

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Vliv auditu ošetrovatelské dokumentace na kvalitu vedení
ošetrovatelské dokumentace**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Ing. Iva Brabcová

2007

Autor:
Eva Macháčková

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Vliv auditu ošetrovatelské dokumentace na kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace, vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne.....

.....

Podpis studentky

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat mé vedoucí bakalářské práce Ing. Ivě Brabcové za ochotu, trpělivost a nekonečný optimismus, kterým mě povzbuzovala při psaní bakalářské práce. Poděkování patří i mojí rodině, která mi dodávala sílu a odvahu jít dál.

Abstract

The keeping of nursing documentation is an inseparable part of the work of a nurse. It is an instrument of professional practice, which is intended to support the process of care. The quality of the keeping of the nursing documentation is a reflection of the level of professional practice. The nursing documentation is an invaluable manner of supporting communication within the framework of the health care team and between the health workers and their patients/clients. Well kept nursing documentation is thus the product of good teamwork.

An audit is one of the parts of the management process and its final aim is to increase the keeping of the nursing documentation. During an audit of the kept documentation areas are identified where it is intended to ensure the improvement and education of the staff.

The theoretical part the work also includes chapters related to the given problems that is the nursing aim, the nursing process, the nursing documentation, the quality of nursing care and the nursing audit.

In the research part I deal with the influence of the audit of the nursing documentation on the quality of the keeping of the nursing documentation. The aim of my research is to ascertain the influence of the audit of the nursing documentation on the quality of keeping of the nursing documentation to ascertain meaning of nurses on the influence of the audit of the nursing documentation into professional practice. During the research my first hypothesis that the audit of the nursing is increased the quality of the keeping of the nursing documentation, was confirmed.

The second hypothesis, that the nurses values the audit of the nursing documetation as an effectual instrument to increase the quality of the keeping of the nursing documentation was confirmed.

The third hypothesis, that the nurses values the audit of the nursing documetation as an effectual instrument to increase the quality of the nursing care, was not confirmed. In order to obtain the required data to accomplish the aims and answer the hypothesis of quantitative research I used a method of auditing and an enquiry method using questionnaires. The research sample made up 50 (100%) of the examination

documentation from five selected wards of Pelhřimov Hospital. The body of research in the case of the questionnaires was made by the nurses, working in the wards, where the audit of the nursing documentation was carried out. In total 46 of the nurses (100%) from all the assigned clinics took part in the survey.

The results of the research were placed at the disposal of the administration of Pelhřimov Hospital, as a pilot study for the creation of their own complex standard and audit of the nursing documentation.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav.....	5
1.1 Ošetřovatelství	5
1.1.1 Charakteristické rysy ošetřovatelství.....	5
1.1.2 Moderní trendy v ošetřovatelství	5
1.2 Ošetřovatelský proces	6
1.2.1 Fáze ošetřovatelského procesu	6
1.2.2 Význam ošetřovatelského procesu	8
1.3 Zdravotnická dokumentace	8
1.3.1 Ošetřovatelská dokumentace	9
1.3.2 Význam ošetřovatelské dokumentace	9
1.3.3 Obsah ošetřovatelské dokumentace	9
1.3.4 Záznamy v ošetřovatelské dokumentaci	11
1.3.4.1 Komponenty ošetřovatelské dokumentace	11
1.3.5 Legislativní prameny.....	12
1.3.5.1 Kompetentní osoby k záznamu do ošetřovatelské dokumentace.....	12
1.3.6 Nahlížení do zdravotnické dokumentace.....	13
1.3.7 Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků.....	14
1.3.8 Nedostatky při vedení, zavádění ošetřovatelské dokumentace	14
1.3.9 Pochybení a omyly – perspektiva sester	14
1.3.10 Archivace a skartace ošetřovatelské dokumentace	15
1.4 Ošetřovatelská péče	17
1.4.1 Systém skupinové péče	17
1.4.2 Systém primárních sester	17
1.4.3 Řízení ošetřovatelské péče	18
1.5 Kvalita ošetřovatelské péče	18
1.5.1 Kvalita.....	19
1.5.1.1 Cíle kvality	19
1.5.2 Systémy řízení a zajišťování kvality	19
1.5.3 Ošetřovatelské standardy.....	19
1.5.4 Obsah standardu.....	20
1.5.5 Význam a závaznost ošetřovatelských standardů	21
1.6 Audit.....	21
1.6.1 Typy auditů	22
1.6.2 Odborná způsobilost auditora	23
1.6.3 Řízení programu auditu	24
1.6.4 Kvalita a audit kvality.....	24
2. Cíle a hypotézy	25
2.1 Cíle práce.....	25
2.2 Hypotézy.....	25
3. Metodika	26

3.1	<i>Popis metodiky</i>	26
3.1.1	<i>Audit</i>	26
3.1.2	<i>Anketa</i>	27
3.2	<i>Charakteristika výzkumného vzorku</i>	27
3.2.1	<i>Audit</i>	27
3.2.2	<i>Anketa</i>	27
4.	Výsledky	28
4.1	<i>Výsledky jednotlivých kritérií auditu</i>	28
4.2	<i>Celkové výsledky dle jednotlivých oddělení</i>	52
4.3	<i>Výsledky ankety</i>	64
5.	Diskuse	71
6.	Závěr	80
7.	Použitá literatura	82
8.	Klíčová slova	85
9.	Přílohy	86
9.1	<i>Seznam příloh</i>	86

Úvod

Bakalářskou práci na téma „Vliv auditu ošetrovatelské dokumentace na kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace“ jsem si vybrala, protože dokumentování péče plánované i poskytnuté patří k práci sestry a stejně jako práce s lidmi by měla být i dokumentace sestrami vedena řádně a zodpovědně. Jen řádně vedená kvalitní ošetrovatelská dokumentace může naplnit požadavky, které jsou v nynější době stanoveny Vyhláškou 365/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, Ministerstva zdravotnictví, která stanovuje podmínky, přesného vedení, komponenty ošetrovatelské dokumentace a kompetentní osoby, které mohou do ošetrovatelské dokumentace nahlížet, aj... Ošetrovatelská dokumentace se touto vyhláškou dostala do popředí a podvědomí pacientů/klientů, protože dosud byla ošetrovatelská dokumentace podceňována a nyní musí být řádně vedena a stala se tím neoddělitelnou součástí zdravotnické dokumentace. Proto je nutné, aby ošetrovatelská dokumentace zvyšovala kvalitu vedení a aby personál byl informovaný o řádném vedení ošetrovatelské dokumentace.

Nástroj kontroly kvality ošetrovatelské dokumentace je metoda auditu, která ukazuje na „slabá místa“ v řádném vedení ošetrovatelské dokumentace. Samotný audit však pomáhá chyby vedení pouze odhalit, po provedeném auditu je vždy nutné vypracovat nápravná opatření, která budou kontrolována dalším auditem. Takovýto postup je zpracovaný v této bakalářské práci s názvem: „Vliv auditu ošetrovatelské dokumentace na kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace.“ Kontrola kvality formou auditu pro mě byla neznámou oblastí, ale o to více lákavou, protože jsem neměla možnost setkat se s ním při praktické výuce; vždy jsem o metodě auditu slyšela jen v teorii.

