

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Eva Slepíčková, DiS.

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Eva Slepíčková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

VÝZNAM SPRÁVNÉHO VEDENÍ ZDRAVOTNICKÉ
DOKUMENTACE
Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. et Mgr. Miroslava Houšková

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

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

V Plzni dne: 28. 3. 20013

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji MUDr. et Mgr. Miroslavě Houškové za odborné vedení práce, poskytování rad, připomínek a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům MN Privamed za pomoc při vyplňování dotazníků a poskytování odborných rad. A v neposlední řadě děkuji své rodině za podporu.

Anotace

Příjmení a jméno: Eva Slepíčková, Dis.

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Význam správného vedení zdravotnické dokumentace

Vedoucí práce: MUDr. et Mgr. Miroslava Houšková

Počet stran: číslované: 31 , nečíslované: 14

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 20

Klíčová slova: zdravotnická dokumentace – ošetrovatelská dokumentace – vedení dokumentace – všeobecná sestra

Souhrn:

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části bakalářské práce se zabývám zdravotnickou dokumentací obecně. Jejím obsahem, vedením a tím, jak se s ní má správně nakládat. Dále se krátce zmiňuji o fotodokumentaci a o elektronické dokumentaci. V dalších kapitolách se věnuji ošetrovatelství, ošetrovatelskému procesu a ošetrovatelské dokumentaci.

V praktické části práce prezentuji výzkum, který zjišťuje názor všeobecných sester na dokumentaci. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jestli všeobecné sestry vědí, jak správně dokumentaci vést a jak k ní přistupovat.

Annotation

Surname and name: Eva Slepíčková

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: The meaning of correct administration of medical documentation

Consultant: MUDr. et Mgr. Miroslava Houšková

Number of pages:31, unnumbered pages:14

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 20

Key words: medical documentation – nursing documentation – administration of documentation – general nurse

Summary:

The Bachelor's Thesis is composed of the theoretical and the practical parts. The theoretical part deals with the medical documentation in general, its content, management and its right maintenance. Then, the electronic and photo documentations are briefly mentioned. The other chapters are devoted to the nursing care, the nursing care process and its documentation. In the practical part a research is introduced. The aim of this research is to learn the general nurses' opinion of the documentation. This research aims to find out, whether the general nurses are well informed about the documentation management and approach.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST	9
1. ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE	9
1. 1 OBSAH ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE	9
1. 2 ZÁSADY VEDENÍ DOKUMENTACE	10
1. 3 NEJČASTĚJŠÍ CHYBY VE VEDENÍ DOKUMENTACE	11
1. 4 KONTROLY DOKUMENTACE	11
1. 5 NAHLÍŽENÍ DO DOUMENTACE	12
1. 7 UCHOVÁNÍ A SKARTACE DOKUMENTACE	12
1. 8 SANKCE V SOUVISLOSTI S DOKUMENTACÍ	13
2. FOTODOKUMENTACE	14
3. ELEKTRONICKÁ DOKUMENTACE	15
4. POVINNÁ MLČENLIVOST	16
5. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	17
5. 1 POSOUZENÍ	17
5. 2 DIAGNOSTIKA	18
5. 3 PLÁNOVÁNÍ	18
5. 4 REALIZACE	19
5. 5 HODNOCENÍ	19
6. OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE	20
6. 1 VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE	20
6. 2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	20
6. 3 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	21
6. 4 DOKUMENTACE PŘI ÚMRTÍ	22
6. 5 PROVOZNÍ DOKUMENTACE	22
PRAKTICKÁ ČÁST	24
1. FORMULACE PROBLÉMU	24
2. CÍLE VÝZKUMU	24
3. HYPOTÉZY	25
4. METODIKA SBĚRU ÚDAJŮ	25
4.1 Dotazník	25
4.2 Obsahová analýza dokumentace	25
5. VZOREK RESPONDENTŮ	26
6. PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	27
7. DISKUZE	35
ZÁVĚR	38
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
SEZNAM GRAFŮ	
PŘÍLOHA č. 1	

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se věnuji tématu správného vedení zdravotnické dokumentace. Práce s dokumentací už si našla své pevné a nezastupitelné místo v každodenní práci lékařů i všeobecných sester. Je pravda, že lékařská dokumentace byla v nedávné minulosti často považována za důležitější a ošetrovatelská dokumentace byla všeobecnými sestrami i lékaři vnímána jako zbytečnost, která zdržuje v práci. Dnes už je situace o poznání lepší, ale zdaleka ne ideální.

Myslím si, že znalost problematiky zdravotnické dokumentace se dá přirovnat k znalostem pravidel silniční provozu. Když řidič nebude vědět jak se zachovat na semaforu nebo na kruhovém objezdu, může způsobit vážné problémy nejen sobě, ale i svému okolí. Zrovna jako sestra, která neví, jak správně zacházet s dokumentací svěřených klientů. A to si bohužel mnohé všeobecné sestry stále neuvědomují. Pádým důkazem byl například případ z roku 2006, kdy byli zaměněni novorozenci v třebíčské nemocnici. Jak bylo zjištěno, jednu z hlavních rolí sehrála nesprávně vedená dokumentace.

I přes tento hrůzostrašný případ si myslím, že některé všeobecné sestry stále považují dokumentaci za „obtěžující papír navíc“ a nevěnují se jí tak, jak by měly. Proto jsem se rozhodla tuto problematiku prozkoumat v rámci zpracování své bakalářské práce. Za cíl jsem si vytkla zjistit, jak všeobecné sestry dokumentaci vnímají, jaký jí přiřkládají význam a jak se jí věnují. A hlavně jestli vědí, jak dokumentaci správně vést.

V první kapitole teoretické části této práce se věnuji zdravotnické dokumentaci jako celku, jejímu obsahu, vedení, chybám, které se nejčastěji vyskytují a také jak se s ní nakládá. Poté následuje zmínka o povinné mlčenlivosti. Krátce se také zmiňuji o fotodokumentaci a o elektronické dokumentaci. Dále popisuji ošetrovatelský proces, který je s dokumentací sester pevně spjat. Poté následuje část praktická, kterou jsem pojala jako výzkum, prováděný pomocí dotazníku na svém pracovišti tedy na LDN v MN PRIVAMED a.s.

Téma jsem si zvolila, protože mě samotnou zajímalo, jak dnešní všeobecné sestry dokumentaci vnímají a jaký význam ji skutečně přiřkládají. A hlavně jak se dokumentaci věnují a zda vědí jak ji správně vést.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

Zdravotnická dokumentace je soubor informací, které se týkají poskytované zdravotní péče konkrétní osobě. Povinnost vést zdravotnickou dokumentaci v souladu s právním řádem mají všechna zdravotnická zařízení a tato povinnost se vztahuje na lékaře i sestry. Kvalitně, komplexně a jednotně vedená zdravotnická dokumentace je základem pro poskytování správné péče, správnému pacientovi na správném místě. Zdravotnická dokumentace je vlastnictvím zdravotnického zařízení, kde byla založena a vedena. (1, 2)

Zdravotnická dokumentace slouží především k poskytnutí informací o správnosti a kontinuitě poskytované péče (např. propouštěcí zprávy a výsledky vyšetření). K poskytnutí informací, že péče je poskytována oprávněnou osobou v souladu se stanovenými postupy. Jako doklad pro účtování, buď pro pojišťovnu a nebo pro přímou platbu klientem. Jako materiál pro vědu a výzkum.

Zdravotnická dokumentace vedená lékařem obsahuje skutečnosti, které souvisejí s poskytováním péče (např. ordinace léků, výsledky vyšetření, souhlasy pacienta atd.)

Ošetřovatelská dokumentace obsahuje konkrétní informace související s poskytováním ošetřovatelské péče. Je vedena sestrou a slouží k zachování kontinuity péče a k předání informací mezi sestrami. Součástí této dokumentace je i dokumentace provozní, která dokládá správné fungování provozu, ve kterém je péče poskytována a fotodokumentace.(5, 6)

1. 1 OBSAH ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Základní obsah je daný vyhláškou 98/2012 §1 a musí být v každé dokumentaci. Jsou to identifikační údaje o klientovi – jméno, příjmení, rodné číslo a bydliště. Pokud má klient titul je vhodné jej uvést, ale není to podmínkou a proto není chybou, když není uvedený. Dále identifikační údaje o zdravotnickém zařízení – název zařízení, oddělení a IČO. Tyto údaje jsou většinou předtištěny, nebo se uvádí pomocí otisku razítka. Pozor, aby se údaje předtištěné a uvedené razítkem shodovaly. Podle vyhlášky 98/2012 odstavce 2 je nutná také k identifikaci pracovníka, který provádí záznamy do dokumentace – jméno, titul, jmenovka a podpis. Nedílnou součástí je anamnéza – osobní, pracovní, rodinná a všechny další důležité

údaje, které mohou souviset s nynějším onemocněním klienta. Anamnéza se odebírá podle zásad, které jsou stejné pro všechny obory medicíny. Anamnéza týkající se alergií nesmí chybět nikdy. V rámci procesu odebírání anamnézy se podepisuje také Souhlas s hospitalizací. Na anamnézu logicky navazuje objektivní nález o současném stavu klienta označovaný jako status praesens. Důležitou součástí dokumentace je také dekurz. Na každý list se píše jméno a rok narození pacienta, ordinovaná dieta a červeně záznam o alergii. Dále lékaři zapisují ordinace, záznamy z vizity a epikrízy a všeobecné sestry zapisují výměny kanyl a permanentních močových katétrů, aplikace kyslíku nebo léků, naměřené hodnoty fyziologických funkcí a výsledky sedimentace. Další dokumentace je složka, která obsahuje výsledky různých vyšetření a laboratorní výsledky. Dokumentace se uzavírá buď propouštěcí nebo překladovou zprávou nebo listem o prohlídce zemřelého a průvodním listem k pitvě. (14,15)

