokumentace to hlavní, co sestře

pomůže, ale musí mít dokumentaci správně vedenou. Chybně vedená dokumentace právní ochranu neposkytne a i to samo o sobě může být příčinou problému.“

ROZHOVOR Č.7

A) Základní údaje o respondentovi

- **Jaký je Váš věk?**

„Je mi 25 let.“

- **V jakém klinickém oboru pracujete?**

„V současné době pracuji na kardiochirurgickém oddělení zde ve fakultní nemocnici.“

- **Jakou máte v zaměstnání pozici?**

„Jsem zaměstnaná jako všeobecná sestra.“

- **Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

„Nastoupila jsem v červnu 2011.“

- **Jak dlouho pracujete na současném pracovišti?**

„Od června 2011 roku pracuji zde na kardiochirurgickém oddělení.“

- **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

„V roce 2007 jsem úspěšně dokončila studium střední zdravotnické školy zde v Plzni, ještě jako absolventka oboru všeobecná sestra. V roce 2011 jsem dokončila studium bakaláře, obor všeobecná sestra na katedře ošetřovatelství, Fakulty zdravotnických studií při Západočeské Univerzitě v Plzni.“

- **Studujete v současné době?**

„Ano, v současné době stále studuji.“

Jaký studijní program navštěvujete?

„Jsem ve druhém ročníku navazujícího magisterského programu ošetrovatelství v klinických oborech, modul ošetrovatelství v chirurgii.“

B) Vedení zdravotnické dokumentace

- **Jaká je délka Vaší pracovní směny?**

„Délka jedné směny na našem pracovišti je 12 hodin.“

- **Kolik času přibližně Vám v pracovní době zabere pouze vedení zdravotnické dokumentace?**

„Čas, který věnujeme vedení zdravotnické dokumentace, se může lišit podle individuálních okolností, pokud bych tento čas měla obecně shrnout, řekla bych, že přibližně věnuji 4 hodiny zdravotnické dokumentaci.“

- **Myslíte si, že během své pracovní doby věnujete pouze zdravotnické dokumentaci příliš mnoho času?**

„Myslím, že zdravotnické dokumentaci věnujeme mnoho času, ale je to nutnost, která k naší práci neodmyslitelně patří.“

- **Jakou formu vedení zdravotnické dokumentace na Vašem pracovišti využíváte?**

„Užíváme zejména listinnou formu, klasické písemné vedení zdravotnické dokumentace. Dále využíváme samozřejmě i elektronický program fakultní nemocnice pro shromažďování údajů o klientech. Občas využijeme i fotodokumentaci, je-li třeba.“

Kdy například fotodokumentaci využíváte?

„Protože jsme chirurgické oddělení, máme u nás klienty po kardiochirurgických výkonech, fotodokumentací dokumentujeme zejména stav pooperačních ran a proces hojení.“

Co považujete za největší výhodu fotodokumentace?

„Myslím, že největší výhodou poskytuje dokumentace právě při sledování vývoje hojení ran. Jednotlivé snímky nám pomohou přímo porovnávat stav rány například před a po použití nového léčebného přípravku pro hojení ran a podobně. Osobně si myslím, že využívání fotodokumentace je s výhodou, i když nejde o příliš rozšířenou formu dokumentování stavu klienta.“

- **Co Vy osobně považujete za nejdůležitější, stěžejní body, při vedení zdravotnické dokumentace?**

„Je toho hodně, co si myslím, že je, nebo by mělo být stěžejním při vedení zdravotnické dokumentace. V první řadě rozhodně pravdivost údajů. Každý skutečnost by měla být zapsána až po tom, co byla reálně provedena, tak, jak byla provedena a s časem, kdy byla skutečně provedena. Dalším stěžejním bodem by měla být jednotnost vedení zdravotnické dokumentace, nejen v celém zařízení, ale i sestry by měly dodržovat jednotné zásady vedení záznamů, zejména co se barevného zvýraznění týká. A hlavně kdykoliv musí být zdravotnická dokumentace na první pohled jasně čitelná a srozumitelná, to jsou podle mého názoru hlavní stěžejní body.“

- **Setkala jste se někdy se závažným pochybením ze strany sestry v souvislosti s vedením zdravotnické dokumentace?**

„Dosud jsem se osobně s žádným pochybením sester, co se dokumentace týká, nesečkala, ani z mé strany, ani ze strany mých kolegyně. Sama se snažím veškerým pochybením předcházet a myslím, že i mé kolegyně dodržují pravidla, aby k pochybení nedošlo. Vše si po sobě kontrolujeme a dodržujeme obecné zásady vedení dokumentace jako je pravdivost, čitelnost, datum, čas, podpis a jmenovka sestry. Myslím, že dbát na správně vedenou dokumentaci se vyplatí, nemusí pak řešit například závažné pochybení.“

- **Využíváte předpřipravené formuláře pro ošetrovatelskou dokumentaci?**

„Ano, asi ty jako v celé fakultní nemocnici. Máme ordinační listy, informované souhlasy, plány péče, ošetrovatelské anamnézy. Je jich hodně, v podstatě na všechno máme formulář.“

- **Myslíte si, že předpřipravené formuláře šetří čas sestry, považujete je za efektivní?**