Cílem mé práce je zjistit vliv auditu ošetrovatelské dokumentace na kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace a názor sester na vliv auditu ošetrovatelské dokumentace v ošetrovatelské praxi. V teoretické části jsem uvedla kapitoly, které souvisejí s problematikou bakalářské práce patří mezi ně ošetrovatelství a jeho cíle, ošetrovatelský proces, ošetrovatelská dokumentace, ošetrovatelská péče, kvalita ošetrovatelské péče a ošetrovatelský audit.

Výsledky výzkumu budou poskytnuty Nemocnici Pelhřimov, p.o. jako návrh „Jednotného vedení ošetrovatelské dokumentace“ a pilotní studie realizace auditu ošetrovatelské dokumentace v praxi.

1. Současný stav

1.1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství je utvářející se vědní disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a duševních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. (5)

Ošetřovatelství je zaměřeno na udržování a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka a zajišťování klidného umírání a smrti. (27)

Pro celostní splnění je nutná spolupráce a komunikace se všemi zdravotnickými, sociálními zařízeními, se zařízeními ambulantní péče, edukačními centry a rehabilitačními centry. (29)

Hlavním cílem ošetřovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby vzniklé či pozměněné onemocněním. (27)

1.1.1 Charakteristické rysy ošetřovatelství

Ošetřovatelská péče je založena na vědeckých poznacích. (27)

Ošetřovatelství vychází z celostního přístupu k člověku, jeho rodině a komunitě (tj. přírodního a společenského prostředí, ve kterém člověk žije). Poskytuje péči o zdraví v přímém kontaktu s jednotlivci nebo skupinami lidí, kteří tuto péči potřebují. Podílí se na snižování nákladů a zvyšování výkonnosti systému péče o zdraví obyvatelstva tím, že zlepšuje znalosti obyvatel v oblasti péče o zdraví a v tomto zájmu mění jejich postoje. Zlepšuje soběstačnost a péči o sebe sama u jednotlivců, rodin a komunit. Snižuje úmrtnost a komplikace, kterým lze edukací obyvatel a preventivními opatřeními předejít. (30)

1.1.2 Moderní trendy v ošetřovatelství

Základním principem moderního ošetřovatelství je zapojení pacienta/klienta do rozhodování a činností, které ovlivňují jeho zdraví. Takový přístup vytváří mezi sestrou a pacientem/klientem partnerský vztah. Dalším principem je transformovat způsob vzdělávání sester a zavádět do praxe ošetřovatelský proces provázený sesterskou dokumentací, jež je nepostradatelnou součástí kvalitní péče o člověka zdravého

i nemocného. Dále stanovit ošetřovatelské standardy, nezbytné pro kvalitní ošetřovatelskou péči. (18)

1.2 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je systematický přístup k poskytování ošetřovatelské péče. Slovo proces znamená sled činností a kroků, které provádí sestra v rámci ošetřovatelské péče o pacienta/klienta. V řadě zdravotnických institucí na území České republiky bylo zahájeno zavádění ošetřovatelského procesu a ošetřovatelské dokumentace, do níž jsou výstupy jednotlivých kroků této metodiky zaznamenávány. (9, 18)

Ošetřovatelský proces je zaměřen na uspokojování individuálních potřeb pacienta/klienta. Zlepšuje kontinuitu poskytované ošetřovatelské péče, umožňuje holistický přístup a povzbuzuje pacienty/klienty k aktivní účasti a zájmu na vlastní péči. Sestrám umožňuje vidět výsledky práce, mohou je hodnotit, a tak zvyšovat i kvalitu poskytované ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský proces je příležitostí k neustálému vzdělávání sester, čímž pomáhá zlepšit poskytovanou ošetřovatelskou péči na úrovni nejnovějších poznatků a metod. Pomáhá sestrám zdůvodnit ošetřovatelské činnosti. Dokumentuje informace pro další členy personálu, aby byla zabezpečena účinnost a intervence zúčastněných. (18, 9, 14)

1.2.1 Fáze ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces se skládá se z pěti fází: posouzení informací od pacienta/klienta, stanovení ošetřovatelských diagnóz, plánování péče, realizace ošetřovatelského plánu a zhodnocení péče stavu pacienta/klienta. (14, 16, 18)

Úkolem fáze posuzování je pomocí rozhovoru a fyzikálního vyšetření zjistit stav individuálních potřeb klienta/pacienta, rodiny nebo komunity. Posouzení se vždy orientuje na biologické, psychosociální, kulturní a duchovní potřeby pacienta/klienta. Pokud některá z lidských potřeb pacienta/klienta není ve funkční podobě odpovídající jeho věku, vývoji a kultuře, je dysfunkční a hovoříme o ošetřovatelském problému. Ošetřovatelský problém je standardně označen názvem ošetřovatelské diagnózy s kódem. Nalezené diagnostické prvky je nutné dokumentovat do speciálního formuláře, který je součástí ošetřovatelské dokumentace. (9, 14, 18)

Úkolem ošetrovateľskej diagnostiky je identifikovať ošetrovateľské problémy pacientů/klientů. Po získaní všetkých potrebných informácií od klienta/pacienta, jeho rodiny či zákonných zástupců a pokiaľ nie sú pacientovi/klientovi vitálne funkcie akútne ohrozené, sestera komplexne posoudí stav pacienta/klienta a provede diferenciálnu ošetrovateľskú diagnostiku. Posouzení a stanovení diagnostického závěru by mělo proběhnout maximálně do 48 hodin od přijetí pacienta/klienta do zdravotnického zařízení. Dle potřeby pak tuto fázi provádí sestera opakovaně. (9, 14, 16)

Jakmile je zjištěn ošetrovateľský problém, určujú sa diagnózy (podle potreb pacienta/klienta), ktorým sa budú sestry venovať. Sestera vytvorí pro pacienta/klienta individuálny plán ošetrovateľskej péče, ktorý má za úkol uspokojovať potreby v oblasti bio-psycho-sociálnu a duševnú. Plán ošetrovateľskej péče je súčasťou ošetrovateľskej dokumentácie. (14, 9)

V praxi rozlišujeme různé druhy ošetrovateľských plánů. Mezi nejzákladnější ošetrovateľské plány patří: dlouhodobé, střednědobé, krátkodobé, standardní, vstupní a průběžné. V ošetrovateľské dokumentaci by mělo být vždy zachováno pravidlo dokumentování důležitých položek, mezi které patří: rozpoznání ošetrovateľské diagnózy s číselným kódem, očekávané ošetrovateľské cíle, plánované ošetrovateľské činnosti nebo intervence a data pro vyhodnocení dílčích a finálních výsledků poskytované péče. Ošetrovateľský plán by měl být konstruován tak, aby bylo možné jeho obsah podle výsledků hodnocení měnit a doplňovat. (9)