1. 2 ZÁSADY VEDENÍ DOKUMENTACE

Aby dokumentace mohla plnit svoji funkci, musí být správně vedena. Tedy průkazně, pravdivě a čitelně a to ve formě textové, grafické nebo audiovizuální. Tyto údaje musí být vedeny ve formě listinné nebo elektronické. Musí být vedena pečlivě a čitelně podle zákona číslo 372/2011 Sb. zákona o zdravotních službách, zákona číslo 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a jejich novelizací a zákona 98/2012 Sb o zdravotnické dokumentaci. (3)

Celá dokumentace musí být vedena v českém jazyce. Záznam v dokumentaci musí být proveden kompetentní osobou pravdivě, čitelně, věcně a jednoduše nesmazatelnou černou nebo modrou tužkou. Důležité informace mohou být zvýrazněny červenou barvou. Musí být správně po stránce odborné i po stránce jazykové a estetické. Každý záznam musí být autorizován, to znamená, že musí obsahovat datum a hodinu provedení, jmenovku a podpis nebo parafu podpisu. Záznamy musí být pravidelně aktualizovány a doplňovány přesně tak, jak se při péči postupuje. Opravy se provádí tak, že neplatný záznam se škrtně jednou čarou a správný záznam se uvede pod označením oprava. Za konkrétní záznam odpovídá kompetentní osoba, která záznam provedla. Pokud se vyskytnou v dokumentaci systémové chyby, tedy stejné chyby ve stejných záznamech u rozdílných pracovníků, odpovídá za ně nadřízený pracovník. (1, 4, 8)

1. 3 NEJČASTĚJŠÍ CHYBY VE VEDENÍ DOKUMENTACE

Úplně nejčastější chybou je použití nesprávné medicínské terminologie a nejasných formulací. Na dalším místě je nečitelnost. Tato chyba může vést k vážnému pochybení při poskytování péče a ztěžuje kontrolu dokumentace. Dále se bohužel velmi často vyskytují v dokumentaci vulgarismy, slangové výrazy, neschválené zkratky a gramatické chyby nebo výrazy v cizím jazyce. Další závažnou chybou jsou nekonkrétní a neaktuální záznamy. Nekonkrétnost a neaktuálnost nejčastěji provází popis nově vzniklého defektu na kůži klienta, kdy není popsána velikost, charakter poškození a jeho další vývoj. Také neautorizovaný záznam je chybou. Za neautorizovaný záznam se považuje i záznam označený pouze nečitelným podpisem bez jmenovky. Nelze doplňovat údaje do dokumentace s prodlením i několika dnů. Další chybou jsou údaje neúplné, nepřesné a s použitím subjektivních pocitů. Se subjektivními pocity také souvisí používání otazníků a vykřičníků, které nemají v dokumentaci co dělat. Naprosto nepřijatelné jsou dodatečně dopisované záznamy, škrtnání nebo používání bílého korekčního laku a časté opravy.

Chyby v dokumentaci je třeba minimalizovat a mít na paměti, že zdravotnická dokumentace je vizitkou celého zařízení. (2)

1. 4 KONTROLY DOKUMENTACE

Vedoucí pracovníci mají povinnost kontrolovat práci svých podřízených. A to zahrnuje i kontrolu dokumentace. Z toho vyplývá, že kontrolu dokumentace by měli provádět staniční sestra a primář na svém oddělení, vrchní sestra a přednosta na své klinice a hlavní sestra a náměstek pro lékařskou péči v celém zařízení. Plán kontrol by měl být uveden v náplni práce vedoucích pracovníků, ale kontrola může být provedena i namátkově, například na popud ošetřujícího lékaře. Kontrola se zaměřuje na formální stránku, to je čitelnost, úpravu a autorizaci záznamu, i na věcnost a odbornost záznamu. Nesmí se zapomínat kontrolovat zda ošetrovatelská dokumentace odpovídá té lékařské. Po ukončení kontroly o ní musí být proveden záznam. Tento záznam musí obsahovat kde a kdo kontrolu provedl, zjištěný stav dokumentace, specifikace nedostatků nebo chyb a návrh řešení nebo sankcí při opakovaných chybách.

Další, kdo je oprávněn provádět kontroly dokumentace jsou pověřeni pracovníci pojišťoven, funkcionáři komor, soudní znalci a další. Tito většinou kontrolují dokumentaci

z důvodu řešení stížnosti, nebo pro kontrolu vyúčtovaných výkonů zdravotní pojišťovně. Kontroluje se uzavřená dokumentace.(13, 5)

1. 5 NAHLÍŽENÍ DO DOUMENTACE

Nahlížení do dokumentace je dáno zákonem 372/2001 Sb. o zdravotnických službách. Paragraf 65 odstavec 2 o nahlížení do dokumentace je založen na tom, že do dokumentace může nahlížet v nutném rozsahu klient a osoby klientem zmocněné. V České republice je obvyklé, že zároveň se souhlasem s hospitalizací klient podepisuje i souhlas s tím, že do jeho dokumentace mohou nahlížet všichni, kteří se podílejí na péči (zdravotníci i studenti). Bez souhlasu klienta mohou do dokumentace nahlížet pouze osoby, které určuje zákon a které potřebují informace z dokumentace k plnění úkolu, který není v rozporu se zájmy klienta. Ovšem pouze v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu. Jsou to hlavně revizní lékaři pojišťoven, soudní znalci, funkcionáři komor, lékaři ve státní zprávě, členové znaleckých komisí veřejní ochránci práv a zaměstnanci Ústavu pro kontrolu léčiv a nebo Ústavu pro jadernou bezpečnost. Veškeré nahlížení do dokumentace se musí dít za přítomnosti zdravotnického pracovníka a s vědomím primáře oddělení a vrchní sestry. Všeobecná sestra, která dokumentaci zapůjčí musí provést záznam do dokumentace. Tyto osoby také mohou pořizovat z dokumentace výpisky nebo si mohou dokumentaci okopírovat na vlastní náklady. (14, 9, 12)

1. 7 UCHOVÁNÍ A SKARTACE DOKUMENTACE

Zdravotnické zařízení má povinnost dokumentaci uchovávat a skartovat takovým způsobem, aby nedošlo k neoprávněnému přístupu k dokumentaci a ke zneužití citlivých údajů. Toto všechno je ošetřeno zákonem č. 499/2004 Sb. o archivnictví a spisové službě, který nařizuje skartační plán. Tento plán rozděluje dokumentaci na několik druhů a poddruhů. Každý druh má daný zvláštní skartační znak i skartační lhůta, po kterou se musí dokumentace uchovávat. Skartační lhůta začíná prvním lednem následujícího roku po události a běží čtrnáct let po poslední hospitalizaci a nebo deset let po úmrtí klienta. (17)

1. 8 SANKCE V SOUVISLOSTI S DOKUMENTACÍ

Sankce se řídí zákonem 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Sankce se ukládají za porušení povinnosti dokumentaci archivovat a skartovat, za neumožnění přístupu a nahlížení do zdravotnické dokumentace a nepořízení výpisu nebo naopak umožnění přístupu a nahlížení neoprávněným osobám a nakonec pokud není proveden záznam o nahlížení.

Sankce se vyměřují ve formě pokuty ve výši 100 000 až 500 000 Kč. (12, 14)

2. FOTODOKUMENTACE

Fotodokumentace je specifický druh dokumentace, který je povolený zákonem. Jde o moderní způsob dokumentování pomocí fotografií, používaný zejména u dekubitů, popálenin nebo různých jiných ran a defektů. Poskytuje ucelené, neskreslené a objektivní informace o vývoji situace. Má velkou vypovídací schopnost, jak pro odborníky tak pro laiky a hraje velkou roli, jako důkazní materiál při případné obhajobě kvality poskytované péče.

Při pořizování fotodokumentace není nutný písemný souhlas klienta. Klient poskytuje souhlas jednoduše tím, že se nechá vyfotografovat a nebo verbálně vyjádří svůj souhlas. Při pořizování fotografií je nutné dbát na intimitu a aktuální zdravotní stav klienta a postupovat v souladu se všemi etickými kodexy, právy pacientů a legislativou. Fotodokumentaci smí pořizovat pouze zaměstnanci daného zdravotnického zařízení. Pokud klient má zájem o kopie fotografií, lze mu je poskytnout na jeho vlastní náklady, ale originální snímky musí zůstat v dokumentaci. (9)

3. ELEKTRONICKÁ DOKUMENTACE

V dnešní moderní době, ve které se velmi rychle rozvíjí informační technologie se postupný přechod do elektronické dokumentace nevyhnul ani ošetrovatelství. Vznikly týmy zdravotníků a odborníků z řad IT a ty vytvořily softwarové verze zdravotnické dokumentace. Řídí se zákonem 372/2001 Sb.

Hlavní výhodou elektronické dokumentace je přehlednost, prostorová nenáročnost na skladování a manipulaci a celkové usnadnění komunikace mezi zdravotníky. Je možné kdykoli nahlédnout do předchozích záznamů a vše zkopírovat. Největší výhodou je však průkaznost a nezpochybnitelnost vedení dokumentace v elektronické podobě. Informační systém je nastaven tak, aby při každém zápisu zaznamenal čas a jméno toho, kdo záznam provedl. Přístupové heslo je tedy potřeba si pečlivě chránit. Záznam také nejde přeškrtnout, znehodnotit nebo ztratit. I chybné a neaktuální zápisy jsou pouze označeny a jsou dál uchovávány.

Obrovskou nevýhodou je finanční náročnost vedení dokumentace v elektronické podobě. Při zavádění je také nutné proškolení všech zdravotnických pracovníků a ti kteří dosud nepřišli do styku s výpočetní technikou mohou tuto formu vedení dokumentace přijmout velmi obtížně. Může se pro ně stát matoucí a může značně komplikovat jejich práci.