„Považuji je za efektivní, šetří čas a určitě jsou přínosné, tedy alespoň ty, které využíváme my. Bylo by to bez nich asi velmi složité. Určitě je ale dobré, před tvorbou nového formuláře, zjistit, zda je potřebný a zda najde svoje uplatnění, zbytečné formuláře by byly kontraproduktivní.“

- **Podle čeho byste Vy osobně, podle jakých kritérií, hodnotila kvalitu zdravotnické dokumentace?**

„Po obsahové stránce bych řekla, že kvalitní dokumentace má mít následující znaky: ucelenost, jednotnost, úplnost, čitelnost. Kvalitní dokumentace je průběžně doplňována, zápisy obsahují vše důležité a i náležitosti jako datum a podpis

sestry. Ukazatelem kvality dokumentace je také množství oprav, nebo výsledek kontroly dokumentace. Ta by měla být prováděna pravidelně, aby se na chyby přišlo včas. Ukazatel kvality dokumentace tedy, podle mne, by byl obsah dokumentace a výsledek její kontroly.“

- **Jaké vidíte nedostatky ve vedení zdravotnické dokumentace?**

„To souvisí s předchozí otázkou. Z nedostatků bych vyjmenovala chyby, moc opravených záznamů, neúplnost, nečitelnost. Za největší nedostatek bych považovala, pokud v dokumentaci něco chybí, chybějící souhlasy, nebo neprovedené důležité záznamy.“

Jak byste hodnotila kvalitu dokumentace na Vašem pracovišti?

„Myslím, že se snažíme dokumentaci vést poctivě, takže bych ji hodnotila kladně, nevidím žádné nedostatky, jen je třeba neustále dávat pozor na čitelnost, to je třeba zdůraznit, ale nevidím žádné výrazné nedostatky. Naši dokumentaci považuji za kvalitní.“

- **Považujete vedení zdravotnické dokumentace za součást ošetrovatelské péče?**

„Součástí přímo poskytování ošetrovatelské péče to není, ale je to součástí práce sestry a s poskytováním ošetrovatelské péče přímo souvisí a vychází z ní. Z dokumentace vycházíme, získáváme z ní údaje, které využijeme při poskytování ošetrovatelské péče a poté opět vše evidujeme do dokumentace. Asi bych to viděla tak, že poskytování ošetrovatelské péče a vedení dokumentace jsou dvě odlišné činnosti, které jsou na sobě ale vzájemně závislé a bez jedné nemůžete udělat druhé.“

- **Myslíte si, že zdravotnická dokumentace ovlivňuje kvalitu a kontinuitu ošetrovatelské péče?**

„Ano, jak jsem říkala, poskytování ošetrovatelské péče souvisí a je závislé i na dokumentaci. To znamená, že dokumentace může a řekla bych, že i právě ovlivňuje, kvalitu, průběh i návaznost ošetrovatelské péče. Jedno nemůže kvalitně fungovat bez druhého.“

- **Myslíte si, že zaměření se na vedení zdravotnické dokumentace může způsobit odklon zdravotnického pracovníka od pacienta?**

„Nemyslím si. Sestra se musí věnovat pacientovi, ošetrovatelskou péči musí reálně poskytnout. Musí pacientovi věnovat pozornost, aby zjistila, jaké má potřeby, aby mohla začít s ošetrovatelským procesem. Aby sestra mohla vést dokumentaci správně, musí zjistit informace, které bez kontaktu s nemocným nezjistí. Odklonu od pacienta bych se v souvislosti s vedením dokumentace nebála, myslím, že to reálně nehrozí. Věnujeme se dostatečně jak pacientovi, tak vedení dokumentace.“

C) Znalost legislativy zdravotnické dokumentace

- **Dokážete říct, jaké legislativní dokumenty se týkají zdravotnické dokumentace?**

„Myslím, že dokážu. Před několika dny jsme zrovna o tom mluvili ve škole na přednášce, máme výuku legislativy. Mluvili jsme o zákonu číslo 372 z roku 2011, je to zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, je tam poměrně dost věcí, které se dokumentace přímo týkají. Mluví se tam o povinnosti zdravotnického zařízení vést dokumentaci, také je tam zmíněna povinnost mlčenlivosti, poskytování informací. To vše s dokumentací souvisí. Ještě je vyhláška o zdravotnické dokumentaci, 98 z roku 2012, ta se také zabývá dokumentací. To je asi všechno.“

- **Kde jste získal/a nejvíce informací o legislativě zdravotnické dokumentace?**

„Nejvíce informací mám určitě ze školy. Také teď píšu diplomovou práci, takže jsme zjišťovala i něco ohledně dokumentace, co se legislativy týká, hledala jsem na internetu a mám i nějaké knihy z knihovny.“

Jaký je Váš přístup k legislativě?