Fáze realizace ošetrovateľského procesu je poskytovaná cílená individuální ošetrovateľská péče, za kterou je sestera přímo odpovědná. Uskutečňování plánu v praxi, znamená naplňování následujících kroků: pokračování ve sběru informací o pacientovi/klientovi, provádění ošetrovateľské intervence a činností, monitorování zdravotního stavu pacienta/klienta a jeho reakcí na ošetrovateľské intervence. (14)

Péče by měla vést k prevenci vzniku dalších ošetrovateľských problémů, k odstraňování problémů nebo minimálně ke snížení intenzity problémů. Při poskytování péče sestry současně plní medicínské ordinace a spolupracují s lékaři a dalšími odborníky zdravotnického týmu. (9)

Posledním krokem metody ošetrovatelského procesu je vyhodnocování účinnosti (efektu) péče, která byla v návaznosti na posouzení a diferenciální diagnostiku stavu potřeb daného pacienta/klienta naplánována. Sestry hodnotí vykonanou ošetrovatelskou péči a porovnávají vytyčené cíle se skutečným stavem pacienta/klienta. Tím lze potvrdit nebo najít jinou strategii ošetrovatelské péče a zajistit tím kontinuitu kvality ošetrovatelské péče. Dílčí vyhodnocování je vhodné provádět opakovaně ke konkrétně stanoveným datům. Většinou však probíhají průběžně po celou dobu hospitalizace pacienta/klienta. (9, 16)

1.2.2 Význam ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je základem pro poskytování individualizované vstřícné ošetrovatelské péče. Vede ke zlepšování kvality a efektivity různých metod a technik použitých při ošetrování pacientů/klientů. Sestry mají informace o pacientovi/klientovi, a tím dochází k navazování partnerského vztahu mezi sestrou a pacientem/klientem. Je to nezbytné proto, aby sestra pacienta/klienta nechápala jen jako „diagnózu“, ale aby to pro ni byl člověk se svými individuálními problémy a trápeními. Ošetrovatelský proces zvyšuje profesní pravomoc a tvořivost sester a přináší jim lepší pocit pracovní spokojenosti a seberealizace. Umožňuje každému, kdo o pacienta/klienta pečuje, vyšší stupeň samostatnosti a řízení vlastní práce. Každý člen ošetrovatelského týmu vidí efekt své konkrétní práce v individualizované péči: neplní jen pasivně pracovní povinnosti, ordinace lékaře atd. Všechny složky ošetrovatelské péče jsou zcela adresné, každý člen ošetrovatelského týmu nese konkrétní odpovědnost za část péče, kterou je povinen u daného pacienta/klienta zajistit. Plánovaná a cílevědomá individualizovaná péče přináší mnohem více prospěchu u chronicky nemocných pacientů/klientů, u pacientů/klientů, u nichž nelze očekávat vyléčení. U pacientů/klientů, s nimiž se obtížně spolupracuje, pomáhá ošetrovatelský proces snáze pochopit příčiny jejich chování a najít vhodný způsob, jak k nim přistupovat. (9)

1.3 Zdravotnická dokumentace

Pod pojmem zdravotnická dokumentace rozumíme souhrn dokumentů, kde jsou uvedeny všechny záznamy o onemocnění pacienta/klienta, o průběhu a výsledcích vyšetřování, léčení a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním

stavem pacienta/klienta a s postupy při poskytování zdravotní (tj. lékařské i ošetrovatelské) péče. (28)

1.3.1 Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace a obsahuje systematický soubor plánovaných i neplánovaných záznamů o činnostech vykonaných ve prospěch zdraví pacienta/klienta sestrou a ostatními členy ošetrovatelského týmu, kteří pod vedením sestry pracují. Vedení záznamu může efektivním způsobem ovlivňovat ošetrovatelskou praxi. (7, 13)

1.3.2 Význam ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace usnadňuje zajišťování kvalitní a kontinuální ošetrovatelské péče o pacienty/klienty. Samozřejmostí při vedení ošetrovatelské dokumentace je i přesný záznam vývoje zdravotního stavu pacienta/klienta a výsledky vyšetření u pacienta/klienta. Důležitým cílem je poskytování informací ostatním členům zdravotnického týmu. Dobrá informovanost vede k všestrannému uspokojování potřeb pacienta/klienta. Dobré a efektivní hodnocení umožňuje, aby ošetrovatelská péče reagovala na všechny potřeby pacienta/klienta. Poskytuje kritéria pro hodnocení péče (zlepšování kvality) a pro klasifikaci nemocných. Hlavním účelem ošetrovatelské dokumentace je výpověď o fyzickém, emocionálním, sociálním i duševním stavu pacienta/klienta, jeho reakci na lékařské, ošetrovatelské intervence a na zajištění kontinuity péče metodou ošetrovatelského procesu. (9, 11)

Ošetrovatelská dokumentace je právním podkladem, který při možném pochybení chrání pacienta/klienta i sestru. (26)

Řádné jednotné a pravdivé vedení individuální ošetrovatelské dokumentace pacienta/klienta (lékařem i sestrou) je jedním ze základních požadavků pro akreditaci zdravotnického zařízení. (11)

1.3.3 Obsah ošetrovatelské dokumentace

Zdravotnická dokumentace vždy obsahuje údaje týkající se zdravotnického zařízení, osobních údajů pacienta/klienta, kontaktních osob, kterým mohou být se souhlasem pacienta/klienta podávány informace o zdravotním stavu pacienta/klienta. Dále kontakty na zdravotnické pracovníky, kteří provádějí záznamy do dokumentace aj. (28)

Údaje o zdravotnickém zařízení, které poskytuje péči pacientovi/klientovi musí obsahovat název zdravotnického zařízení, jeho sídlo nebo místo podnikání, identifikační číslo (bylo-li přiděleno). Dále název oddělení nebo obdobné části, je-li zdravotnické zařízení takto členěno, a telefonní číslo zdravotnického zařízení. (22)

Údaje o zdravotní pojišťovně pacienta/klienta: číslo pojištěnce, není-li tímto číslem rodné číslo pacienta/klienta, a kód zdravotní pojišťovny. Osobní údaje pacienta/klienta: jméno, popřípadě jména, příjmení, rodné číslo pacienta/klienta, není-li přiděleno, datum narození, adresu místa trvalého pobytu pacienta/klienta nebo jinou kontaktní adresu, je-li odlišná od adresy místa trvalého pobytu; jde-li o cizince, adresu místa pobytu na území České republiky, a nemá-li ji, adresu bydliště v cizině. Osobní údaje kontaktní osoby. Jméno, popřípadě jména, příjmení, adresu místa trvalého pobytu osoby, jíž lze sdělit informace o zdravotním stavu pacienta/klienta, nebo jinou kontaktní adresu, je-li odlišná od adresy místa trvalého pobytu, telefonní číslo, popřípadě jiný kontakt; jde-li o cizince, adresu místa pobytu na území České republiky, a nemá-li ji, adresu bydliště v cizině; tyto údaje se uvádí, pokud je pacient/klient sdělí. (28)