S elektronickou dokumentací také úzce souvisí nutnost zajištění elektronického podpisu pro všechny zdravotnické pracovníky. Jedná se o číslo, které obsahuje identifikační údaje o zadávajícím. Může mít formu manuálně zadaného PIN kódu, snímání otisků prstů nebo oční duhovky, magnetického čipu nebo digitálního podpisu. Poslední zmiňovaná forma elektronického podpisu je nejběžnější.

4. POVINNÁ MLČENLIVOST

S vedením zdravotnické dokumentace velmi úzce souvisí povinná mlčenlivost, dříve označována jako lékařské tajemství. Je dána Hypokritovou přísahou a vztahuje se na všechny skutečnosti, které se lékař dozví při výkonu své práce. Tedy i na informace získané z dokumentace. Z toho vyplývá, že povinná mlčenlivost se vztahuje nejen na diagnózu nebo na léčebný postup, ale také na skutečnosti ohledně rodiny klienta, povolání klienta i na věci zcela specifické jako je například řidičské oprávnění nebo náboženství. Je tedy vnímána především jako ochrana informací.

Porušení povinné mlčenlivosti je zdravotníky, laickou veřejností a především samotným klientem vnímáno jako hrubý prohřešek proti etickým kodexům a právním předpisům a jsou vyžadovány sankce. Nejčastěji k porušení povinné mlčenlivosti dochází ústně, kdy zdravotníci neoprávněně sdělují informace o klientovi. Velmi často také dochází k situaci, že zdravotník nedbalostí zpřístupní zdravotnickou dokumentaci neoprávněným osobám. Podle povahy provinění se také odvíjejí sankce.

Povinná mlčenlivost však nelze zachovávat proti vůli klienta. Ten může dát souhlas (nebo i zákaz) s poskytnutím informací o svém zdravotním stavu kterékoli osobě. (7,9, 16)

5. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Podstatná část ošetřovatelské dokumentace souvisí se zavedením ošetřovatelského procesu do praxe.

Ošetřovatelský proces je způsob ošetřování klientů, který je založen na holistickém přístupu. Je systematický sled dějů, při kterém se na základě objektivních a subjektivních informací o nemocném zjistí jaké má problémy. Podstatou tedy je uspokojovat bio psych sociální a spiritualistické potřeby celkově a přesto individuálně.

Základem správně provedeného ošetřovatelského procesu je všeobecná sestra, která aktivně vyhledává ošetřovatelské problémy pomocí pozorování nebo pomocí rozhovoru s nemocným. Následně sestaví ošetřovatelské diagnózy, které obsahují očekávaný výsledek, intervence a zhodnocení. Problémy jsou uspokojovány dle závažnosti podle hierarchie Maslowovy teorie, nejsou-li uspokojeny potřeby nižší, nemohou být uspokojeny potřeby vyšší.

Na poskytování péče se nepodílí jen tým všeobecných sester a pomocný zdravotnický personál, ale i klient sám. Proto ošetřovatelský proces umožňuje aktivně a bezprostředně reagovat na potřeby klienta.

Ošetřovatelský proces lze rozdělit na části, které na sebe logicky navazují. Jsou to tyto fáze: posouzení, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení. (11, 18)

5.1 POSOUZENÍ

Tato část spočívá v odebrání anamnézy. Nejčastějším způsobem odebrání anamnézy je rozhovor. Rozhovor by se měl odehrávat v klidném a nerušeném prostředí (pokoj klienta plný ostatních klientů nebo návštěv vhodný není). Všeobecná sestra by měla mít dostatek času, aby mohla sledovat i neverbální projevy klienta. Informace získané touto cestou mají subjektivní charakter.

Nemocnice mají pro zjednodušení práce při odebrání anamnézy připravený formulář, který obsahuje otázky, které sestra pokládá a odpovědi zapisuje. Otázky se týkají např. stavu pokožky a výživy, vyprazdňování, alergií, rodinné a pracovní situace nebo náboženského vyznání. Vypracovává se podle modelů (např. model podle Gordonové, Hendersonové atd.)

Vyplněný formulář může sestra doplnit informacemi od rodiny, přátel, z dokumentace pořízené za předchozí hospitalizace nebo vlastními poznatky získané pozorováním klienta. (18)

5. 2 DIAGNOSTIKA

Základem této části je stanovení ošetřovatelské diagnózy. Jde o formulaci problému, který vychází z hlediska všeobecné sestry a nebo z hlediska pocitů klienta.

Třísložková ošetřovatelská diagnóza má tři složky a to popsání problému, příčina problému, projevy problému z objektivního a subjektivního pohledu. Dvousložková diagnóza obsahuje pouze dvě složky (chybí projevy problému). Pořadí ošetřovatelských diagnóz se uvádí podle naléhavosti a je vhodné konzultovat navržené pořadí s klientem, protože ne vždy se shoduje.

Příkladem ošetřovatelské diagnózy je: Akutní bolest z důvodu operačního výkonu v dutině břišní projevující se objektivně zaujímáním úlevové polohy, bolestivým výrazem ve tváři a naříkáním a subjektivně verbalizací bolesti, ztíženým pohybem na lůžku a skleslostí. A příkladem potenciální diagnózy je: Riziko pádu v souvislosti s pooperačním stavem.

I v souvislosti s ošetřovatelskými diagnózami existuje v mnoha nemocnicích formulář, kde jsou předtištěny nejčastější diagnózy a všeobecná sestra pouze zaškrtně ty, které se hodí pro jejího konkrétního klienta. (18)

5. 3 PLÁNOVÁNÍ

Podstatou této části je vypracování individuálního plánu ošetřovatelské péče, definice ošetřovatelských intervencí tak, aby uspokojovaly potřeby nemocného a stanovení krátkodobého a dlouhodobého cíle.

Očekávaný cíl musí být reálný, měřitelný a správně formulovaný. Správně vydefinovaný očekávaný cíl vypadá takto: Klient se dokáže sám najíst do 2 dnů

Ošetřovatelské intervence, tedy činnosti, které vedou k dosažení očekávaného cíle se dělí na nezávislé – plně v kompetenci sestry, závislé – prováděné na základě ordinace lékaře a součinné – prováděné ve spolupráci s jinými členy zdravotního týmu (např. fyzioterapeut, nutriční terapeut atd.).

Jak očekávaný cíl, tak ošetrovatelské intervence je vhodné konzultovat s klientem, kterého se týkají. (18)

5. 4 REALIZACE

V této části ošetrovatelského procesu sestra plní ošetrovatelské intervence. Realizace může být buď přímá – prováděna přímo sestrou, nebo nepřímá – prováděná ostatními členy týmu.

Vlastní realizaci by mělo předcházet ověření aktuálnosti ošetrovatelského plánu. V průběhu realizace sestra nesmí zapomínat doplňovat informace o klientovi. Ale nejdůležitější fází této části je dokumentování prováděných činností, protože „co není zapsáno, není uděláno“. (18)

5. 5 HODNOCENÍ

Tato část má za úkol zhodnocení efektu péče, které se klientovi dostalo. Ideální je pokud je očekávaného cíle dosaženo a tím pádem všeobecná sestra ukončí činnost v té konkrétní oblasti. Cíle však také může být dosaženo pouze částečně. Pak je na místě se zamyslet nad reálností cíle a efektivností intervencí. Pokud cíle nebylo dosaženo vůbec, musí se provést kontrola celého dosavadního postupu a změnit ošetrovatelské intervence.

Hodnocení by mělo probíhat kontinuálně po celou dobu hospitalizace a velké komplexní hodnocení před ukončením hospitalizace.

Výsledky a výstupy vyplývající z hodnocení musí být rovněž pečlivě zadokumentovány. (18)

6. OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Ošetřovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace a zachycuje informace o poskytované ošetřovatelské péči. Její vedení spadá plně do kompetencí všeobecných sester a zdravotnických asistentů a je tedy podstatnou součástí pracovní náplně. A protože pracuji na oddělení LDN v rámci MN PRIVAMED a.s, rozhodla jsem se následující kapitolu věnovat průřezu dokumentací používané na výše zmíněném oddělení.

6.1 VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE

Ošetřovatelská dokumentace se vyvíjela postupně v souvislosti s potřebami oddělení. Jako první se zavedla ošetřovatelská překládová zpráva, aby všeobecné sestry předaly informace o klientovi, který oddělení opouští nebo aby získaly informace o nově příchozím klientovi. Další, v pořadí druhá součást ošetřovatelské dokumentace se do praxe zavedl soupis pozůstalosti po zemřelém. Hlavním důvodem byla ochrana personálu. Další povinností všeobecné sestry při úmrtí začalo být oznámení o úmrtí, nejdříve telegramem a později kondolenčním dopisem. Dále se do praxe zaváděly záznamy o příjmu a výdeji tekutina a také záznamy o vývoji a ošetřování ran. Veškerá dokumentace však stále byla nejednotná.

Současná kompletní dokumentace je platná od května roku 2012.

6.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Ošetřovatelská anamnéza se vyplňuje v rámci příjmu klienta na oddělení. Při vyplňování je nezbytné vzít v potaz aktuální stav klienta, ale musí být vyplněna do 24 hodin po příchodu klienta na oddělení. Cílem ošetřovatelské anamnézy je získání komplexních informací o klientovi, o jeho aktuálním stavu, o denním režimu (spánek, hygiena, vylučování), stravovacích návycích včetně pitného režimu, o pohybových a komunikačních schopnostech klienta i o rodinném a sociálním zázemí. Velmi důležitý je údaj o alergiích klienta. Formulář je sestavený v doménách. U každé je nabídka 4 – 5 možností a všeobecná sestra vybere a označí jednu odpovídající. Správné a pečlivé vyplnění má tedy velký význam pro další péči o klienta.

Odebírání anamnézy je spojeno s fyzikálním vyšetřením sestrou, kdy sestra změří základní fyziologické funkce (krevní tlak, tělesnou teplotu, puls, dech), klienta zváží, zhodnotí stav kůže a sliznic, apod. Vše se zapíše do dekurzu.