„Asi dobrý. Respektuji to, samozřejmě, jako každý. Sice to není to, co by mě přímo zajímalo, raději si hledám nové informace přímo z mého oboru, ale myslím, že mám i základní přehled i v tomto.“

- **Myslíte si, že zdravotnická dokumentace může poskytovat všeobecným sestřám právní ochranu?**

„Ano. Sestra může mít v dokumentaci právní ochranu, kdyby se dostala do problému, ale musí mít tu dokumentaci dobře vedenou. Kvalitní dokumentace poskytuje sestřám právní ochranu, je to důkazní materiál. Sestra pomocí dokumentace může dokázat, že postupovala správně, nepochybila. Opravdu ale jen kvalitní dokumentace, i na to musí sestra myslet.“

ROZHOVOR Č.8

A) Základní údaje o respondentovi

- **Jaký je Váš věk?**

„Nyní mi bylo 24 let.“

- **V jakém klinickém oboru pracujete?**

„Pracuji na neurologické klinice, oddělení standardní péče.“

- **Jakou máte v zaměstnání pozici?**

„Jsem registrovaná všeobecná sestra.“

- **Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

„Ve zdravotnictví pracuji poměrně krátce, od června 2011.“

- **Jak dlouho pracujete na současném pracovišti?**

„Od začátku pracuji zde na neurologii.“

- **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

„V roce 2011 jsem dokončila prezenční studium bakaláře, všeobecné sestry na Západočeské univerzitě v Plzni. Předtím jsem ještě absolvovala střední zdravotnickou školu, obor zdravotnický asistent, také zde v Plzni.“

- **Studujete v současné době?**

„V současné době ve studiu nepokračuji.“

Plánujete se v budoucnu ke studiu vrátit?

„Zatím nemám v plánu začít s dalším studiem. Nyní se chci spíše věnovat praxi, získat praktické zkušenosti. Možná v budoucnu se do studia vrátím, určitě by to byla kombinovaná forma studia, ale zatím nemám naplánováno nic konkrétního.“

B) Vedení zdravotnické dokumentace

- **Jaká je délka Vaší pracovní směny?**

„Pracujeme vždy ve 12 hodinových směnách v dvousměnném, nepřetržitém provozu.“

- **Kolik času přibližně Vám v pracovní době zabere pouze vedení zdravotnické dokumentace?**

„Nejsem si jistá, bude se to různit. Když ten čas shrnu, průměrně to bude kolem dvou, možná tří hodin.“

- **Myslíte si, že během své pracovní doby věnujete pouze zdravotnické dokumentaci příliš mnoho času?**

„Myslím, že zdravotnické dokumentaci věnujeme mnoho času, ale s tím se asi nedá nic dělat. Vedení zdravotnické dokumentace je důležité a nutné, takže si to svůj čas určitě zaslouží. I když já se raději v práci věnuji přímo pacientovi, než vedení dokumentace.“

- **Jakou formu vedení zdravotnické dokumentace na Vašem pracovišti využíváte?**

„Používáme hlavně písemnou formu, vše máme hlavně písemně. To je asi ve fakultní nemocnici nejrozšířenější forma vedení dokumentace. Nevím, zda to sem také patří, ale fakultní nemocnice má svůj počítačový program, kde jsou také informace o pacientech, také to bude způsob vedení dokumentace. Tím pádem částečně využíváme i elektronickou formu. Pro sestry je ale stěžejní hlavně písemná forma.“

- **Co Vy osobně považujete za nejdůležitější, stěžejní body, při vedení zdravotnické dokumentace?**

„Za nejdůležitější považuji udržení přehlednosti. Orientace v dokumentaci musí být snadná a sestra musí mít možnost najít rychle informaci, kterou právě potřebuje. Takže přehlednost. Dále jednotnost, hlavně co se týče barevného zvýrazňování. Také bych ještě zdůraznila čitelnost. Stěžejní je také, aby dokumentace byla komplexní a úplná.“

- **Setkala jste někdy se závažným pochybením ze strany sestry v souvislosti s vedením zdravotnické dokumentace?**

„Ve zdravotnictví pracuji poměrně krátkou dobu a naštěstí jsem se zatím nesetkala s žádným závažným pochybením sester, ani co se týče mne, ani kolegyň. Je lepší problémům předcházet, než je následně řešit.“

Jak se snažíte pochybení předcházet?

„Důsledně dodržujeme zásady vedení dokumentace. Po nástupu do práce jsem se bála, abych se nedopustila nějakého pochybení, ale kolegyně mi ochotně poradily. Snažíme se dokumentaci vést opravdu pečlivě, je dobré si to po sobě také vždy zkontrolovat.“

- **Využíváte předpřipravené formuláře pro ošetrovatelskou dokumentaci?**

„Ano, fakultní nemocnice jich má hodně. Formulář je dnes téměř na všechno.“

Mohla byste uvést příklad, které formuláře využíváte nejčastěji?

„Nejčastěji to budou formuláře, které jsou klasicky součástí základní dokumentace pacienta, formulář s identifikačními údaji, ošetrovatelská anamnéza, informované souhlasy. Někteří naši klienti jsou imobilní, takže u nich vyplňujeme formulář pro prevenci a léčbu dekubitů. Pokud máme klienta diabetika, vedeme mu glykemickou kartu. Také využíváme formuláře při překladu klienta na jiné oddělení, na to je formuláře překládová nebo propouštěcí sesterská zpráva. To

bych asi zmínila pro příklad nejčastěji používaných formulářů, ale jak říkám, máme formuláře téměř na všechno.“

- **Myslíte si, že předpřipravené formuláře šetří čas sestry, považujete je za efektivní?**

„Formulář musí být efektivní a šetřit čas sestry, jinak nemá význam. Takže ano, formuláře, které používáme, jsou efektivní a šetří nás čas.“

- **Podle čeho byste Vy osobně, podle jakých kritérií, hodnotila kvalitu zdravotnické dokumentace?**

„Jako kritérium kvality dokumentace bych určila obsah dokumentace, tím myslím, aby dokumentace obsahovala všechny náležitosti, byla úplná. Nemělo by nic chybět. A kvalitu dokumentace asi nejlépe vyhodnotí její kontrola, která prokáže, že dokumentace je úplná a bez chyb, to je podle mne kvalitní dokumentace.“

Jak byste hodnotila kvalitu dokumentace na Vašem pracovišti?

