



ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

Ošetrovatelská péče v chirurgii - cvičení

Podzim 2020

Pavel Kůřil

Zdravotnická dokumentace

- Základní záznam o poskytované zdravotní službě ve zdravotnickém zařízení (všechna zdravotnická zařízení jsou povinna ji vést)
- Aby současná zdravotní péče splňovala náročné požadavky na kvalitu, bezpečnost a efektivitu, musí být zdravotnická dokumentace optimalizována, standardizována a řádně a včasně dokumentována
- Základní nástroj evidence poskytované péče
- Důkaz prováděných činností (vykazování pro zdravotní pojišťovnu)
- Důkaz o vývoji zdravotního stavu pacienta v čase
- Studijní materiál (závěrečné práce, vývoj, výzkum)
- Vizitka zdravotního zařízení
- Bezpečnostní opatření (provádění legislativní bezpečnosti zdravotního zařízení i jejich zaměstnanců)
- Možnost posouzení lege artis
- Možnost zhodnotit rozsah informovanosti pacienta

Typy dokumentů v nemocnici

- ŘÍZENÁ DOKUMENTACE

- Legislativní požadavky
- Povinné dokumenty z technické normy (revize elektrických zařízení / přístrojů)
- Povinné dokumenty ze systému managementu kvality
 - ISO 9001, ISO 15189, akreditační standardy národní / mezinárodní pro nemocnice, ambulance, laboratoře, následnou péči
- Provozní dokumenty

Legislativa

- Zákon č. 372/2011 Sb. (novela - 147/2016 Sb.)
 - o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování § 52 - § 69
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách,
 - součástí zdr. dokumentace při poskytování specifických zdravotních služeb (např. asistovaná reprodukce či sterilizace).
- Vyhláška č. 98/2012 Sb.
 - o zdravotnické dokumentaci
- Vyhláška č. 102/2012 Sb.
 - o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové péče
- Zákon č. 95/2004 Sb. + Zákon č. 96/2004 Sb.
 - způsobilost k výkonu zdravotnického povolání
- Vyhláška č. 55/2011 Sb.
 - o činnostech zdravotnických pracovníků
- Vyhláška č. 306/2012 Sb. hygienické požadavky
- Resortní bezpečnostní cíle MZČR

Legislativa

- Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Zákon č. 117/2000 Sb., o návykových látkách
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích
- Vyhláška č. 11/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů - ve znění 268/2014 Sb.

Vedení zdravotnické dokumentace

- Systematicky – časová posloupnost, časové údaje
- Včas – záznam v reálném čase, zachování kontinuity
- Komplexně – lékařská, ošetrovatelská, psychologická, RHB aj.
- Srozumitelně – shodná/definovaná formální stránka
- Pravdivě
- Čitelně
- „Co není psáno, není uděláno...“

KONTINUITA PÉČE

- Přijetí pacienta k ústavní péči – zahájení hospitalizace
- Ukončení ústavní péče – překlad, či propuštění
- Podstatná změna zdravotního stavu - záznam
- Podání léčivého přípravku (LP)
- Změna dg.-léčebného a ošetrovatelského postupu
- Indikace k neodkladnému výkonu
- Realizace neodkladného výkonu
- Překlad pacienta v rámci oddělení, nemocnice nebo jiného ZZ
- Nežádoucí událost (typ, záznam, kořenová analýza, nápravné opatření)
- Úmrtí

Opravy x Zkratky

- Opravy
 - původní zápis škrtnout tak, aby zůstal původní zápis čitelný
 - nový zápis musí obsahovat časový údaj opravy, datum a podpis osoby provádějící opravu
 - nejčastější chybovost (korektory, škrtnání, obyčejné tužky)
- Zkratky
 - vytvoření seznamu používaných a povolených zkratk v daném ZZ
 - nepoužívat v preskripci léků, propouštěcí zprávě
 - nejčastější chybovost (UZ x UTZ, propouštěcí zprávy, slang)