Další nedílnou součástí je také ohodnocení klienta pomocí různých škál. Na LDN se používají hlavně škály ke zjištění rizika vzniku dekubitů, ke zjištění rizika pádu, Barthelův test běžných denních činností, škály bolesti a nutriční stav.

Vše je samozřejmě označeno logem nemocnice aktuálním datem, jménem a rodným číslem klienta a identifikací autora záznamu.

Na anamnézu navazuje ošetřovatelský souhrn stavu klienta, kdy sestra svými slovy popíše a zhodnotí aktuální stav klienta.

6. 3 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Tato část dokumentace navazuje na ošetřovatelský souhrn. Pokud se stanoví ošetřovatelský problém, zapíše se do plánu péče, opatří se datem autorizací záznamu. Po vyřešení problému se ukončí opět datem ukončení a autorizací. V nabídce jsou pouze některé nejčastěji se vyskytující problémy. Pokud se vyskytne jiný problém musí jej všeobecná sestra popsat svými slovy do volných kolonek.

Hodnocení plánu se provádí jednou za týden. Posuzují se stávající problémy (zda trvají nebo zda již byly vyřešeny) i problémy nově vzniklé.

Na plán navazuje formulář, do kterého se zaznamenávají jednotlivé ošetřovatelské výkony, které byly provedeny. Obsahují položky jako je dopomoc při hygieně, výměna plenkových kalhotek, dopomoc při jídle, péče o stomii nebo o permanentní močový katétr a další. Všeobecná sestra označí autorizací ty, které provedla během své služby.

6. 4 DOKUMENTACE PŘI ÚMRTÍ

První, kdo ve většině případů zjistí úmrtí klienta je nelékařský zdravotnický pracovník. Jeho povinností je okamžitě zavolat lékaře a připravit veškerou dokumentaci. Po konstatování smrti lékařem provede péči o tělo a označení těla a zhotoví o tom záznam do dokumentace. V záznamu nesmí chybět přesný čas, kdy bylo tělo ošetřeno, kdy opustilo oddělení a komu byla dána zpráva o úmrtí.

Další velmi důležitou povinností sestry při úmrtí je sepsat záznam o pozůstalosti. Jedná se o soupis všech věcí, které po zemřelém klientovi zůstaly. Je pořizován dvakrát – originál zůstává v dokumentaci a kopii si odnáší pozůstalí. Seznam musí být věcný, podrobný a hlavně čitelný. Zvláštní péče se věnuje soupisu cenností a dokladů. U šperků se píše pouze druh (prsten, řetízek) a barva kovu případně barva kamenu. U finanční hotovosti se píše přesná částka a počet bankovek. Autorizován je všeobecnou sestrou, která seznam pořídila a svědkem. Při předávání pozůstalosti se píše jméno a příjmení, číslo občanského průkazu a vztah k zemřelému.

6. 5 PROVOZNÍ DOKUMENTACE

6. 5. 1 Denní hlášení sester

Denní hlášení sester je samostatný sešit, ve kterém jsou v bodech zaznamenávány veškeré důležité události, které se během služby udály. Záznam obsahuje aktuální datum, zda jde o denní či noční službu. Dále následuje jmenný seznam klientů a popis jejich aktuálního zdravotního stavu, nebo k jakým změnám došlo a jak byly tyto změny zaznamenány a řešeny. Například se zaznamenávají změny v medikaci, změny ve způsobu ošetřování rány nebo změny ve stavu klienta a zda byl volán lékař a jak se situace řešila nebo řeší (např. pan Horáček měl v 16.00 teplotu 38.5 °C – v 16.30 podán Paralen 500 per os dle ordinace lékaře). Na závěr se podepíše všeobecná sestra, která hlášení psala a všeobecná sestra, která převzala oddělení. Na úplný konec se zapíše stav návykových látek.

Tyto záznamy se používají hlavně při předávání služby, ale také slouží k celkovému přehledu o oddělení pro ostatní všeobecné sestry i pro lékaře. V neposlední řadě slouží k obhajobě všeobecných sester při řešení konfliktů.

6. 5. 2 Kniha „Evidence návykových látek“

Tato kniha dokládá správné převzetí, skladování a výdej návykových látek, ale hlavně jejich skutečný stav, který je fyzicky přítomen na oddělení. V jedné knize je odděleně evidováno více návykových látek. Kniha je doplněna o podpisové vzory všech, kteří zápisy mohou provádět.

Všeobecné sestry píší evidenci vydání opiátu, kdy zapisují datum, jméno a příjmení klienta, číslo chorobopisu, druh podávané látky, počet vydaných ampulek a zůstatek. Vše musí být zapsáno čitelně, modrou tužkou a řádně autorizováno. Staniční a vrchní sestra píše do knihy červenou tužkou v případě, že přebírají a uskladňují nové látky a nebo v případě, že provádějí pravidelné kontroly vedení a autorizují případné opravy, které všeobecné sestry nahlásí.

6. 5. 3 Hlášení o počtu nemocných

Tento formulář slouží k tomu, aby byl přehled o pohybu klientů po nemocnici. Všeobecná sestra mající noční službu o půlnoci píše do speciálního formuláře celkový počet klientů, který je na oddělení, počet propuštěných nebo přeložených klientů a nakonec počet zemřelých klientů. U přeložených, propuštěných a zemřelých klientů se vypíše jméno, příjmení, rodné číslo a čas, kdy opustili oddělení. Veškeré údaje musí souhlasit se stavem oddělení v počítači a v knize příchodů a odchodů. A vše je opatřeno podpisem všeobecné sestry, které hlášení vyplnila.

Kopie formuláře zůstává na oddělení a originál se odevzdá sociální pracovníci nemocnice.

PRAKTICKÁ ČÁST

Tato část práce obsahuje formulaci problému, cíle výzkumu a pracovní hypotézy z toho vyplývající. Dále následuje představení vzorku respondentů a popsána metodiky výzkumu a jeho průběh. Výsledky výzkumu jsou prezentovány pomocí grafů s jejich popisem. Na závěr jsou výsledky porovnány s hypotézami.

1. FORMULACE PROBLÉMU

Dokumentace je velmi důležitou součástí práce všeobecné sestry. Kvalitní vedení dokumentace do určité míry vypovídá i o kvalitě poskytované péče.

Cílem následného výzkumu je zjistit, jak všeobecné sestry přistupují k dokumentaci, zda ji považují za důležitou a zda k ní takto přistupují. Zajímá mě i míra orientace v problematice vedení dokumentace a identifikace problémů.

2. CÍLE VÝZKUMU

Na základě formulovaného problému jsem stanovila tyto cíle:"

Cíl 1: Zjistit, zda je ošetrovatelská dokumentace přínosem pro zkvalitnění péče.

Cíl 2: Zjistit do jaké míry se všeobecné sestry orientují v problematice správného vedení dokumentace.

Cíl 3: Zjistit problémy a nedostatky ve vedení dokumentace jako takové.

3. HYPOTÉZY

Na základě tématu práce a stanovených cílů jsem určila tyto pracovní hypotézy:

H₁– Předpokládám, že 60% všeobecných sester považuje dokumentaci za velmi důležitou.

H₂ – Předpokládám, že 60% všeobecných sester ví, jak dokumentaci správně vést

H₃– Předpokládám, že ošetrovatelská dokumentace má vyšší úroveň zápisu než lékařská.

4. METODIKA SBĚRU ÚDAJŮ

Pro zpracování praktické části byla zvolena metoda dotazníku doplněného o obsahovou analýzu dokumentu. Hypotéza 1 a 2 je ověřena pomocí dotazníku a obsahová analýza ověřuje hypotézu 3.

4.1 Dotazník

Dotazník byl sestaven dle vlastního uvážení a obsahuje celkem 11 otázek. Všechny otázky jsou uzavřené. Respondenti pouze zaškrťávají odpovědi, se kterými souhlasí. Důvodem uzavřených odpovědí je jednodušší zpracování výsledků výzkumu. Dotazník umožnil získat snadno, rychle a ekonomicky potřebná data od většího množství respondentů.

V úvodu dotazníku je vysvětlen důvod zadání dotazníku a ujištění o anonymitě. První otázky jsou identifikační a zaměřují se na věk a délku praxe. Další otázky se již přímo vztahují k tématu práce. Získané údaje jsou zpracovány v grafické formě s popisem. Grafy byly vytvářeny v programu Microsoft office Word.

4.2 Obsahová analýza dokumentace

Jedná se o analýzu uzavřené zdravotnické dokumentace hospitalizovaného pacienta. Byly stanoveny jednotlivá kritéria, která byla bodově ohodnocena. Byla to tato kritéria: zapsání data, zapsání hodiny u akutního ošetření nebo u akutního ošetrovatelského zásahu, čitelnost zápisu, razítko a podpis.

5. VZOREK RESPONDENTŮ

Výzkum probíhal na LDN v MN PRIVAMED a.s. Rozdáno bylo 54 dotazníků. Distribuce dotazníků proběhla osobě za souhlasu vrchní sestry LDN. Cílovou skupinou byly všechny všeobecné sestry pracující na LDN.

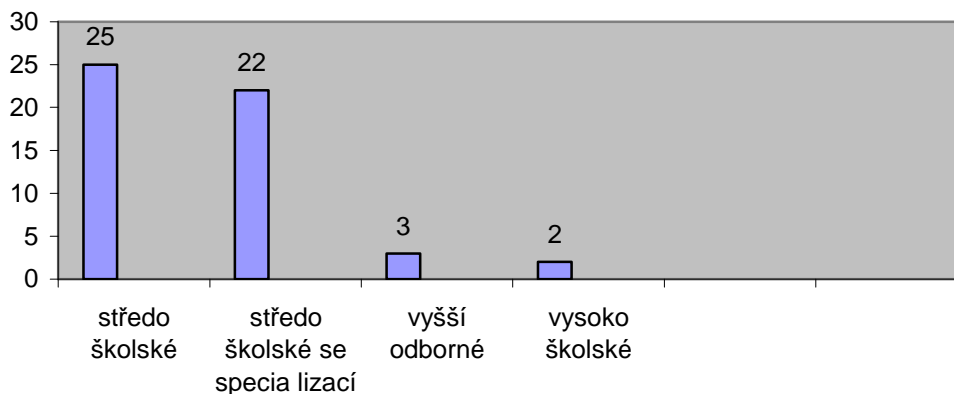
Návratnost byla 100%, ale 2 dotazníky bylo nutné vyřadit pro chybějící odpovědi. Výsledky jsou tedy získány z 52 kompletně vyplněných dotazníků.