„Myslím, že naše oddělení má dokumentaci vedenou pečlivě a správně. Opravdu se snažíme ji udržovat přehlednou, čitelnou, sami jsme rádi, když se v ní snadno zorientujeme. Naši dokumentaci považuji za kvalitní“

- **Jaké vidíte nedostatky ve vedení zdravotnické dokumentace?**

„Někdy se setkáváme s nečitelností, to je asi obecný a bohužel i rozšířený nedostatek, myslím nejenom u nás, chtěla bych zdůraznit, že na čitelnost je opravdu třeba brát zřetel. Někdy může být problém i nepřehlednost. Jiné nedostatky asi nevidím.“

- **Považujete vedení zdravotnické dokumentace za součást ošetrovatelské péče?**

„Ano. Svým způsobem to je součást ošetrovatelské péče. Vedeme dokumentaci klienta, sestra zaznamenává především údaje z ošetrovatelské péče, ze kterých opět vychází později.“

- **Myslíte si, že zdravotnická dokumentace ovlivňuje kvalitu a kontinuitu ošetrovatelské péče?**

„Ano, protože sestra z dokumentace vychází při pokračování v ošetrovatelské péči. Nevyužívá pouze informace, které zjistí přímo kontaktem s pacientem, ale i informace, které získá ze zdravotnické dokumentace. Z toho vyplývá, že dokumentace může ovlivnit kvalitu i kontinuitu ošetrovatelské péče a myslím, že dokonce významně.“

- **Myslíte si, že zaměření se na vedení zdravotnické dokumentace může způsobit odklon zdravotnického pracovníka od pacienta?**

„V případě, že bychom se opravdu výhradně zaměřili na dokumentaci, by to odklon od pacienta pravděpodobně způsobit mohlo. Nemyslím si ale, že se to děje. I já sama se snažím svoji pozornost rozdělit mezi pacienta a dokumentaci tak, aby vše fungovalo tak, jak má.“

C) Znalost legislativy zdravotnické dokumentace

- **Dokážete říct, jaké legislativní dokumenty se týkají zdravotnické dokumentace?**

„Určitě si nevzpomenu na všechny, trochu mi dělá problém zapamatovat si čísla zákonů. Není to zrovna moje parketa. Zdravotnické dokumentace se bude určitě týkat více zákonů nebo vyhlášek. Musím trochu přemýšlet. Napadá mne Zákon o poskytování zdravotní péče, tam se určitě hovoří i o dokumentaci, to vím, ze zákona musí každé zdravotnické zařízení vést dokumentaci povinně. V dokumentaci jsou osobní údaje pacientů, takže se určitě toho bude týkat i zákon na ochranu osobních údajů. Možná bych řekla, že i zákon číslo 96 z roku 2004, abychom mohli z dokumentací pracovat, musíme mít způsobilost.“

- **Kde jste získala nejvíce informací o legislativě zdravotnické dokumentace?**

„Nejvíce informací jsem asi získala v době studia ve škole. Nyní se mi také občas dostane do rukou články v odborných časopisech, tam bývají zmínky i ohledně legislativy.“

Jaký je Váš přístup k legislativě?

„Zákony platí i pro mne, takže se jimi samozřejmě řídím. Myslím, že můj přístup je dobrý, základní informace z této oblasti mám a snažím se vše dodržovat.“

- **Myslíte si, že zdravotnická dokumentace může poskytovat všeobecným sestřím právní ochranu?**

„V některých případech ano, v některých může naopak dokázat, že sestra v právu není.“

Můžete Vaši odpověď upřesnit?

„Myslela jsem tím, že dokumentace může být právní ochranou sestry jen v tom případě, že je dobře vedená a skutečně dokládá, že sestra nepochybila. Pokud dokumentace nebude kompletní nebo v ní budou špatné záznamy, tak naopak usvědčí sestru z pochybení.“

8 DISKUZE

Praktická část práce byla zaměřena na zjištění pohledu všeobecných sester na kvalitu zdravotnické dokumentace. Průzkum probíhal formou individuálních, polostandardizovaných rozhovorů. Během rozhovoru byla využita i možnost doplňujících otázek pro upřesnění odpovědí. Rozhovorů se zúčastnilo 8 respondentů.

Respondenti byli vybráni náhodně mezi všeobecnými sestrami pracujícími ve Fakultní nemocnici Plzeň v lůžkových sektorech. Všichni respondenti rozhovor poskytli dobrovolně a velmi ochotně. Sami měli zájem vyjádřit svoje vlastní názory k problematice zdravotnické dokumentace, zejména proto, že s ní denně pracují a práce se zdravotnickou dokumentací je velmi důležitou součástí jejich činnosti.