Údaje zdravotnických pracovníků nutné k identifikaci záznamu na každém listu jméno, popřípadě jména, příjmení a titul zdravotnického pracovníka, který provedl zápis do zdravotnické dokumentace, datum provedení zápisu do zdravotnické dokumentace. (22)

V případě poskytování ústavní péče musí zdravotničtí pracovníci uvést také datum a hodinu při přijetí pacienta/klienta do ústavní péče, ukončení ústavní péče, přeložení pacienta/klienta do jiného zdravotnického zařízení poskytujícího ústavní péči, popřípadě jeho přeložení na jiné oddělení zdravotnického zařízení, předání pacienta/klienta do ambulantní péče, úmrtí pacienta/klienta. (28)

Každý formulář ošetrovatelské dokumentace musí obsahovat: na každém listu je uvedeno jméno, popřípadě jména, příjmení a rodné číslo pacienta/klienta, datum narození, není-li rodné číslo přiděleno, dále název zdravotnického zařízení, popřípadě název oddělení zdravotnického zařízení. (22)

Zápisy na formulářích v ošetrovatelské dokumentaci musí být: vedeny průkazně, pravdivě a čitelně; je průběžně doplňován a musí být opatřen datem zápisu,

identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla. Opravy v ošetrovatelské dokumentaci se provádí novým zápisem s uvedením dne opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla. Původní záznam musí zůstat čitelný. (28)

1.3.4 Záznamy v ošetrovatelské dokumentaci

Písemný záznam do ošetrovatelské dokumentace o poskytnuté nebo plánované ošetrovatelské péči obsahuje ošetrovatelskou anamnézu, ošetrovatelský plán a ošetrovatelskou propouštěcí zprávu. Ošetrovatelská anamnéza se týká hlavně záznamů hodnotící zdravotního stavu pacienta/klienta a posuzování jeho potřeb pro stanovení postupů ošetrovatelské péče a ošetrovatelského plánu. Ošetrovatelský plán, v němž se vedou záznamy v podobě ošetrovatelské diagnózy pacienta/klienta, dále obsahuje postupy poskytování plánované ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská propouštěcí zpráva v případě pacienta/klienta předaného do další ošetrovatelské péče, obsahuje údaje týkající se shrnutí ošetrovatelské anamnézy, aktuální údaje o poskytované ošetrovatelské péči včetně časových údajů o poslední poskytnuté péči. Dále poslední podání léčivých přípravků a použití zdravotnických prostředků, aktuální údaje o zdravotním stavu pacienta/klienta, záznam o rozsahu podané informace v rámci ošetrovatelské péče při propuštění z ústavní péče. (28)

1.3.4.1 Komponenty ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace by se měla skládat minimálně z pěti komponentů: ošetrovatelská anamnéza, individuální plán ošetrovatelské péče, dokumentování realizace ošetrovatelské péče (průběžné, konečné hodnocení ošetrovatelské péče), denní záznamy sester, překladová zpráva pacienta/klienta. Podle druhu zdravotnického zařízení a systému ošetrovatelské péče mohou být k základním komponentům ošetrovatelské dokumentace přiloženy další formuláře např.: Barthelův test, analogické škály, LASA škála, výsledky screeningového vyšetření aj. (9)

Rozsah formulářů, jejich vzhled ani obsah není zatím standardizován pro všechna zdravotnická zařízení. Uvádí se tedy, že obsah ošetrovatelské dokumentace by měl plně vyhovovat ošetrovatelskému personálu tak, aby bylo dosaženo kvalitní kontinuální a individuální ošetrovatelské péče. (18)

1.3.5 *Legislativní prameny*

Vedení zdravotnické (tedy i ošetrovatelské) dokumentace upravují níže uvedené zákony.

Občanský zákoník (listina základních práv a svobod)

Práva pacientů

Úmluva o lidských právech v biomedicíně

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

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění

Zákon č. 2/1998 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 379/2000 Sb., o návykových látkách

Věstník Ministerstva zdravotnictví 2004 částka 9

Vyhláška 385/2006 Sb., MZ ČR o zdravotnické dokumentaci, v platném znění

123/2006 Sb., o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků, v platném znění

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

499/2004 Sb., o archivnictví a spisovné službě, v platném znění

Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

15 (LK) Spisový řád České lékařské komory

Zákon č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě, v platném znění (32)

Legislativa dokládá důležitost zdravotnické dokumentace k zajištění kontinuity poskytované zdravotní péče pacientům/klientům, i jako jediný doklad skutečnosti, že péče byla poskytována *lege artis*, při řešení kolizí, kdy je zdravotnický pracovník obviněn z pochybení. (8)

1.3.5.1 Kompetentní osoby k záznamu do ošetrovatelské dokumentace

Na každé stanici by měly být k dispozici seznamy zdravotnických pracovníků, kteří mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace. Seznam by měl obsahovat údaje zdravotnických pracovníků nutné k identifikaci záznamu: jméno, popřípadě jména, příjmení a titul zdravotnického pracovníka, podpis a používané zkratky/parafy/iniciály. Za aktualizaci seznamu odpovídá vrchní sestra popř. staniční sestra.

Do ošetrovatelské dokumentace jsou oprávněni zaznamenávat osoby profesně způsobilé dle zákona 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).

Závaznost práce s ošetrovatelskou dokumentací platí pro všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace, porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., porodní asistentky specialistky v rozsahu získané specializace. (13)

1.3.6 Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Do zdravotnické dokumentace mohou bez souhlasu pacienta/klienta nahlížet: ošetřující lékař, konziliární lékař, všeobecná sestra, rehabilitační pracovníci, psychologové a logopedové v rozsahu nezbytně nutném pro svou činnost. Revizní lékaři a odborníci zdravotních pojišťoven v rámci revizní činnosti, a to v rozsahu stanoveném právním předpisem, a lékaři orgánů sociálního zabezpečení, např. při posuzování dočasné nebo trvalé pracovní neschopnosti nebo při řešení přiznání částečného či plného invalidního důchodu. (24)

Do zdravotnické dokumentace mohou s písemným souhlasem pacienta/klienta nahlížet soudní znalci, pokud vypracovávají znalecký posudek pro potřeby orgánů činných v trestním řízení, soudů a správních úřadů. Soudní znalec je oprávněn nahlížet do zdravotnické dokumentace i v případě, že vypracovává znalecký posudek na žádost pacienta/klienta pro jeho potřebu. Pověření členové komor (ČLK, ČSL) při šetření případů, které podléhají její disciplinární pravomoci. Lékaři, zaměstnanci správních úřadů ve zdravotnictví pověřeni vyřizováním konkrétní stížnosti, návrhů na přezkoumání, postupů při poskytování zdravotní péče, v rozsahu potřebném k vyřízení stížností. Souhlas v tomto případě je dán tím, že pacient/klient podal stížnost a žádá přešetření.