Systemová studii dokumentace probíhala kontinuálně za asistence vrchní sestry LDN.

6. PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázka č. 1 „Vzdělání“

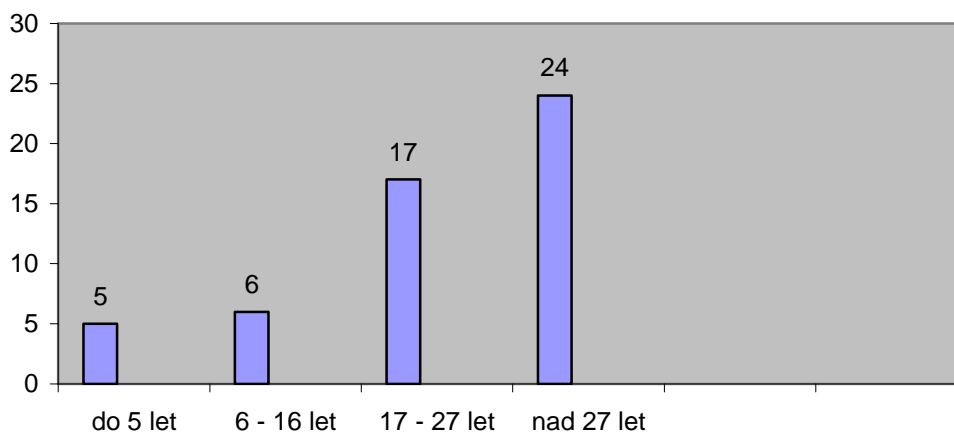
Graf č. 1 Vzdelání



Z celkového počtu 52 respondentů (100%) mělo nejvyšší zastoupení středoškolské vzdělání v počtu 25 (48,08 %) respondentů. Dále středoškolské vzdělání se specializací v počtu 22 (42,30%). Vyšší odborné vzdělání měli 3 respondenti (5,76%) a vysokoškolské 2 (3,84%)

Otázka č. 2 „Délka praxe ve zdravotnictví“

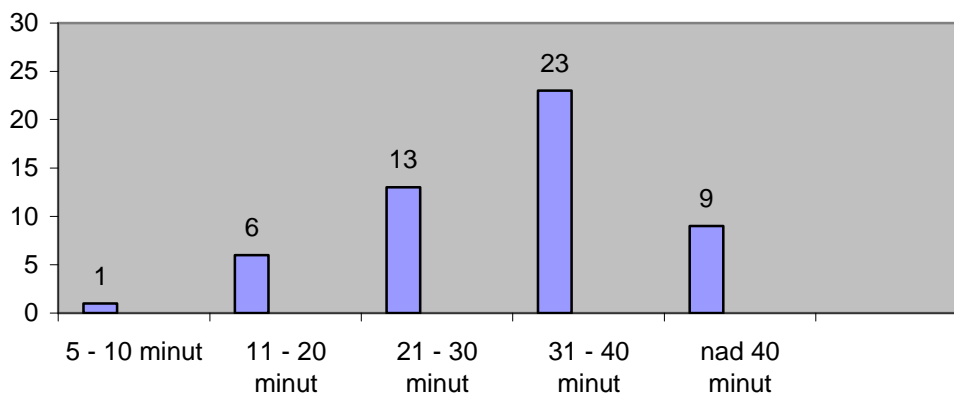
Graf č. 2 Délka praxe ve zdravotnictví



Z celkového počtu 52 respondentů (100%) pracuje ve zdravotnictví více než 27 let 24 respondentů (46,15%). 17 respondentů (32,69%) pracuje ve zdravotnictví 17 – 27 let. 6 respondentů (11,53%) uvedlo, že pracují 6 – 16 let. Nejmenší zastoupení mají respondenti pracující méně než 5 let. Tuto odpověď uvedlo 5 respondentů (9,61%).

Otázka č. 3 „Jaký čas Vám zabere psaní ošetrovatelské dokumentace?“

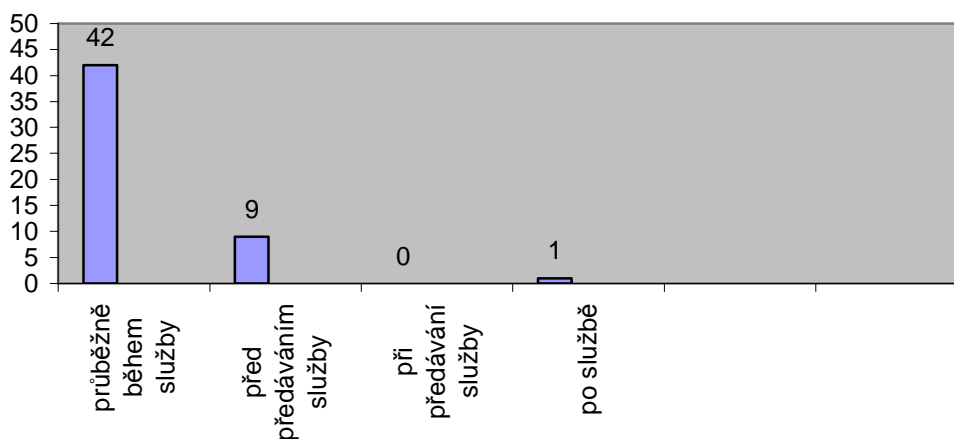
Graf č. 3 Čas potřebný k vyplnění ošetrovatelské dokumentace



Z celkového počtu 52 respondentů (100%) největší počet zvolilo odpověď 31 – 40 minut – 23 respondentů (44,23%). Druhou nejčastější odpovědí byla 21 – 30 minut, tuto možnost zvolilo 13 respondentů (25%). 9 respondentů (17,3%) potřebuje k vyplnění dokumentace více než 40 minut. Možnost 11 – 20 minut označilo 6 respondentů (11,53%) a poslední možnost 5 – 10 minut zvolil 1 respondent (1,92%).

Otázka č. 4 „Kdy záznamy doplňujete a aktualizujete?“

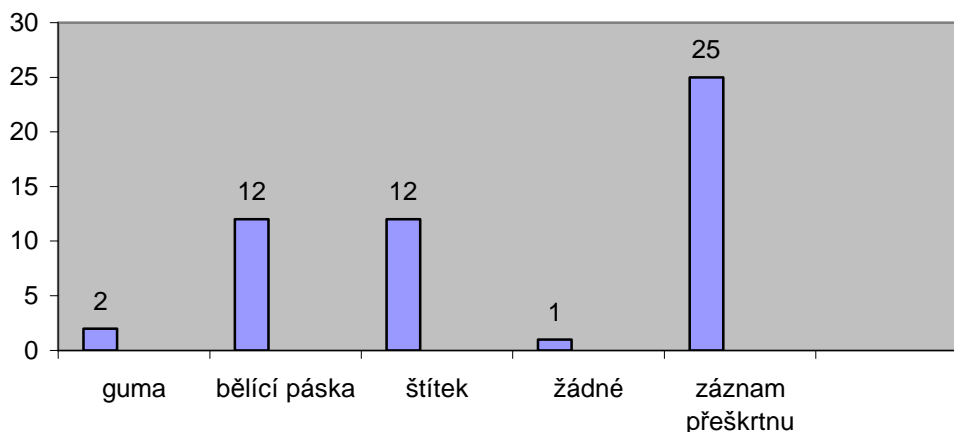
Graf č. 4 Aktualizace záznamů



Z 52 respondentů (100%) aktualizuje záznamy průběžně během služby 42 (80,76%). Možnost před předáváním služby zvolilo 9 respondentů (17,3%) a po službě zvolil 1 respondent (1,92%). Možnost při předávání služby nezaškrtil nikdo.

Otázka č.5 „ V případě, že uděláte chybu používáte korekční prostředky (guma, korekční pásky atd.)?“

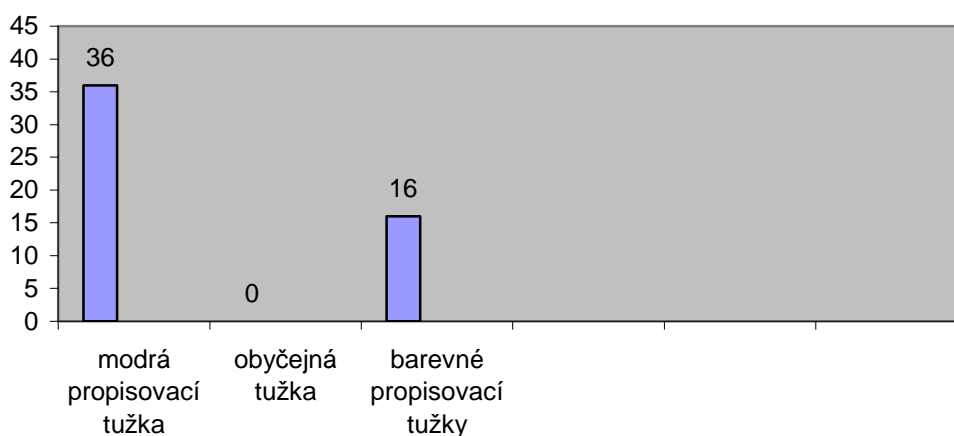
Graf č. 5 Použití korekčních prostředků



Z 52 respondentů (100%) 25 respondentů (48,07%) zvolilo možnost přeškrtnutí záznamu, bělicí pásku a štítek používá 12 respondentů (23,07%). Možnost guma zvolili 2 respondenti (3,84%) a odpověď žádné korekční prostředky zaškrtl 1 respondent (1,92%).