Oblasti otázek rozhovoru byly sestaveny do tří skupin. První skupina otázek byla zaměřena na údaje o respondentovi. Otázky směřovaly na věk, pracovní pozici, vzdělání, klinický obor a délku zaměstnání ve zdravotnictví. Druhou skupinou byly otázky orientované přímo na vedení zdravotnické dokumentace. Jejich úkolem bylo odhalit především pohled sester na samotné vedení dokumentace, přibližně jak dlouhou dobu zabere sestrám vedení dokumentace během jedné služby a jejich názor na množství času, který zdravotnické dokumentaci věnují. Otázky byly též zaměřené na pohled sester na stěžejní body vedení dokumentace, co považují za nejdůležitější, jaké vidí zásady ve vedení dokumentace nebo co naopak považují za nedostatky, co ony sami při vedení zdravotnické dokumentace hodnotí pozitivně nebo negativně. Dále byly položeny otázky na formy vedení zdravotnické dokumentace a na názor sester na předpřipravené formuláře, které jsou dnes hojně ve zdravotnických zařízeních využívány. Další otázky se týkaly pohledu sester na vliv zdravotnické dokumentace na ošetrovatelskou péči. Třetí oblast otázek byla věnována problematice legislativy zdravotnické dokumentace. Otázky směřovaly na přehled všeobecných sester v právních dokumentech, které se zdravotnické dokumentace týkají, jejich postoj k legislativě a zdroje čerpání informací o zdravotnické

legislativě a v neposlední řadě i jejich pohled na zdravotnickou dokumentaci jako právní ochranu sester.

Informace získané během rozhovorů se všeobecnými sestrami byly využity při sestavení informační brožury, která má za úkol poskytnout základní informace z problematiky zdravotnické dokumentace dalším všeobecným sestram.

8.1 Srovnání rozhovorů

8.1.1 Oblast otázek zaměřených na údaje o respondentovi

Všichni respondenti jsou zaměstnáni ve Fakultní nemocnici Plzeň na pozici všeobecné sestry v lůžkových sektorech. Respondenti jsou ve věku od 23 do 26 let. Nejdéle ve zdravotnictví pracuje respondent č. 2, který je zaměstnán ve fakultní nemocnici od roku 2006, ostatní respondenti pracují ve zdravotnictví od roku 2011. V interních oborech pracují 3 respondenti, v chirurgickém pak zbývajících 5. Na jednotkách intenzivní péče jsou zaměstnáni 3 respondenti, 5 jich pracuje na oddělení standardní péče. Z celkového počtu má 7 respondentů vysokoškolské vzdělání v oboru ošetrovatelství a dosáhli titulu bakalář, 1 respondent momentálně navštěvuje bakalářské studium, 3 respondenti v současné době pokračují v magisterském studiu.

8.1.2 Oblast otázek zaměřených na vedení zdravotnické dokumentace

Všichni respondenti mají jednotnou pracovní dobu a to v délce 12 hodin. Respondenti odhadují, že během jedné směny se věnují pouze zdravotnické dokumentaci v průměru od 3 do 5 hodin. Předpokládaným zjištěním bylo, že všeobecné sestry věnují vedení zdravotnické dokumentace přibližně jednu třetinu pracovní doby, toto se převážně shoduje s odpověďmi respondentů, kdy toto potvrdilo 5 respondentů. Respondenti se shodují na tom, že je to poměrně mnoho času, ale vedení zdravotnické dokumentace považují za důležitou činnost, která si svůj čas jistě zaslouží.

Bylo předpokládáno, že nejčastěji využívanou formou vedení zdravotnické dokumentace je písemná forma. Všichni respondenti uvádějí, že nejčastěji na svých pracovištích využívají písemnou, listinnou formu vedení zdravotnické dokumentace. Také uvádějí, jako formu vedení dokumentace, elektronický systém Fakultní nemocnice Plzeň WinMedicalc. Někteří respondenti se setkávají i s fotodokumentací, jež je obrazovou formou vedení dokumentace. Její pozitivní přínos vidí především ve sledování vývoje a hodnocení procesu hojení defektů kůže.

Respondenti byli dotázáni, co považují za stěžejní, nejdůležitější body vedení dokumentace. Tato otázka směřovala k potvrzení předpokládaného zjištění, že všeobecné sestry považují za stěžejní body při vedení zdravotnické dokumentace přehlednost a čitelnost. Všichni respondenti se shodují na velkém důrazu na čitelnost, přehlednost a celkovou ucelenost zdravotnické dokumentace. Za důležité považují též snadnou orientaci ve zdravotnické dokumentaci.

Pozitivním zjištěním je, že všichni respondenti uvádějí, že se dosud, během své praxe ve zdravotnickém zařízení, nesetkali s žádným závažným pochybením ze strany všeobecných sester, neuvádějí žádné své osobní zkušenosti.

Všichni respondenti též uvádějí, že na svých pracovištích hojně využívají předpřipravené formuláře, které hodnotí velmi pozitivně a považují je za efektivní. Vyzdvihují jejich přehlednost a úsporu času, kterou přináší. Nejčastěji uvádějí, že využívají formuláře pro ordinační listy, ošetřovatelské anamnézy a informované souhlasy. Tyto formuláře hodnotí kladně.