Do zdravotnické dokumentace může nahlížet také právní zástupce, který na základě písemného pověření zastupuje pacienta/klienta zpravidla při řešení stížnosti nebo odškodnění za škodu na zdraví. (31)

Osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace pouze v rozsahu nezbytně nutném a u pacientů/klientů stanovených pověřeným zdravotnickým pracovníkem zdravotnického zařízení, které zabezpečuje praktickou výuku osob získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. K nahlížení do zdravotnické dokumentace takových pacientů/klientů je třeba jejich písemného souhlasu, případně souhlasu jejich zákonných zástupců. (31, 2)

1.3.7 Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků

O všem, co se zdravotnický pracovník dozví o stavu pacienta/klienta v souvislosti s vykonáváním ošetrovatelské a odborné práce, je povinen zachovávat mlčenlivost.

Povinná mlčenlivost je součástí práv pacientů/klientů: pacient/klient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. (15, 33)

Povinná zdravotnická mlčenlivost se netýká pouze ústního sdělování informací, ale i otázky nakládání se zdravotnickou dokumentací a zpřístupňování údajů v ní zapsaných. Přímo a konkrétně je tato mlčenlivost u nás právně zakotvena v ustanovení § 55 odst. 2 písm. D) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění. Podle zákona se povinná mlčenlivost vztahuje na všechny skutečnosti, o nichž se zdravotník „dověděl v souvislosti s výkonem svého povolání“. (2, 34, 33, 35)

1.3.8 Nedostatky při vedení, zavádění ošetrovatelské dokumentace

Nejasná koncepce používání ošetrovatelského procesu je vždy velkým problémem při zavádění strukturované ošetrovatelské dokumentace do praxe. Dalším podstatným nedostatkem je malá motivace personálu ke změnám, nejednotnost postupu, nedostatečný přenos informací a nedostatečné proškolení, špatná technologie vedení dokumentace, metodicky chybná dokumentace a nepraktické formuláře. Tyto faktory mohou navozovat kritiku a argumentaci v neprospěch smysluplného dokumentování ošetrovatelské reality. (20)

1.3.9 Pochybení a omyly – perspektiva sester

Pochybení jsou zdrojem významného ohrožení bezpečí pacienta/klienta. Zdravotníci se bojí o svých pochybeních informovat vedení svých zdravotnických zařízení, proto chyby v procesech a systémech nelze napravit a budou se opakovat. (20)

Příčinou mnoha závažných problémů či komplexnějších pochybení v neposlední řadě i chyby v ošetrovatelské dokumentaci (záznamy o podání léků do formuláře dříve než byly léky podány, nevěnování dostatečné pozornosti dekurzům nebo ordinacím lékařů, nečitelnost, nedodržování protokolu dokumentace, nedůslednost, neúplný nebo chybějící zápis o reakci pacienta/klienta na léčbu/proceduru). (20)

Realita ošetrovatelské praxe ztěžuje sestřím vedení ošetrovatelské dokumentace. Řada výzkumných prací uvádí důkazy o tom, že sestry často nevyužívají produktivně svůj čas. Výzkum provedený v USA prokázal, že sestry jsou při práci rušeny jinou prací neslučující se přímo s jejich náplní práce – sestry vykonávají úklidové práce, roznášejí jídelní tácy, převážejí pacienty/klienty, připravují pacienty/klienty na propuštění. Z toho vyplývá, že sestry nemají čas na úplné a efektivní vedení ošetrovatelské dokumentace. Jakmile není vedena ošetrovatelská dokumentace efektivně odvádí sestru od důležitých úkolů, a zvyšuje tak pravděpodobnost pochybení. Vzhledem k tomu, že sestry mnohdy časově nezvládají své povinnosti, dokumentaci nechávají na konec směny a dokončují svou práci „neoficiálním“ přesčasem. Je třeba, aby se vrcholový management vyvaroval svalování viny na jedince, ale aby se zaměřil na systém poskytování péče, na jednotlivé procesy a na potenciál výskytu chyb a omylů v těchto procesech a celém systému. Je nutné znát faktory, které přispívají k vytváření bezpečného prostředí. Dále zjistit jaké vznikají chyby a omyly, jakou roli hraje lidský faktor jak dalece za chyby a omyly odpovídá systém řízení a jaká je role jednotlivých členů léčebného a ošetrovatelského týmu v celém procesu. (20)

1.3.10 Archivace a skartace ošetrovatelské dokumentace

Zdravotnická dokumentace obsahuje důležité zdroje, které je třeba v zájmu pacienta/klienta i poskytovatelů zdravotní a ošetrovatelské péče zachovat po stanovenou dobu tak, aby s nimi bylo v případě potřeby možné pracovat. (25, 2)

Nová vyhláška 365/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění, plně upevňuje skartační řád pro zdravotnickou dokumentaci platný pro zdravotnická zařízení.

Vyřazováním zdravotnické dokumentace se rozumí posuzování zdravotnické dokumentace a plánovitý výběr takové, která bude pro poskytování zdravotní péče již

nepotřebná. Při tomto výběru se rozhoduje o tom, zda zdravotnická dokumentace je, významná vzhledem k době vzniku, obsahu, původu a vnějším znakům a má trvalou hodnotu, proto bude vybrána jako archiválie a navržena k trvalému uložení nebo nemá trvalou hodnotu a po uplynutí skartační lhůty bude vyřazena z evidence a zničena. Vyřazování se provádí ve skartačním řízení jedenkrát za rok komplexně za celé zdravotnické zařízení. Bez skartačního řízení nelze zdravotnickou dokumentaci ničit. Předmětem skartačního řízení je veškerá zdravotnická dokumentace, u které uplynula skartační lhůta. Odborný dohled nad provedením skartace ve zdravotnických zařízeních ústavní péče provádí skartační komise. Členy skartační komise, které jmenuje a odvolává provozovatel zdravotnického zařízení ústavní péče nebo jim určený vedoucí zaměstnanec tohoto zdravotnického zařízení, jsou lékaři; jde-li o skartační řízení, v němž je vyřazována ošetrovatelská dokumentace, je členem skartační komise též zdravotnický pracovník příslušné nelékařské profese. V případě zdravotnického zařízení poskytujícího pouze ambulantní péči, se skartační komise nezřizuje. (28)