Otázka č. 6 „Jaké psací prostředky při vedení dokumentace používáte?“

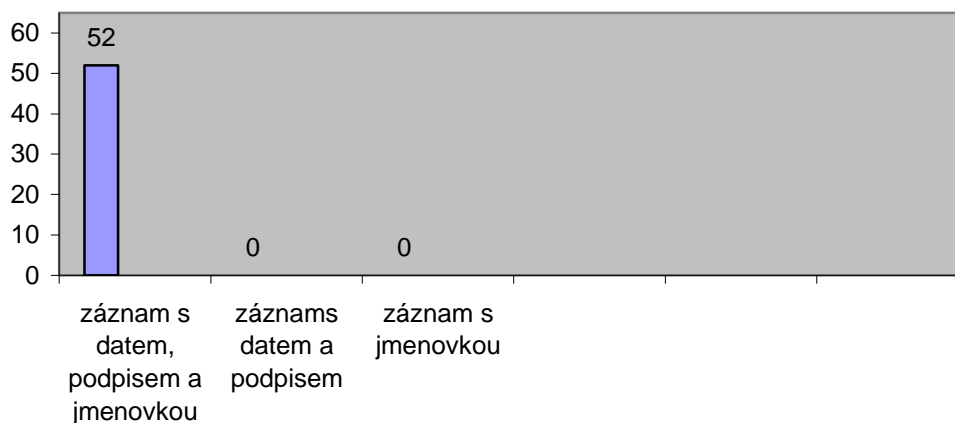
Graf č. 6 Používané psací prostředky



Na otázku odpovídalo 52 respondentů (100%). 36 respondentů (69,23%) zvolilo odpověď modrá propisovací tužka. a 16 respondentů (30,76%) zaškrtl odpověď barevné propisovací tužky. Obyčejnou tužku nepoužívá nikdo.

Otázka č.7 „Co je to správná autorizace záznamu?“

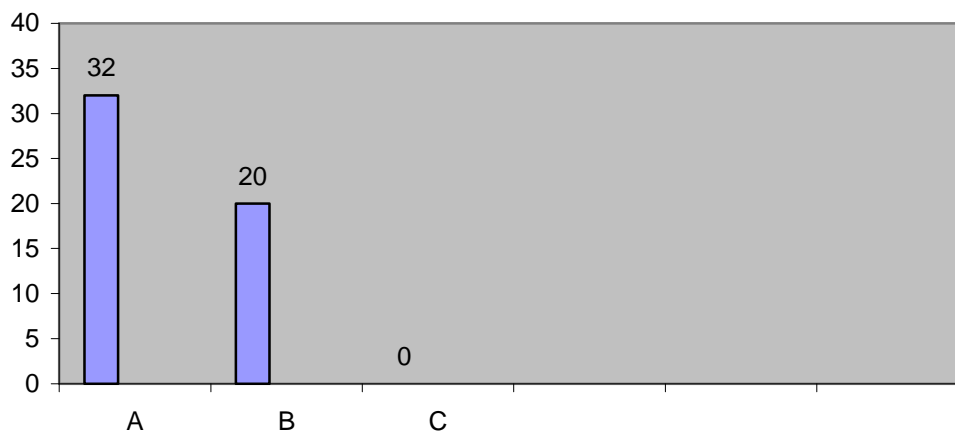
Graf č. 7 Správná autorizace záznamu



Všech 52 respondentů (100%) zvolilo odpověď záznamu s datem, podpisem a jmenovkou. Další dvě odpovědi nezaškrtl nikdo.

Otázka č. 8 „ Co je součástí ošetrovatelské dokumentace?“

Graf č. 8 Součásti ošetrovatelské dokumentace

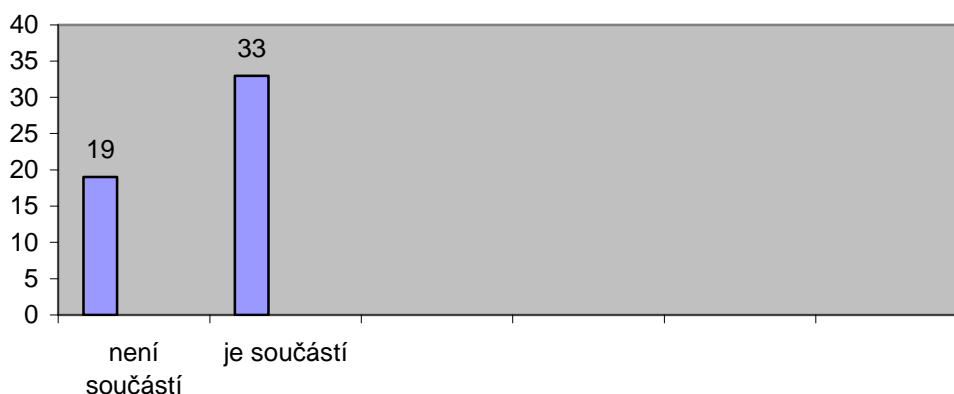


Z celkového počtu 52 respondentů (100%) zvolilo 32 respondentů (61,53%) odpověď A (anamnéza, plán péče, stanovení diagnózy, předpokládané výkony, hodnocení péče, průběžné záznamy, propouštěcí nebo překladová zpráva s doporučením další péče). Možnost B (anamnéza, stanovení diagnózy, provedené výkony, hodnocení péče, propouštěcí nebo

překladová zpráva) zaškrtno 20 respondentů (38,46%). Odpověď C (anamnéza, plán péče, stanovení diagnózy, fotodokumentace, hodnocení péče) nezvolil žádný respondent.

Otázka č. 9 „Je fotodokumentace součástí zdravotnické dokumentace?“

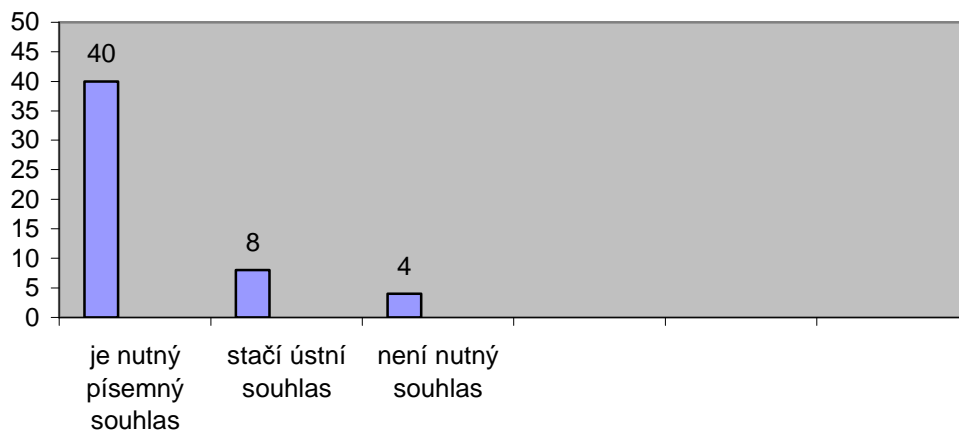
Graf č. 9 Fotodokumentace jako součást zdravotnické dokumentace



Z celkového počtu 52 respondentů (100%) zaškrtno 33 respondentů (63,46%) možnost, že fotodokumentace je součástí zdravotnické dokumentace. 19 respondentů (36,53%) se domnívá, že fotodokumentace není součástí dokumentace.

Otázka č. 10 „Je při pořizování fotodokumentace nutný souhlas klienta?“

Graf č. 10 Souhlas s fotodokumentací



Na tuto otázku odpovědělo 52 respondentů (100%). 40 respondentů (76,92%) se domnívá, že je nutný písemný souhlas. 8 respondentů (15,38%) si vybralo možnost ústního souhlasu a 4 respondenti (7,69%) si myslí, že není nutný žádný souhlas.

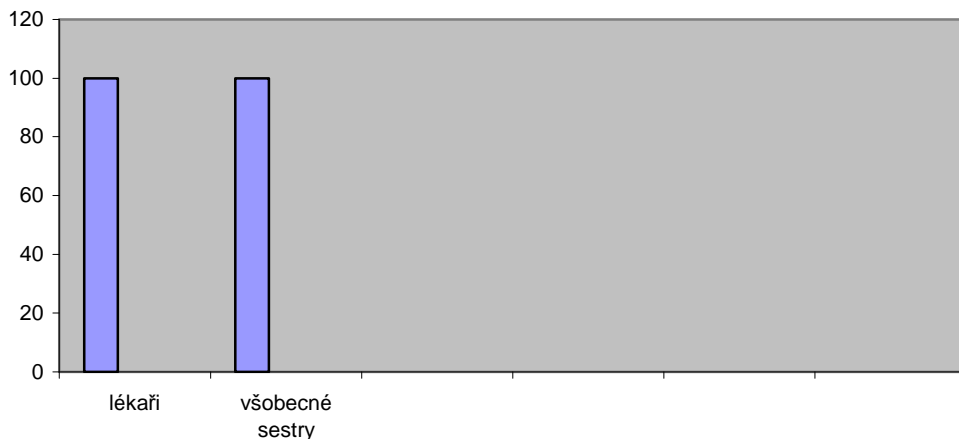
Otázka č. 11 „Seřad'te chyby ve vedení dokumentace od nejlehčí po nejzávažnější (1 – 5)“

- 1 škrty
- 2 slangové výrazy
- 3 neautorizované záznamy
- 4 vulgarismy
- 5 nesprávné medicínské terminologie

Výsledky systémové studie dokumentace

Datum

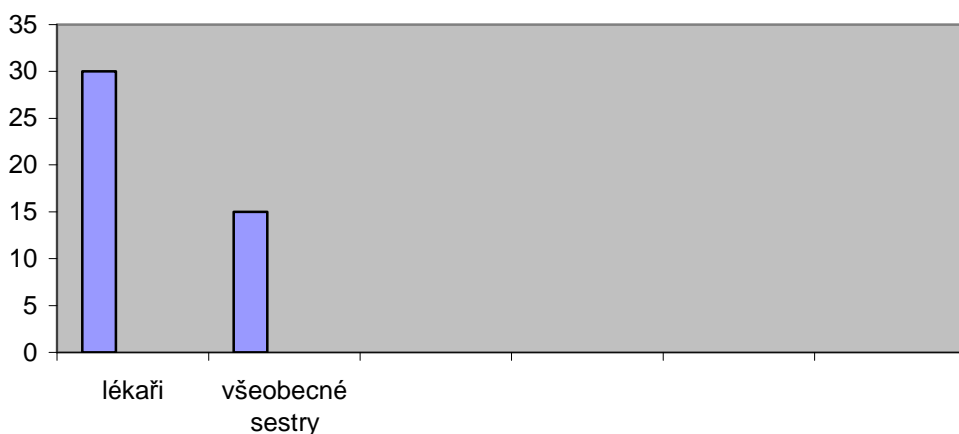
Graf č. 11 Datum



Ve 100 zkontrolovaných chorobopisech (100%) byl u všech záznamů datum obsahující den, měsíc a rok.