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

- Standardní terminologie a klasifikační systémy ošetrovatelství vyjadřují a zviditelňují to, co sestry dělají v podobě ošetrovatelské dokumentace

JE NEDÍLNOU SOUČÁSTÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU A KOMPLETNÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

- Písemné
- Elektronické
- Grafické
- Jiné záznamy, které sestra pořídila o oš. péči u pacienta



05.11.2020

Ošetrovatelská dokumentace

MŮŽE BÝT STUDNICÍ VÝZNAMNÝCH INFORMACÍ

POZOR! V KAŽDÉ STUDNI MŮŽE BÝT ZKALENÁ VODA! VŽDY MYSLETE NA PRAMEN!

Dobré vedení ošetřovatelské dokumentace

- pomáhá chránit pacienty/klienty tím, že bude zajišťovat:

- standard ošetřovatelské péče;
- kontinuitu péče;
- lepší komunikaci a předávání informací mezi členy víceoborového zdravotnického týmu;
- přesný popis plánu péče a poskytované péče;
- možnost včas vyhledávat možné vznikající problémy, např. změnu stavu pacienta/klienta

Zákony v obecné rovině

- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění v § 67b ukládá zdravotnickým zařízením vést zdravotnickou dokumentaci (zákon nečiní rozdíl mezi zdravotnickou dokumentací sester a lékařů)
- zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

Právní předpis stanovuje, obsah

- osobní údaje nemocného v rozsahu nezbytném pro identifikaci nemocného a zjištění anamnézy
- informace o onemocnění nemocného, o průběhu a výsledku vyšetření a dalších významných okolnostech související se zdravotním stavem nemocného a s postupem při poskytování zdravotní péče

Specifické zákony

- Věstníku Ministerstva zdravotnictví
- z roku 1998
- částka 6 je jako metodické opatření vydána Konceptce ošetřovatelství
- je definovaná ošetřovatelská dokumentace jako součást zdravotnické dokumentace

Obsah ošetřovatelské dokumentace

Je specifický:

- formou
- obsahem
- strukturou
- a významem

K čemu slouží

Zdroj poskytnutí potřebných informací:

- o potřebách nemocných
- o cílech ošetrovatelské péče
- o péči samotné a jejich výsledcích
- **chronologický přehled o poskytnuté péči pacientovi**
- **nástroj pro hodnocení účinnosti či neúčinnosti různých ošetrovatelských zákroků**
- **jako doklad, že poskytovaná péče byla provedena lege artis**

Zdroj hodnověrných informací pro účely:

- právního vyšetřování,
- zdroj spolehlivých údajů, které mohou být použity pro ošetrovatelský výzkum,
- důležitá kontrola kvality ošetrovatelské péče
- jako doklad pro vyúčtování zdravotní péče

Hlavní význam oš. dokumentace

- **není prodlužovat čas** (který sestra věnuje administrativní práci)
- ale **usnadnit jí ošetrovatelskou péči** na tolik
- aby se **zaměřila na hlavní problémy pacienta** a **byla schopna tyto problémy rychle a účelně řešit**

Kritéria pro oš. dokumentaci

- musí vyhovovat potřebám oddělení
- jednoduchá
- přístupná
- kvalitní
- sloužit jako informační zdroj
- nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu (poskytování individuální péče)
- umožnit dokumentovat poskytovanou ošetrovatelskou péči
- poskytnout řadu významných informací, které si sestry potřebují mezi sebou předat
- součástí zdravotnické dokumentace

Tvorba formulářů

- musí vycházet z potřeb současného poskytování zdravotní péče
- s respektem na historický vývoj českého zdravotnictví, tradic a zvyklostí
- v souvislosti s novými poznatky

Při tvorbě je nutno respektovat

Formuláře:

- nesmí obsahovat nebo vést ke shromažďování údajů v rozporu s platnými předpisy
- musí shromažďovat pouze údaje potřebné k výkonu ošetrovatelské péče
- nesmí obsahovat údaje, které by mohly vést k diskriminaci některých skupin nemocných
- nemá vést k duplicitě získaných údajů
- vyplňování má být co nejjednodušší
- označení formuláře musí odpovídat jeho obsahu

Při tvorbě formuláře oš. péče je

- brát v úvahu čas, který bude potřebný k jeho řádnému vyplnění a zhodnotit, zda je reálně vyplnitelný
- je nutné pomýšlet také na to, že i tato část dokumentace bude sloužit jako podkladový materiálů při kolizních jednání
- je nutné upozornit na skutečnost, že nedostatečně vyplněné tiskopisy jsou hodnoceny negativně
- je třeba zabránit jakékoli újmě na svých právech (zákon č. 101/2000 Sb.)

Formy oš. dokumentace

- neexistuje jednotná předloha
- je tvořena komplexním souborem různých předtištěných záznamů a dohromady vytvářejí celkový informační soubor o jednotlivém nemocném
- jednotlivé části mohou tvořit: identifikační údaje, záznam o laboratorních vyšetření o terapii, rehabilitaci, ošetrovatelská péče včetně anamnézy, diagnózy, plány péče, hodnocení

Zásady správné dokumentace

- neměla by být příliš obsáhlá
- srozumitelné
- úplné
- snadno dostupné
- stručné
- čitelné
- bez zbytečných zkratk
- všechny záznamy by měly obsahovat datum, čas a podpis sestry, která zápis provedla

Manipulace s dokumentací

- Uchovávání
- Období, po něž se vyžaduje, aby záznamy pacientů/klientů byly uchovávány, závisí na platné legislativě.
- Je vhodné, aby mělo zařízení vypracované směrnice s uvedením požadavků na uchovávání veškerých záznamů, které je nutno dodržovat.

Vlastnictví záznamů

- organizace jsou právními vlastníky této dokumentace
- to neznamená, že kdokoliv v organizaci má automaticky právo na přístup k této dokumentaci nebo v ní obsažených informacím
- povinností chránit důvěrnost dokumentace pacienta/klienta na základě zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů
- Zdravotní dokumentace patří organizaci, ale informace v ní obsažené jsou důvěrné a měly by být poskytovány dokonce i pracovníkům této organizace pouze se souhlasem pacienta/klienta.

Výzkum, výuka a přístup

- **Záznamy pacienta/klienta mohou být použity:**
 - ✓ pro výzkumné účely
 - ✓ při výuce
 - ✓ a při klinickém dohledu pouze dle pravidel etické komise a její použití by mělo být schváleno místní etickou komisí
- Platí zde stejné principy pro přístup a důvěrnost a mělo by být respektováno právo pacienta/klienta odmítnout přístup k jeho záznamům.
- V případě, že je záznamů k těmto účelům použito, musí být v dokumentaci písemný souhlas pacienta/klienta.

Hlášení sester

- je formální stránkou a vizitkou oddělení

vhodnou formou upravuje:

- předávání návykových látek, nástrojů, přístrojů

poskytuje důležité informace:

- o nemocných
- a chodu oddělení

Formuláře pro tvorbu oš. dokumentace

Požadavky:

- praktické s jednoduchou manipulací
- formát by měl odpovídat ostatním dokumentům
- odpovídá konkrétním podmínkám pracoviště
- všichni členové zdravotnického týmu se musí dohodnout, jak a kam se budou jednotlivé informace zaznamenávat

Další formuláře

- liší se dle druhu zařízení a péče
- připojují se k základní dokumentaci
- **jedná se o:**
 - Převzetí svršků pacienta
 - Informované souhlasy
 - Úschova cenností
 - Záznamy o různých ošetrovatelských testech (měření soběstačnosti, bolesti, rizika dekubitů, psychického stavu)
 - Záznam o příjmu a výdeji tekutin
 - Záznam o dietě
 - Záznam diabetika
 - Záznam o perioperační péči
 - Záznam laboratorních výsledků
 - Záznam o poskytování informací a o edukaci,.....