Jako vlastní kritérium pro hodnocení kvality zdravotnické dokumentace respondenti uvádějí, že by dokumentaci hodnotili například podle výsledků provedené kontroly zdravotnické dokumentace a množství nalezených chyb, dále uvedli jako kritérium i výskyt pochybení sester v souvislosti se zdravotnickou dokumentací, za kritérium pro hodnocení kvality považují též celkovou přehlednost zdravotnické dokumentace, úroveň orientace v dokumentaci a jednotnost zdravotnické dokumentace v daném zdravotnickém zařízení. Všichni respondenti považují zdravotnickou dokumentaci na jejich pracovištích za kvalitní, bez závažných nedostatků, avšak upozorňují na někdy opomíjenou čitelnost. Obecně

jako nedostatky uvádějí nepřehlednost, nečitelnost a neúplnost zdravotnické dokumentace.

Předpokládané zjištění, že sami sestry považují vedení ošetrovatelské dokumentace za součást ošetrovatelské péče, potvrdilo 5 respondentů, zbývajících tři vedení dokumentace nepovažují přímo za poskytování ošetrovatelské péče, ale vnímají jej jako důležitou součást činností sestry, která s poskytováním ošetrovatelské péče úzce souvisí.

Všichni respondenti jsou názoru, že zdravotnická dokumentace má významný vliv jak na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, tak i její kontinuitu. Podle dotazovaných respondentů je kvalita poskytované péči závislá i na kvalitě právě ošetrovatelské dokumentace. Tento zásadní vliv zdravotnické dokumentace na ošetrovatelskou péči přikládají tomu, že všeobecná sestra při poskytování ošetrovatelské péče čerpá ze zdravotnické dokumentace informace, které využívá v ošetrovatelském procesu.

Respondenti byli dále dotázáni, zda si myslí, že zaměření se na zdravotnickou dokumentaci může způsobit odklon zdravotnického pracovníka od pacienta. Tři respondenti si myslí, že přílišné zaměření se na vedení zdravotnické dokumentace může způsobit odklon personálu od pacienta, zbývajících pět respondentů s tímto nesouhlasí. Především uvádějí, že se nelze na vedení dokumentace zaměřit natolik, aby to mohlo způsobit odklon od pacienta, zdůvodňují to tím, že vedení zdravotnické dokumentace úzce souvisí s reálným poskytováním ošetrovatelské péče a bez věnování pozornosti klientovi se nelze pouze zaměřit na vedení ošetrovatelské dokumentace.

8.1.3 Oblast otázek zaměřených na problematiku legislativy

Respondenti byli vyzváni k vyjmenování legislativních dokumentů, které se týkají zdravotnické dokumentace. Předpokládaným zjištěním bylo, že všeobecné sestry mají velmi dobrou znalost legislativy. Všichni respondenti mají částečný přehled v legislativní problematice, ale u této otázky vyžadovali delší čas na promyšlení odpovědi. Někteří si svými odpověďmi nebyli jisti.

Jako zdroj informací z právní problematiky všichni respondenti uvádějí vyučovací předměty studijních programů, internet, odborné časopisy a literaturu a všichni respondenti považují svůj přístup k legislativě za velmi dobrý.

Všichni respondenti vidí zdravotnickou dokumentaci jako možnou právní ochranu sester při právním sporu. Zdůrazňují ale, že právní ochranu sestřám poskytuje pouze kvalitní a velmi pečlivě vedená zdravotnická dokumentace. Pozitivním zjištěním je, že sami všeobecné sestry si uvědomují, že kvalita zdravotnické dokumentace má důležitou roli i z právního hlediska a tuto skutečnost neopomíjí.

8.2 Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných informací a odhalení skutečného pohledu sester na vedení zdravotnické dokumentace byla sestavena informační brožura. Brožura poskytuje informace jak z problematiky legislativy týkající se zdravotnické dokumentace, tak nejdůležitější zásady vedení zdravotnické dokumentace a informace o základních a nejpoužívanějších formulářů zdravotnické dokumentace. Tato brožura je primárně určena sestřám v adaptačním procesu, tedy sestřám, které právě nastoupily do výkonu svého povolání a při vedení zdravotnické dokumentace mohou mít obavy nebo otázky. Brožura má za úkol jim usnadnit orientaci v legislativě i v samotné dokumentaci. Brožura ale může být využita všemi sestrami, hledajícími odpovědi na otázky z problematiky dokumentace.

Sestry hledající informace z problematiky zdravotnické dokumentace mohou jako zdroj informací využít i teoretickou část této diplomové práce.

V praxi by neměl být, a nesmí, opomíjen význam a důležitost zdravotnické dokumentace. Veškerý zdravotnický personál by neměl zapomínat na to, že zdravotnická dokumentace má významný vliv na poskytovanou ošetrovatelskou péči, ale je také pro personál významným důkazem potvrzujícím správnost jejich postupů. Proto je pro zdravotnické pracovníky velmi důležité dbát na dodržování zásad vedení zdravotnické dokumentace, mít přehled v aktuálních legislativních dokumentech a věnovat zdravotnické dokumentaci patřičnou pozornost.