Skartační lhůta určuje dobu, po kterou je nutné uchovat zdravotnickou dokumentaci u jejího průvodce pro účely poskytování zdravotní péče. Před jejím uplynutím nesmí být zdravotnická dokumentace zařazena do skartačního řízení. Skartační znaky (A, S, V) vyjadřují hodnotu zdravotnické dokumentace a označují jak se zdravotnickou dokumentací po uplynutí skartační lhůty ve skartačním řízení naloží. Skartační znak „A“ označuje zdravotnickou dokumentaci, která se po uplynutí skartační lhůty navrhne k odevzdání k trvalému uložení do příslušného archivu; takto označenou zdravotnickou dokumentaci lze zařadit do skartačního řízení po uplynutí skartační lhůty 10 let; jestliže bude nadále sloužit k zajišťování zdravotní péče, skartační lhůta se prodlouží nejméně o 5 let. Znak „S“ označuje zdravotnickou dokumentaci, která se po uplynutí skartační lhůty navrhne ke zničení. Skartační znak „V“ označuje zdravotnickou dokumentaci, jejíž hodnotu nelze v okamžiku vzniku určit; takto označenou zdravotnickou dokumentaci lze po uplynutí skartačních lhůt uvedených v příloze 3 výše zmíněné vyhlášky, zařadit do skartačního řízení; u části zdravotnické dokumentace, která je nadále potřebná k zajišťování zdravotní péče, se prodlouží skartační lhůta nejméně o 5 let. (22)

1.4 Ošetrovatelská péče

Termínem ošetrovatelské péče rozumíme komplex činností prováděných kvalifikovanými nelékařskými pracovníky, např.: prevence dekubitů, podávání ordinovaných léků, vedení ošetrovatelské dokumentace. Ošetrovatelský výkon je konkrétní čin prováděný v rámci ošetrovatelské péče (všechny druhy aplikace injekcí, zavedení sondy, převazy...) (26)

Cíle ošetrovatelské péče vycházejí z cílů ošetrovatelství jako vědního oboru. Všeobecně bychom mohli říci, že mezi cíle ošetrovatelské péče patří podpora a upevňování zdraví, snaha o navrácení zdraví, zmírnění utrpení pacienta/klienta a zajištění klidné umírání a důstojné smrti. (27, 4)

Avšak ošetrovatelská péče se vývojem zaměřila hlavně na pacienta/klienta jako na individualitu s individuálními potřebami a problémy. Oproti tradičnímu pojetí je nyní holistický pohled na pacienta/klienta. (27)

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou. Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta/klienta. (4)

1.4.1 *Systém skupinové péče*

Systém skupinové péče spočívá na principu odpovědnosti sestry za jmenovitou skupinu pacientů/klientů to je skupinová sestra. Ošetrovací jednotka je rozdělena do několika pracovních úseků – skupinová sestra se během směny stará o určenou skupinu pacientů/klientů. Skupinová sestra odpovídá za vedení jejich dokumentace a jejich osobní předávání příslušné skupinové sestře z další směny. (16)

1.4.2 *Systém primárních sester*

Pacienti/klienti jsou na oddělení rozděleni mezi primární sestry, velikost skupin závisí na počtu kvalifikovaných sester na oddělení. (16)

Uvedené organizační systémy vyžadují pravidelnou a kvalitní výměnu informací o pacientech/klientech, která se provádí formou krátkých porad ošetrovatelského týmu a předáváním služby za přítomnosti pacienta/klienta. Ošetrovatelskou péči u

pacienta/klienta plánuje primární nebo skupinová sestra. U každého pacienta/klienta je vedena zdravotnická dokumentace, jejíž součástí je ošetrovatelská dokumentace, ve které se zaznamenávají údaje o stavu a vývoji individuálních potřeb a ošetrovatelských problémů pacienta/klienta. (18)

1.4.3 Řízení ošetrovatelské péče

Nejvyšším metodickým článkem oboru je útvar Ministerstva zdravotnictví České republiky vedený hlavní sestrou Ministerstva zdravotnictví, který metodicky řídí ošetrovatelství. Vyjadřuje se ke všem zásadním odborným, organizačním, ekonomickým a legislativním opatřením, která se týkají ošetrovatelství a práce ošetrovatelského personálu. (9)

Jako svůj poradní orgán zřizuje hlavní sestra Ministerstva zdravotnictví Radu pro rozvoj ošetrovatelství, jejímiž členy jsou zástupci ošetrovatelské praxe, profesních sesterských organizací a zástupci vzdělávacích institucí. Rada připravuje podklady pro rozvoj oboru. Struktura řízení ošetrovatelské péče uvnitř zdravotnického zařízení závisí na dohodě vedoucí sestry příslušného zařízení s jeho vedením. (18)

1.5 Kvalita ošetrovatelské péče

V kontextu zvyšujících se nároků na zdravotní péči a snižujících se ekonomických možností je potřebné vytvořit efektivní zdravotnický systém, který bude schopný co nejučinněji reagovat na potřeby společnosti. Na procesu zabezpečování kvality ošetrovatelské péče se musí aktivně podílet i sestry. (5)

Kvalita zdravotní péče je založena na profesionálních standardech, směrnicích, zákonech a vyhláškách. (5)

Každá nemocnice by měla monitorovat, vyhodnocovat kvalitu poskytované zdravotní péče a zavádět do praxe program kontinuálního zvyšování kvality. Nástrojem je standardizace a auditů (systematické prověřování zda reálně poskytovaná zdravotní péče odpovídá profesionálním standardům). Důvodem zavádění programu kvality do ošetrovatelské praxe, laboratorní činnosti a fyzioterapie je zajištění spokojenosti pacientů/klientů a jejich práv při poskytování zdravotní péče. Indikátory kvality ošetrovatelské péče jsou měřitelná kritéria, která v porovnání s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem ukazují jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo. (23, 6)

1.5.1 Kvalita

Pojetí kvality je dáno kulturním a sociálním prostředím. Je tedy vždy ovlivněno hodnotovým systémem ve společnosti, stupněm znalostí, ale i věkem, pohlavím, vzděláním, očekáváním a předchozími zkušenostmi. (18, 5)

Definice kvalitní ošetrovatelské péče by se lišila i z pohledu pacienta/klienta, rodiny, sestry, spolupracovníků, široké veřejnosti. Toto je odůvodněné i samým posláním ošetrovatelské péče, která má zachovávat, podpořit nebo navrátit zdraví. (5)

Ale můžeme se inspirovat tvrzením: „Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi“ (Brabcová, 2005, str. 26).

Sestry, porodní asistentky a další zdravotničtí pracovníci se vždycky snažili najít způsob, jak poskytovat co nejefektivnější péči. K tomu je třeba stanovit, co je pokládáno za dobrou = standardní ošetrovatelskou péči. Podle těchto standardů se pak poskytovaná péče posuzuje. Význam slova „kvalita“ ošetrovatelské péče tedy závisí na stanovení „co nejlepší“ nebo „dobré“ praxe. (18)

1.5.1.1 Cíle kvality

Hlavním cílem kvality v ošetrovatelské péči je zlepšování zdravotního stavu pacienta/klienta, kvality života pacienta/klienta, spokojenosti obyvatel. Další cíle jsou zamezit chybám vznikajícím při poskytování ošetrovatelské péče, zlepšit výsledky v ošetrovatelské péči, snížit promrhaný čas zdravotnických pracovníků při poskytování ošetrovatelské péče, snížit náklady spojené se špatnou kvalitou konkrétního zdravotnického výkonu či služby. (6)