Nesouhlas s oš. výkonem

- zákon č. 20/1966 Sb., § 23 odst. 2 stanovuje, že odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si o tom ošetřující lékař písemné prohlášení (negativní revers)

Poučení nemocného o možnosti úschovy cenností

- povinnost o poučení je uložena setře
- možné je tuto skutečnost řešit pomocí předtištěných formulářů, které nemocný podepíše při příjmu nebo je možné do zdr. dokumentace provést otisk razítka tohoto poučení
- součástí poučení je nejen datum a podpis nemocného, ale i sestry

Vlastní úschova cenností

- provádí se soupis všech pacientových cenností (co chce uschovat)
- u šperků je nutno uvést případné poškození
- popis šperků (žlutý a bílý kov)
- u hodinek a jiných elektronických vybavení je nutnou při úschově uvést značku a zda je funkční
- peněžní částku je vhodné vypsát počet jednotlivých bankovek
- za posledním zápisem udělat zámezku

Doklad o převzetí šatů

- v písemné podobě nebo na předtištěný formulář v průpisu
- s čitelným vyplněním a popisem svršků
- po vrácení svršků je formulář založen do chorobopisu nebo zůstává v bloku uloženém u staniční sestry

Formalizace záznamů

- neměly by znamenat pro sestru překážku v práci
- neměly by izolovat činnost od poskytované péče o pacienta
- snaha o formalizaci ošetrovatelských záznamů
- šetří čas

Nejčastější chyby

Ošetrovatelské diagnózy:

- nevystihují stav pacienta při přijetí
- nevypovídají o změně zdravotního stavu pacienta
- se automaticky přepisují i po odeznění problémů
- nejsou seřazeny dle naléhavosti a závažnosti
- chybí plány ošetrovatelské péče
- nedostatečné hodnocení efektivity poskytované ošetrovatelské péče
- nesoulad ošetrovatelských a lékařských záznamů
- neadekvátní edukace
- nedostatky v hodnocení bolesti
- zbytečná duplicita záznamů
- nečitelnost zápisů

Kontrola ošetrovateľskej dokumentácie

- je v kompetencii vrchní, staniční sestry a primáre
- probíhá kontrola nejen formální, ale i obsahové stránky vedení oš. dokumentace
- na základě přijatých výsledků kontroly přijímat potřebná opatření
- je nutný zápis nejen termíny kontrol, ale také zápis o provedené kontrole

Ochrana osobních dat uvedených v oš. dokumentaci

- Zákon č. 101/2000 Sb., ochraně osobních údajů, v § 13 stanovuje, že správce a zpracovatel osobních údajů jsou povinni přijmout taková opatření, aby **nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, jejich záměně, zničení, ztrátě, jakož i zneužití osobních údajů**
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění v § 55 odst. 2 písmen. d) ukládá zdravotníkům **povinnost zachovávat mlčenlivost** o skutečnostech, o kterých se dověděli v souvislosti s výkonem svého povolání

Provozní dokumentace

- dle zvyklostí oddělení a nemocnice
- slouží ke komunikaci mezi vedením a sestrami

Patří zde:

- Kniha vzkazů
- Kniha evidence návykových látek
- Inventarizace a právní odpovědnost za přístroje a pomůcky
- Evidence správné funkčnosti přístrojů
- Evidence úrazů a jejich ošetření
- Kniha závad
- Evakuační plán – krizové situace
- Telefonní seznam pracovníků a pověřených pracovníků
- Identifikace nemocného a zařazení do rizikové skupiny

Knihovna vzkazů

- obsahuje informace spojené s provozem oddělení

Zapisují se sem:

- veškeré mimořádné události, vzniklé na oddělení, jejich odstranění a argumenty, které mohou sloužit k obhajobě sester

Přístup k této knize mají:

- sestry na oddělení
- staniční sestra
- vrchní a hlavní sestra

Evidence návykových látek

obsahuje informace o správném:

- objednávání
- evidenci
- a stávajícím stavu látek na oddělení

Do této knihy sestra zapisují:

- komu
- a kolik bylo návykové látky podáno.