ZÁVĚR

Zdravotnická dokumentace má v profesi zdravotnických pracovníků svůj neopomenutelný význam, protože prostupuje všemi činnostmi, které provádějí. Veškerá zdravotnická dokumentace, od provozní dokumentace až po dokumentaci klienta je z hlediska poskytování zdravotních služeb, ale i provozu zdravotnického zařízení velmi důležitá a jistě si zaslouží dostatečnou pozornost zdravotnického personálu. Vedení zdravotnické dokumentace je každodenní součástí práce zdravotnických pracovníků, z tohoto důvodu je nutné, aby každý, kdo se zdravotnickou dokumentací pracuje, měl dostatečné znalosti z této problematiky. Každý zdravotnický pracovník musí nejen znát, ale i dodržovat zásady vedení zdravotnické dokumentace, znát její účel a význam a v neposlední řadě se i orientovat v legislativě.

Cílem teoretické části bylo poskytnout zdravotnickým pracovníkům souhrnné informace z oblasti zdravotnické dokumentace. Tato práce může být využita nejen všeobecnými sestrami jako zdroj hledaných informací o zdravotnické dokumentaci.

Cílem praktické části bylo zjištění skutečného pohledu sester na kvalitu zdravotnické dokumentace. Rozhovory odhalily skutečné názory a postoje všeobecných sester k této problematice. Na základě těchto zjištění byla sestavena informační brožura, která najde své uplatnění ve všech zdravotnických zařízeních jako informační materiál pro všeobecné sestry.

Zdravotnická dokumentace je jednou ze stěžejních součástí činností sester a je třeba k ní i tak přistupovat a neustále si obnovovat znalosti z její problematiky, protože tyto znalosti budou jistě využity v reálné praxi všeobecných sester.

POUŽITÉ ZDROJE

- 1 BARTÍK, Václav., JANEČKOVÁ, Eva: *Ochrana osobních údajů v aplikační praxi: vybrané otázky*. 2. vyd. Praha: Linde, 2010. ISBN 978-80-7263-613-6.
- 2 BARTÍK, Václav, JANEČKOVÁ, Eva: *Zákon o ochraně osobních údajů s komentářem*. 1. vyd. Praha: Anag, 2010, 270 s. ISBN 978-80-7263-613-6.
- 3 BURIÁNEK, Jan. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. Praha: Linde Praha, 2005, 204 s. ISBN 80-720-1544-3.
- 4 BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 450 s.:. ISBN 978-807-2548-156.
- 5 CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga a TÓTHOVÁ, Valérie. *Trestní právo a zdravotnictví: návod pro praxi*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Orac, 2004, 183 s. Studijní texty Orac. ISBN 80-861-9975-4.
- 6 Česká asociace sester: *Vedení zdravotnické dokumentace*. [online]. [cit. 2013-03-14]. Dostupné z: <http://www.cнна.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>
- 7 DOENGES, Marilyn E. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- 8 HANDL, Zdeněk. *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči - vybrané kapitoly*. Vyd. 2., opr. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 139 s. ISBN 80-701-3356-2.
- 9 HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 104 s. ISBN 978-807-2624-973.
- 10 HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 80-726-2132-7.

11 HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4734-699.

12 INFOMED - nezávislý server o zdravotnické informatice: Ochrana osobních údajů ve zdravotnické dokumentaci. [online]. [cit. 2013-03-14]. Dostupné z: <http://www.infomed.cz/ps/article.php?arid=44>

13 JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

14 KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s. Sestra. ISBN 978-802-4718-309.

15 KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.

16 MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

17 MATES, Pavel a kol. *Ochrana osobních údajů*. Praha: Leges, 2012, 206 s. Praktik. ISBN 978-808-7576-120.

18 MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

19 MIKŠOVÁ, Zdeňka. a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada, 2005, 176 s. ISBN 978-80-247-1443-1.

20 MIKULA, Jan. MÜLLEROVÁ, Nina. *Prevence dekubitů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 96 s., vi s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2043-2.

21 MUNZAROVÁ, Marta: *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, a.s. 2005, 153 s. ISBN 80-247-1024-2.

22 ODOM-WESLEY, Barbara. BROWN, Diann. MEYERS, Chris. *Documentation for medical records*. Chicago, Ill: American Health Information Management Association, 2009, 204 s. ISBN 978-158-4261-834.

23 POLICAR, Radek: *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, a.s. 2010, 25 – 35 s., 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.

- 24 PRUDIL, Lukáš a kol. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. české vyd. Překlad Simona Šeclová. Praha: Grada, 2002, 389 s. Sestra. ISBN 80-247-0278-9.
- 25 PRUDIL, Lukáš a kol. *Základy právní odpovědnosti ve zdravotnictví: nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Vyd. 3., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, 79 s. Sestra. ISBN 80-701-3409-7.
- 26 ROZSYPALOVÁ, Marie. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002, 239 s. ISBN 80-860-7397-1.
- 27 SHARPE, Charles. MEYERS, Chris. *Medical records review and analysis*. Westport, Conn.: Auburn House, 1999, x, 206 p. ISBN 08-656-9283-1.
- 28 SCHARLAU, Christine. *Techniky vedení rozhovoru: zdokonalte své komunikační dovednosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 205 s. ISBN 978-80-247-2234-4.
- 29 SOVOVÁ, Olga: *Zdravotnická praxe a právo*. 1. vyd. Praha: Leges 2011, 299 s. ISBN 978-80-87212-72-1.
- 30 SPIRIT, Michal, a kol.: *Základy práva pro neprávvníky*. 2. rozšířené vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk 2008, 263 s. ISBN 978-80-7380-116-3.
- 31 STAŇKOVÁ, Marta. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno: NCO NZO, 2005, 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
- 32 ŠAMÁNKOVÁ, Marie. a kol. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult*. Praha: Karolinum, 2003, 274 s. ISBN 80-246-0477-9.
- 33 TOMAGOVÁ, Martina. BÓRIKOVÁ, Ivana. a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008, 198 s. ISBN 80-8063-270-7.
- 34 TRACHTOVÁ, Eva. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2006, 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
- 35 UHEREK, Pavel.: *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. 1. vyd. Praha: Grada, a.s. 2008. 184 s. ISBN 978-80-247-2658-8.