1.5.2 Systémy řízení a zajišťování kvality

Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je citlivým tématem, které nezajímá jen poskytovatele léčebné péče, ale jak již bylo řečeno, i širokou veřejnost. Objevují se různé přístupy, které se snaží o vyhodnocování kvalitní úrovně zdravotnických činností. (1)

1.5.3 Ošetrovatelské standardy

Ošetrovatelské standardy jsou platné definice dohodnuté a přijatelné úrovně ošetrovatelské péče v konkrétním zařízení a kontextu. Standard je normou, podle které může sestra hodnotit ošetrovatelskou činnost. (5)

Stanovení ošetrovatelských standardů se často označuje jako druhý krok v procesu definování a měření kvality ošetrovatelské péče. Standard je vodítkem, podle kterého můžeme hodnotit, zda ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni. Poslední fází je monitorování skutečné praxe. V případě a nutnosti náprava věcí tak, aby praxe odpovídala stanoveným standardům. (18)

Standards jsou vedeny k poskytování stejné a dobré ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení, k určení optimální úrovně péče s usměrněním osobních kritérií sester na její úroveň a kvalitu. Slouží jako pomůcka a opora pro absolventy, sestry po mateřských dovolených, pro sestry přicházejících z jiných pracovišť nebo po delší přestávce v oborové praxi. Standards využíváme jako vedení ošetrovatelské dokumentace, při stanovování ošetrovatelských cílů a pro výkon praktických činností. Jako zpětnou vazbu při hodnocení činností z předchozího bodu, která při zjištění nedostatků umožňuje jejich systematické odstraňování a zlepšování práce, jsou součástí podkladů při právních sporech. (10)

1.5.4 Obsah standardu

Každý standard má přesně vymezovat požadovanou normu. Je to zpravidla určité minimum kvality, které musí být zajištěno, poskytnuto, aby bylo možné konstatovat, že standard je splněn a je tu tedy předpoklad pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Standard je zpravidla zpracován jako směrnice pro určitou činnost. (5, 3)

Standard by měl obsahovat: zaměření, míru závaznosti, cíl, kritéria, hodnocení a metodiku kontroly splňování kritérií. Zaměření = určení oblasti ošetrovatelské péče. Míra závaznosti. Tedy jinými slovy kdo je povinen se jím řídit. Cíl je výsledek, který vyjadřuje požadovanou výslednou kvalitu. Cíl má být jasný, reálný, srozumitelný a měřitelný. Výčet kritérií je potřebný k zajištění cíle standardu rozdělených na kritéria. Způsob hodnocení. Měření dosažené kvality. Metodika kontroly. Kdo je oprávněn provádět kontroly, jak často, případně jaké jsou sankce při nedodržování standardu. (3)

Formulace standardu v souladu se třemi základními charakteristikami kvality (struktura, proces, výsledek) má obsahovat strukturální kritéria, procesní kritéria a kritéria výsledku. Strukturální kritéria určují materiální, organizační a personální předpoklady. Procesuální kritéria vymezují soubor činností k dosažení cíle. Kritéria

výsledku stanovují výsledek procesuálních kritérií. Procesuální kritéria a kritéria výsledku jsou podklady umožňující kontrolu kvality. Formulace standardu by měla být jasná, srozumitelná. Vytvořená kritéria by vždy měla být dosažitelná a odpovídající možnostem zdravotnického zařízení, proto jsou pro praxi vhodnější lokální standardy, které mohou být upravovány podle potřeb pracoviště.

1.5.5 Význam a závaznost ošetřovatelských standardů

Ošetřovatelské standardy zpravidla zpracovávají v jednotlivých zemích instituce, jejichž formální autorita zajišťuje, že v praxi budou respektovány a dodržovány. Tyto instituce mají také možnost postihovat jejich nedodržování. (5, 3)

Závaznost ošetřovatelského standardu může mít různou míru. Závaznost standardu může vyplývat ze zákona nebo podzákoné normy (např. vyhláška Ministerstva zdravotnictví). Tyto standardy jsou povinni dodržovat všichni, jichž se týkají. Pokud vyhlásí standard profesní sesterská organizace, jsou povinni se jím řídit všichni členové této organizace. Lokální standardy, zpracované a přijaté zdravotnickým zařízením nebo dokonce určitým oddělením, jsou závaznou normou pro práci svého ošetřovatelského personálu. (3, 5)

Při tvorbě standardu je nutné vycházet z vlastních podmínek, ale i tak existují pro všechny státy s vyspělým ošetřovatelstvím společné platné standardy pro poskytování individualizované ošetřovatelské péče orientované na bio-psycho-sociální a duševní potřeby pacienta/klienta, vykonávané prostřednictvím ošetřovatelského procesu a zaznamenávané standardy v ošetřovatelské dokumentaci. (5)

1.6 Audit

Audit je nestranné ověření určité skutečnosti, funkce útvaru, produktu apod. z hlediska procesů, které vedou k jejich realizaci, i z hlediska výsledku. (23)

Audit potvrzuje dobrou praxi a vyzdvihuje oblasti, které je třeba dále rozvíjet. Dosažení jednotlivých standardů pak ukazuje, že klinická praxe je dobře řízena a umožňuje poskytování vysoké kvality péče ke spokojenosti pacientů/klientů, rodinných příslušníků i personálu. (1)

Ke každému auditu musí být vypracován protokol. S výsledky auditu bychom měli stále pracovat a využívat je v celém procesu řízení kvality. Audit končí stanovením nápravných opatření. Jejich realizace je v kompetenci vedoucího zaměstnance. (12)

Ošetrovatelský audit představuje vyhodnocení ošetrovatelské praxe s cílem zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče. Vychází z profesionálních standardů ošetrovatelské péče nebo kontinuální péče a má za úkol zjistit, jak dalece se ošetrovatelský proces – neboli péče o pacienta – těmito standardy řídí. (12, 21)

Cílem auditu je nalezení „slabých míst“ v systému/procesu a zajištění co nejrychlejší nápravy. (21)

Účel ošetrovatelského auditu je odůvodnění nákladů na personální a materiální zdroje, sledování efektivity péče, podpora kritického myšlení směřující u sester k analýze vlastní práce a skutečných potřeb pacientů/klientů. (1)

Základním principem ošetrovatelského auditu. Audit je partnerský postup. Předmět auditu je vždy předem oznámen. Zahrnuje porovnání skutečné ošetrovatelské praxe s přijatými standardy. Vyhodnocuje, zda současná ošetrovatelská praxe efektivně využívá dostupných zdrojů. Na opatřeních k nápravě pracuje tým sester oddělení, kde byl audit proveden. Výsledkem auditu jsou fakta uznaná těmi, jichž se audit týká. Výsledky nejsou zveřejňovány, informováno je pouze oddělení, kde audit proběhl. Kopie formuláře o výsledku auditu, vypracování plánu náprav a dokumentace jejich realizace, je předána manažerce programu kontinuálního zvyšování kvality a hlavní sestře zdravotnického zařízení. (1)