Kontrolu tohoto dokumentu provádí:

- vedoucí pracovníci

Návykové látky

- dokumentace se týká objednávání, uchovávání a záznam o aplikaci
- knihy musí mít číslované stránky
- zápis se provádí nejen každého přírůstku, ale i každého úbytku návykové látky

Užívání razítek

- povinnost chránit před zneužitím
- potřeba razítek se řídí potřebami (dle vlastního návrhu) daných zdravotnických zařízení a oddělení
- nepodléhají evidenci
- jejich užívání musí schválit primář oddělení a vrchní sestra po dohodě s hlavní sestrou

Nežádoucí příhoda při hospitalizaci

- nežádoucí příhoda = nechtěná událost, vzniká došlo-li k poškození zdraví pacienta, nadměrné požití alkoholu, vzájemné napadení pacientů
- patří zde také ztráta nebo poškození osobních věcí, ztráta peněz
- záznam může mít formu volného záznamu nebo zápisu do formuláře
- obsah: identifikační údaje zdr. zařízení, identifikační údaje nemocného, datum, čas, místo a kde k nežádoucí příhodě došlo, zavinění jinou osobou, dále kdy a koho sestra informovala, kdo nežádoucí příhodu projednal s nemocným, kdo bude informovat rodinu, opatření k nápravě)
- musí být vždy proveden zápis
- záznam je věcný, stručný a s co největší vypovídající hodnotou
- musí být sepsán bezprostředně po vzniku příhody a je součástí zdr. dokumentace

Ostatní zdravotnická dokumentace

- rozumíme veškerou papírovou i elektronickou dokumentaci o hospitalizaci nemocného

Obsahuje:

- základní údaje o pacientovi (údaje anamnestické získané od pacienta, doprovodu, jiných zdravotnických pracovníků)
- údaje o jeho konkrétním onemocnění, o průběhu léčení
- všechny další rozhodující okolnosti, které souvisejí s pacientem nebo jeho zdravotním stavem

Základní dokumentace:

- chorobopis pacienta
- záznam o hospitalizaci
- obrazové a zvukové záznamy
- další záznamy z vyšetření

§ 67b zákona č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu

Zdravotnická dokumentace obsahuje:

- osobní údaje jsou v nezbytném rozsahu pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy
- obsahuje informace: o onemocnění, průběhu a výsledků vyšetření, léčení,....
- další samostatné části dokumentace musí obsahovat osobní údaje
- zápisy musí být vedeny čitelně, průkazně a pravdivě,...
- může být vedena na záznamovém nosiči ve textovém nebo grafickém nebo audiovizuálním

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění v § 23 odst. 1 stanovuje povinnost lékaře poučit vhodným způsobem nemocného, popř. členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování preventivní péče
- zákon nestanovuje konkrétní způsob, jak má být nemocný poučen, ale v žádném případě z uvedeného nelze odvodit povinnost nechat nahlížet nemocného, popř. členy rodiny do zdravotnické dokumentace, aby byli dostatečně informováni

Kdo do zdr. dokumentace smí nahlížet

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění v § 67b odst. 10

- lékaři, všeobecné sestry, RHB pracovníci, lékárníci, kliničtí psychologové a logopedové
- pověření členové příslušné komory při řešení případů podléhajících disciplinární pravomoci příslušné komory
- revizní lékaři zdravotních pojišťoven v rozsahu daném zvláštním právním předpisem
- soudní znalci v oboru zdravotnictví v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku zadaného orgány činnými v trestním řízení nebo soudy
- lékaři správních úřadů ve zdravotnictví pověřeni vyřizování konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení, a to v rozsahu vyplývající ze stížností, návrhu na přezkoumání nebo podnětu ve právním řízení
- lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost v rozsahu stanoveném zvláštním předpisem
- členové znaleckých komisí
- pověření pracovníci ochrany orgánu veřejného zdraví
- lékaři orgánů sociálního zabezpečení při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pro účely stanovení dávek a služeb sociálního zabezpečení, důchodové pojištění
- lékaři úřadu práce pro účely zaměstnanosti