Zápis hodiny u akutního ošetření

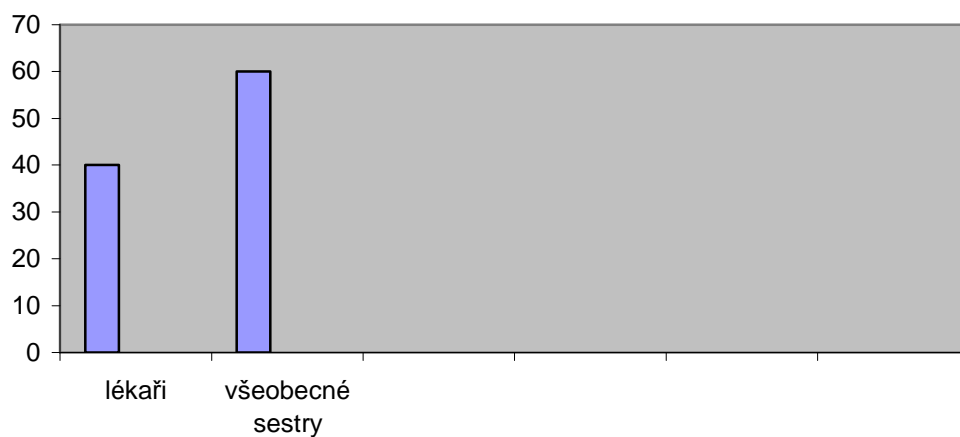
Graf č. 12 Zápis hodiny u akutního ošetření



Zápis o akutním ošetření obsahovalo 30 zkontrolovaných chorobopisů. 30 lékařských záznamů (100%) obsahovalo zápis hodiny. 15 všeobecných sester (50%) zápis hodiny provedlo a 15 (50%) ne.

Čitelnost zápisu

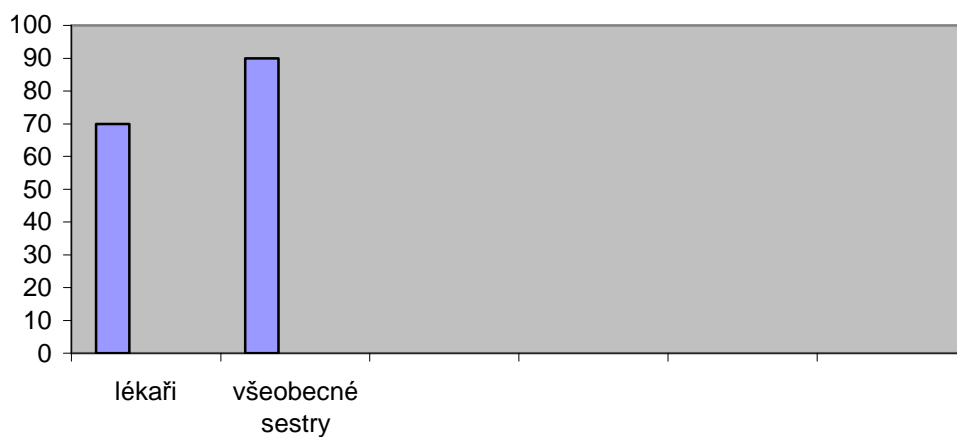
Graf č. 13 Čitelnost zápisu



Ze 100 zkontrolovaných (100%) záznamů lékařů bylo zcela čitelných pouze 40 (40%). Zápisy všeobecných sester byly čitelné v 60 (60%) případech.

Razítko a podpis

Graf č. 14 Razítko a podpis



Ze 100 zkontrolovaných chorobopisů (100%) obsahovalo 70 chorobopisů razítko i podpis lékaře a 90 chorobopisů obsahovalo razítko i podpis všeobecné sestry.

7. DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá problematikou správného vedení zdravotnické dokumentace. Pokouší se získat názor sester na dokumentaci, jejich znalosti ohledně vedení dokumentace a zhodnotit skutečný stav dokumentace. Prostředkem pro dosažení cílů práce je dotazník a systémová studie dokumentace. Celý výzkum probíhal v MN PRIVAMED a.s na pracovišti LDN.

Úvodní otázky se zabývají nejvyšším dosaženým vzděláním a délkou praxe ve zdravotnictví. Co se týče vzdělání, největší množství respondentů má středoškolské vzdělání (48,08%), jen o zlomek méně (42,30%) uvedlo středoškolské vzdělání se specializací. Nejvíce respondentů má praxi ve zdravotnictví nad 27 let (46,15%) a nebo 17 – 27 let (32,69%). Z toho plyne, že na LDN pracují převážně starší a zkušené všeobecné sestry se středoškolským vzděláním, s vyšším odborným nebo vysokoškolským je jich minimum.

Další otázky se již přímo týkaly vedení dokumentace. Otázka č. 3 se týká času stráveného vyplňováním dokumentace. Největší množství respondentů (44,23%) zvolilo odpověď 31 – 40 minut. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost 21 – 30 minut – tuto možnost zvolilo 25% respondentů. Otázka č. 4 řešila aktualizování a doplňování záznamů v dokumentaci. 80,76% respondentů aktualizuje záznamy průběžně během služby. Myslím, že tyto dvě otázky dokázaly, že všeobecné sestry považují dokumentaci za velmi důležitou a že se jí podle toho i věnují. A tím pádem je potvrzena hypotéza č. 1. Své výsledky této části výzkumu jsem mohla porovnat s výzkumem uveřejněným v časopise Sestra 2012. Autorka Mgr. Adéla Holubová se zaměřovala na postoj všeobecných sester k dokumentaci a ošetrovatelskému procesu. Domnívala se, že všeobecné sestry, které oslovila v dotazníku budou zaujímat negativní postoj k dokumentaci a nebudou s dokumentací, kterou používají spokojeny. Obě hypotézy se nepotvrdily. Myslím, že oba tyto výzkumy dokazují, že všeobecné sestry považují svoji dokumentaci za plnohodnotnou a nezbytnou součást svojí práce.

Zbývající otázky dotazníku slouží k potvrzení nebo vyvrácení hypotézy č. 2. Tedy zda všeobecné sestry vědí, jak správně svojí dokumentaci vést. Otázka č. 5 se zaměřuje na používání korekčních prostředků při opravách chyb. 48,08% respondentů odpovědělo, že korekční prostředky nepoužívá, ale záznam přeškrtně a provede opravu. 23,07% dotázaných

používá korekční pásku a nebo štítek a poté záznam opraví. Odpověď na otázku jaký psací prostředek používají respondenti k vedení dokumentace. Všichni respondenti používají propisovací tužky. 69,23% používá modrou barvu a 30,76% používá barevné propisovací tužky. Nutno podotknout, že 9 všeobecných sester, které označily odpověď „barevné propisovací tužky“ poznamenaly vedle otázky, že červenou barvu používají pro zvýraznění akutního ošetrovatelského zásahu. Otázka č. 7 se zabývá autorizací záznamu. U této otázky 100% respondentů odpovědělo, že správně autorizovaný záznam obsahuje datum, podpis a jmenovku autora. Zda všeobecné sestry vědí co je součástí dokumentace zjišťují otázky č. 8 a 9. 61,53% všeobecných sester správně identifikovala součásti své dokumentace. Fotodokumentaci zařazuje do dokumentace 63,46%. Fotodokumentace se týká i otázka č. 10. 76,39% respondentů se domnívá, že před pořízením fotodokumentace je nutný písemný souhlas klienta. Myslím, že jediný nedostatek ve znalostech vedení dokumentace mají všeobecné sestry v oblasti fotodokumentace. Konkrétně v nutnosti souhlasu. Pouze 15,38% dotázaných odpovědělo, že stačí ústní souhlas klienta. Další nedostatek, který ve znalostech všeobecných sester spatřuji je v používání korekčních prostředků. Domnívala jsem se, že více všeobecných sester bude vědět, že původní záznam musí zůstat čitelný. Jinak se domnívám, že všeobecné sestry prokázaly velmi kvalitní znalosti součástí dokumentace i problematiky vedení dokumentace. Za těmito znalosti stojí nejen každodenní pečlivá práce s dokumentací, ale i kvalitně zpracovaný standard, který je k dispozici na každém oddělení. Hypotéza č. 2 tedy byla potvrzena. Jako zajímavé doplnění této hypotézy jsem zařadila otázku o chybách ve vedení dokumentace. Nepřekvapilo mě, že za největší chybu všeobecné sestry považují nepřesné medicínské terminologie a vulgarismy. Nejméně závažnou chybou byly označeny škrty.