36 VENGLÁŘOVÁ, Martina. MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

37 VONDRÁČEK, Lubomír a kol. *České ošetřovatelství 12: zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi 1*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2003, 74 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3376-7.

38 VONDRÁČEK, Lubomír a kol. *Odpovědnost při poskytování ošetřovatelské péče: návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 30 s. Edice CARE. ISBN 80-726-2392-3.

39 VONDRÁČEK, Lubomír a kol. *Ošetřovatelská dokumentace v praxi: návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 72 s. Studijní texty Orac. ISBN 80-247-0704-7.

40 VONDRÁČEK, Lubomír a kol. *Pochybení a sankce při poskytování ošetřovatelské péče II.: návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 68 s. Sestra. ISBN 80-247-1919-3.

41 VONDRÁČEK, Lubomír a kol. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 95 s. Sestra. ISBN 978-802-4731-322.

42 VONDRÁČEK, Lubomír a kol. *Právní předpisy: nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 100 s. Sestra. ISBN 80-247-1198-2.

43 VONDRÁČEK, Lubomír., WIRTHOVÁ, Vlasta. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

44 Vyhláška č.55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

45 Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci

46 Vyhláška č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče

47 Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

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

49 Zákon č.96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče

50 Zákon č.181/2011Sb., trestní zákon

51 Zákon číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

č. – číslo

Sb. – sbírky

FN – fakultní nemocnice

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Povolení k poskytnutí informací FN Plzeň

Příloha č. 2 – Informační brožura pro sestry

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Povolení k poskytnutí informací FN Plzeň

Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské / diplomové práce

Jméno a příjmení studenta: Marie Trylčová

Úplný název vysoké školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta / katedra: Fakulta zdravotnických studií, katedra Ošetrovatelství a porodní asistence

Studijní obor /ročník: MVS 2

Název bakalářské / diplomové práce: Zdravotnická dokumentace

Vedoucí bakalářské / diplomové práce: Mgr.Zlata Kožíšková

Kontakt na vedoucího práce (e-mail, telefon): koziskova.z@seznam.cz

Akademický rok: 2012/2013

Jsem zaměstnancem FN Plzeň: ne

Metoda empirické části:

- **Rozhovor**

Téma rozhovoru: Pohled všeobecných sester na zdravotnickou dokumentaci

Druh rozhovoru: polostandardizovaný, individuální

Respondenti: všeobecné sestry z provozu lůžkových sektorů

Počet respondentů: 8-10

Cíl rozhovoru: Zjistit pohled všeobecných sester na problematiku zdravotnické dokumentace. Zjistit, co všeobecné sestry považují za stěžejní body při vedení efektivní zdravotnické dokumentace, jaká vidí pozitiva, případně i negativa ve vedení zdravotnické dokumentace. Dále zjištění jejich postoje k legislativě v souvislosti se zdravotnickou dokumentací.

Termín přípravy ve FN Plzeň pro empirickou část práce / období odborné praxe na zdravotnickém oddělení / klinice FN Plzeň: 30.01.-30.03. 2013

Kontaktní pracoviště pro empirickou část: (uvedení konkrétního ZOK FN Plzeň):

- I. a II. interní klinika
- Chirurgická klinika
- Neurochirurgické oddělení
- Neurologická klinika
- Oddělení klinické farmakologie
- Klinika ortopedie a traumatologie
- Kardiochirurgické oddělení
- Kardiologické oddělení
- Urologická klinika

Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Student (jméno, příjmení, telefon, email): Marie Trylčová, Telefon: +420 723 175 325, Email: mtrylcova@gmail.com

V Plzni dne: 29.01.2013



Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Marie Trylčová, Bc.

Studentka, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň uděluji povolení ke sběru dat pomocí rozhovoru se všeobecnými sestrami, na Vámi vybraných pracovištích FN Plzeň – OKF, I. a II.IK, CHK, KOTPÚ, dále na Klinikách - urologické, neurologické, na Odděleních – kardiochirurgie, kardiologie, neurochirurgie - a to v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce na téma „Zdravotnická dokumentace“.

Podmínky pro umožnění sběru dat tazatelům ve FN Plzeň (v rámci studentských / výzkumných šetření):

- Vrchní sestry oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně povedete své šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete ZOK FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků rozhovoru se účastnit, pokud by účast na Vašem šetření narušovala plnění jejich pracovních povinností či pokud by Vaše šetření narušovalo jejich soukromí. Účast respondenta na výzkumném šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s tazatelkou.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

30. 1. 2013

Příloha č. 2 – Informační brožura pro sestry

Brožura není součástí vázaného výtisku diplomové práce, jedná se o přílohu samostatně vytištěnou a volně přiloženou k diplomové práci.