Kdo do zdr. dokumentace smí nahlížet

- Lékaři okresních úřadů, zaměstnanci státu v organizační složce státu (zpracování osobních údajů a informací o zdravotním stavu obyvatelstva)

- **V uvedeném paragrafu, kde je uveden výčet lidí, kteří smějí nahlížet do dokumentace, nejsou uvedeni ani samotní nemocní a ani jejich rodinní příslušníci.**

Nahlížení do dokumentace studenty

- zvláštní postup je stanoven u osob, které získávají ve zdravotnickém zařízení způsobilost k výkonu zdravotnického povolání
- **mezi ně patří:** studenti lékařských fakult, žáci SZŠ, lékaři, kliničtí psychologové, a kliničtí logopedi na postgraduálním školení (zákon č. 20/1966 Sb., § 67b odst. 11)
- součástí dokumentace je nutný písemný souhlas nemocného

Sankce za neoprávněné nakládání s osobními údaji

- v § 178 odst. 1 trestního zákona je stanoveno, že ten, kdo byť z nedbalosti, neoprávněně sdělí, zpřístupní, jinak zpracovává nebo si přisvojí osobní údaje o jiném, shromážděné v souvislosti s výkonem veřejné správy, bude potrestán odnětím svobody až na 3 léta nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem
- V odst. 2 uvedeného paragrafu je pak stanoveno, že stejně bude potrestán ten, kdo osobní údaje o jiném, získané v souvislosti s výkonem svého povolání, zaměstnání nebo funkce, byť i z nedbalosti sdělí, nebo zpřístupní, a tím poruší právním předpisem stanovenou povinnou mlčenlivost

Podávání informací o nemocném

- dodržování zákonem stanovené povinné mlčenlivosti
- mlčenlivost se vztahuje na všechny údaje, o kterých se zdr. pracovník dozvěděl v souvislosti s poskytováním péče
- je nutno zjistit komu lze informace o zdravotním stavu poskytnout

Archivace a skartace oš. dokumentace

- zákon č. 97/1974 Sb., o archivnictví, v platném znění, upravuje ukládání i skartování písemností
- co se rozumí písemností: každý písemný, obrazový, zvukový nebo jiný záznam
- archivovat se musí: chorobopisy, ambulantní karty a jejich obsah, RTG snímky, sono snímky, EKG, EMG, EEG záznamy z výpočetní techniky i záznamy provedené přístroji

Z hlediska skartace se písemnosti dělí

- **Písemnosti „A“** - jsou ty, které mají důležitost z hlediska ekonomického, právního, historického, sociálního a kulturního, ukládají se do Státního ústředního archivu
- **Písemnosti „V“** - jsou písemnosti, které se po uplynutí skartační doby odborně posouzeny a vybrané uloženy do Státního ústředního archivu, ostatní jsou skartovány
- **Písemnosti „S“** jsou po uplynutí skartační doby zničeny

Délka archivace

- Chorobopisy a jejich obsah 100 let
- Ambulantní karty a jejich obsah 100 let
- Provozní deníky a denní záznamy 5 let
- Recepty na léky 10 let
- Poukazy na ortopedické pomůcky 10 let
- Záznamy o spotřebě návykových látek 5 let
- Hlášení o přijetí a propouštění nemocného 5 let
- Denní hlášení o počtu pacientů 5 let
- Záznamy o sterilizaci 3 roky
- RTG a kopie nálezu (od posledního vyšetření) 3 roky
- Operační a anesteziologická kniha se uchovávají ve Státním ústředním archivu