Souběžně s výzkumem pomocí dotazníku jsem na LDN prováděla obsahovou studii dokumentu. Obsahová studie se zaměřovala na srovnání zápisů lékařů a všeobecných sester. Hlavně na datum, zápis hodiny u akutního ošetření, čitelnost zápisů a na podpis a razítko. Z výsledků vyplynulo, že všichni bez výjimky správně zapisují celé datum (den ,měsíc i rok). U akutního ošetření všichni lékaři zapsali hodinu, ale všeobecné sestry provedly zápis hodiny pouze v 50%. Co se týká čitelnosti zápisu? Zápisy všeobecných sester byly čitelné v 60% a zápisy lékařů pouze ve 40%. Poslední hodnocenou oblastí byla oblast podpisu a razítka. Zápisy všeobecných sester obsahovaly razítko i podpis v 90% a u lékařů v 70%. Celkově zápisy všeobecných sester byly úhlednější, byly stručné a přesto měly velkou vypovídací hodnotu a dalo se v nich dobře orientovat. Hypotéza č. 3 tedy byla taktéž potvrzena.

Celkový dojem z výzkumu byl velmi kladný. Všeobecné sestry velmi ochotně vyplnily dotazníky. A vrchní sestra LDN Mgr. Eva Čermáková nejen, že dala svůj laskavý souhlas k provedení výzkumu, ale poskytla čas, prostor i potřebnou dokumentaci pro realizaci obsahové analýzy.

Jsem moc ráda, že výsledky mého výzkumného šetření dopadly dobře a že se ukázalo, že všeobecné sestry považují svojí dokumentaci za důležitou a nepostradatelnou součást práce a podle toho se jí věnují a zacházejí s ní.

ZÁVĚR

Úvodní kapitola je věnována zdravotnické dokumentaci jako takové. Popisuje její obsah a součásti. Hlavním bodem však jsou podkapitoly o zásadách vedení dokumentace a o chybách, kterých se všeobecné sestry nejčastěji dopouští. Dále následují podkapitoly věnované nakládání s dokumentací. Tato část práce zahrnuje informace o nahlížení a kontrolách dokumentace, uchovávání a skartaci dokumentace a také sankce za nesprávné zacházení s dokumentací. V další části jsou zařazeny krátké kapitoly o povinné mlčenlivosti, elektronické dokumentaci a fotodokumentaci, aby byl dotvořen celkový náhled na dokumentaci, jaká je v dnešní době. Závěr teoretické části je věnován ošetrovatelskému procesu a ošetrovatelské dokumentaci, která je požívaná na LDN v MN PRIVAMED a.s.

Praktická část obsahuje výzkumné šetření zaměřené na správné vedení dokumentace. Cílovou skupinou byly všeobecné sestry pracující na LDN v MN PRIVAMED a.s. Byly zkoumány tři aspekty, které se vztahují k dokumentaci všeobecných sester. Jako první je důležitost dokumentace pro jejich práci. Z výsledků vyplynulo, že všeobecné sestry považují dokumentaci za velmi důležitou a podle toho se jí také věnují. Další zkoumanou problematikou byly znalosti v oblasti vedení dokumentace. Výzkum prokázal, že všeobecné sestry mají velmi kvalitní znalosti ohledně vedení dokumentace a že jediným nedostatkem byly mezery v oblasti fotodokumentace. Posledním zkoumaným aspektem byly nedostatky v oblasti vedení dokumentace jako takové a porovnání zápisu všeobecných sester a lékařů. Obsahová studie dokumentu byla zaměřena na datum, zápis hodiny u akutního ošetření, čitelnost zápisu a podpis a razítko. Výzkum prokázal, že úroveň zápisu všeobecných sester je vyšší než u lékařů. Pouze u zápisu hodiny u akutního ošetření měli lékaři větší procento správných zápisů.

Problematika správného vedení zdravotnické dokumentace je velmi sledovaná a kontrolovaná. Výsledky tohoto výzkumu slouží hlavně vrchní sestře LDN v MN PRIVAMED a.s. jako jeden z podkladů pro detailnější výzkum a kontrolu vedení dokumentace. Zjištěné drobné nedostatky v oblasti fotodokumentace by mohly vést k doplnění současného standardu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. VONDRÁČEK, Lubomír; WIRTHOVÁ, Vlasta. *Sestra a její dokumentace*. 1. vydání . Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2763-9.
2. VONDÁČEK, Lubomír; WIRTHOVÁ, Vlasta. *Právní minimum pro sestry*. 1. vydání . Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3132-2.
3. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vydání . Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.
4. HOLUBOVÁ, Adéla; PÁLKOVÁ, Alena. Jak vnímají sestry ošetrovatelskou dokumentaci?. *Sestra*. 2012, **22**(1), 3. ISSN 1210-0404.
5. FRANTÁLOVÁ, Dana ; KOPECKÁ, Ester. Dokumentace nemusí být nutným zlem. *Sestra*. 2007, **17**(11), 1. ISSN 1210-0404.
6. KLÁNOVA, Markéta. Zdravotnická dokumentace. *Sestra*. 2009, **19**(6), 2. ISSN 1210-0404
7. BURIÁNEK, Jan. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. 1. vydání. Praha: Linde, 2005. 204 s. ISBN 80-7201-544-3.
8. ŠECLOVÁ, Simona. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 389 s. ISBN 80-247-0278-9.
9. VONDRÁČEK, Lubomír; LUDVÍK, Miloslav; NOVÁKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.
10. BÁRTLOVÁ, Sylva; SADÍLEK, Petr; TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-416-X.

11. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
12. HOLUBOVÁ, Adéla. Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče. *Sestra*. 2008. č. 1 s. 10-11. ISSN 1210-0404.
13. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. 160s. ISBN 978 – 80-7387-286-1
14. Standard pro vedení dokumentace. Plzeň: MN PRIVAMED a.s 2012
15. Zákon 372/2011 Sb. O zdravotních službách.
16. Vyhláška 98/2012 Sb. O zdravotnické dokumentaci.
17. Zákon 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů.
18. Zákon 499/204 Sb. O archivnictví a spisové službě.
19. Dokumentace MN PRIVAMED a.s.
20. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Vedení ošetrovatelské dokumentace*. [on line] 2008 dostupné z <http://www.cna.cz/vedeniosetrovatelske-dokumentace>

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Vzdělání

Graf č. 2 Délka praxe ve zdravotnictví

Graf č. 3 Čas potřebný k vyplnění ošetrovatelské dokumentace

Graf č. 4 Aktualizace záznamů

Graf č. 5 Použití korekčních záznamů

Graf č. 6 Používané psací prostředky

Graf č. 7 Správná autorizace záznamů

Graf č. 8 Součásti ošetrovatelské dokumentace

Graf č. 9 Fotodokumentace jako součást zdravotnické dokumentace

Graf č. 10 Souhlas s fotodokumentací

Graf č. 11 Datum

Graf č. 12 Zápis hodiny u akutního ošetření

Graf č. 13 Čitelnost zápisů

Graf č. 14 Razítko a podpis

PŘÍLOHA č. 1

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Eva Slepíčková a jsem studentka 3. ročníku Západočeské univerzity Fakulty zdravotnických studií. V této chvíli zpracovávám Bakalářskou práci na téma Význam správného vedení zdravotnické dokumentace. Součástí této práce je i výzkum jak sestry dokumentaci vnímají, jaký ji přikládají význam a jak se jí věnují. Proto si Vás dovoluji požádat o pomoc.

Vyplňte prosím tento dotazník, který je anonymní a je považovaný za důvěrný materiál, který bude použit pouze do mé bakalářské práce. - V dotazníku, prosím, zakroužkujte odpověď dle Vašeho názoru.

Děkuji za váš čas i ochotu.

Eva Slepíčková

1. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. Středoškolské
- b. Středoškolské se specializací
- c. Vyšší odborné
- d. Vysokoškolské

2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a/ do 5 let b/ 6 – 16 let c/ 17 – 27 let d/ nad 27 let

3. Jaký čas Vám zabere psaní ošetrovatelské dokumentace

- a/ 5 – 10 minut b) 11 – 20 minut c)/ 21 – 30 minut d/ 31 – 40 minut e/ nad 40 minut

4 . Kdy záznamy doplňujete a aktualizujete?

- a/ průběžně během služby b/ před předáváním služby c/ při předávání služby d/ po službě

5 . V případě, že uděláte chybu, používáte korekční prostředky (guma, bělicí pásky atd.)?

- a) gumu
- b) bělicí pásku
- c) štítek
- d) žádné
- e) záznam přeškrtnu

6. Jaký psací prostředek při vedení dokumentace používáte?

- a/ modrou propisovací tužku
- b/ obyčejnou tužku
- c/ barevné propisovací tužky

7. . Co je to „správná autorizace záznamu v dokumentaci“?

- a/ záznam opatřený datem, jmenovkou a podpisem
- b/ záznam opatřený datem a podpisem
- c/ záznam opatřený datem a jmenovkou

18, . Co je součástí ošetrovatelské dokumentace?

- a/ anamnéza, plán péče, stanovení diagnózy, předpokládané výkony, hodnocení péče, průběžné záznamy, propouštěcí nebo překládová zpráva s doporučením další péče
- b/ anamnéza, stanovení diagnózy, provedené výkony, hodnocení péče, propouštěcí nebo překládová zpráva
- c/ anamnéza, plán péče, stanovení diagnózy, fotodokumentace, hodnocení péče

9. . Fotodokumentace :

- a/ není součástí zdravotnické dokumentace
- b/ je součástí zdravotnické dokumentace

10. při pořizování fotodokumentace

- a-/ je před pořizováním nutný vyplněn písemný souhlas klienta
- b) stačí ústní souhlas klienta
- c) není potřeba souhlasu pacienta

11 Seřadte chyby ve vedení dokumentace od nejlehčí po nejzávažnější. (1 – 5, kdy 1-nejlehčí, 5-nejzávažnější

- a) škrty
- b) neautorizované záznamy
- c) slangové výrazy
- d) vulgarismy
- e) nepřesné medicínské formulace