1.6.1 Typy auditů

Audity dělíme podle toho, zda je v organizaci provádějí vlastní, vyškolení zaměstnanci – interní audit nebo je provádí akreditovaná firma – externí audit. (23, 21)

Audity lze také dělit z hlediska plánování. Plánovaný audit se provádí v celé organizaci na určité období (měsíc, rok). Pokud se v něm zjistí neshoda, následuje audit neplánovaný, kdy se ověřuje provedení nápravných opatření. (12)

Dále dělíme audity z hlediska průběhu v čase na retrospektivní, které lze provádět i propuštěním pacienta/klienta (např. prohlížením dokumentace). Souběžný audit, zaměřený na provádění činnosti – pozorování probíhá souběžně s činností. (12, 21)

Z hlediska zaměření známe audit procesní, ověřující systém (např.: průběžné školení zaměstnanců) nebo audit kvality produktu, ověřující provedení jedné činnosti (např.: vyplňování identifikačních dat na žádanky na vyšetření). (21)

Podle rozsahu dělíme audity na prováděné v celém zdravotnickém zařízení nebo na vybraném pracovišti. Záleží na potřebě prověření systému daného zdravotnického zařízení. (12)

Realizaci auditů provádí tým auditorů. Vedoucím auditorem může být vedoucí zaměstnanec nebo externí auditor. Auditor je osoba způsobilá k provádění auditu, která má také proškolení s certifikátem a je absolventem akreditovaných kurzů. Počet auditorů je třeba přizpůsobit velikosti organizace a doporučuje se, aby provádění auditů probíhalo minimálně ve dvou osobách. Tím se zachová objektivita i praktičnost provedení auditu (pokud se jeden dotazuje, druhý může zapisovat). Známé pořekadlo „více očí více vidí“ platí i v tomto případě. Do týmu patří technický expert–osoba ovládající odbornou problematiku. (12)

Desatero provedení auditu shrnuje body správné realizace auditu. Volba členů auditorského týmu, stanovení sledované oblasti, stanovení standardu, sestavení kontrolního listu, určení počtu sledovaných osob, určení časového rozmezí auditu, sběr a analýza dat, sepsání nálezů/výsledků–zápis do protokolu o provedeném auditu, interpretace dat a navržení nápravných opatření, zpětná vazba. (21)

1.6.2 Odborná způsobilost auditora

Ve zdravotnictví je pro auditora důležitá nejen odborná zdravotnická způsobilost, ale také kvalifikace či specializace, kterou získá po absolvování školení. Školení zahrnuje minimálně 40 hodin výcviku. (12)

Vedoucí auditor zodpovídá za přípravu požadované dokumentace před auditem, za jeho organizaci a včasné vypracování zprávy. V jeho pravomoci je sestavovat auditní tým, vyžádat si experta, seznámit se s dokumentací v prověřené oblasti, definovat neshody a audit předčasně ukončit. (12)

Členové auditorského týmu musí znát nejen normy, standardy, ale i terminologie, nástroje pro vyhodnocování, metodiky (grafy, procenta apod.) (12)

1.6.3 Řízení programu auditu

Nejprve je nutné stanovit plán auditů na celý rok a poté připravit program jednotlivých auditů. Program auditu obsahuje cíle a rozsah. Cíle vycházejí z priorit managementu, legislativy, zákazníků a systému kvality. Rozsah auditu určuje pracoviště, na kterém bude audit probíhat, hlavní auditor a jednotliví členové auditorského týmu, dále zdroje, z nichž se bude čerpat (směrnice, standardy...) a postupy, které budou použity, jako je pozorování, dotazování, ověřování dokumentace apod. (obvykle bývají zpracovány v tabulce kritérií). (12)

1.6.4 Kvalita a audit kvality

Ve zdravotnických zařízeních a v ústavech sociální péče se dodnes nepodařilo odstranit negativní postoj zaměstnanců, kteří ignorují kvalitu služeb či produktu ve prospěch kvantity. (21)

O významu kvality nelze pochybovat, neboť jde o uspokojování potřeb pacienta/klienta a o vytváření žádoucí image nejen nemocnice, ale i samotné ošetrovatelské profese. K tomu je třeba stanovit si žádoucí a dosažitelný standard kvality. Auditem pak prověřujeme reálný stav, to znamená shodu či neshodu s kontrolními kritérii. Audit je používán jako účinný nástroj managementu, který působí proti postupnému ochabování procesu řízení kvality. Jeho cílem je odstranění „slabých“ míst, proto vyžaduje nápravná opatření, která vedou ke zlepšování kvality péče. (12)

2. Cíle a hypotézy

2.1 Cíle práce

- Cíl 1** Zjistit vliv auditu ošetrovatelské dokumentace na kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace.
- Cíl 2** Zjistit názor sester na vliv auditu ošetrovatelské dokumentace v ošetrovatelské praxi.

2.2 Hypotézy

- H1** Audit ošetrovatelské dokumentace zvyšuje kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace.
- H2** Sestry hodnotí audit ošetrovatelské dokumentace jako účinný nástroj, který vede ke zlepšení vedení ošetrovatelské dokumentace.
- H3** Sestry hodnotí audit ošetrovatelské dokumentace jako účinný nástroj, který vede ke zlepšení ošetrovatelské péče.

3. Metodika

3.1 Popis metodiky

Výzkum byl zpracován jako kvantitativní. Ke sběru dat jsem použila metody auditu a ankety. Výzkum byl realizován v Nemocnici Pelhřimov, p.o.

3.1.1 Audit

Příprava výzkumu začala oslovením Mgr. Jitky Dejmkové, hlavní sestry Nemocnice Pelhřimov, kde jsem ji předala plán činností (příloha 1) ke schválení, současně jsem ji i požádala o možnost provést výzkum v Nemocnici Pelhřimov, p.o. Po povolení k výzkumu jsem začala s pomocí Mgr. Hany Dandové, staniční sestry INT 9, Nemocnice Pelhřimov, p.o. vytvářet lokální standard ošetrovatelské dokumentace Optiplan (příloha 2), která byla v Nemocnici Pelhřimov, p.o. jednotně vedena na všech odděleních nemocnice. Ke standardu ošetrovatelské dokumentace jsme připojily i příslušná kritéria auditu (příloha 4). Kritérií auditu bylo stanoveno celkově 19. Dvě kritéria z celkového počtu byla označena písmeny A, B, výsledky z těchto dvou kritérií byly hodnoceny celkově za všechna oddělení.

Kritéria auditu ošetrovatelské dokumentace jsem stanovila ve spolupráci s Mgr. Hanou Dandovou. Kritéria byla schválena i Mgr. Jitkou Dejmkovou, hlavní sestrou nemocnice.

Před auditem byl stanoven auditorský tým hlavní sestrou nemocnice a Mgr. Hanou Dandovou o šesti členech. Členkami týmu byly především staniční sestry. Bylo také vybráno 5 oddělení (příloha 3), kde se audit uskutečnil. Kritéria auditu byla rozdána k nahlédnutí každé sestře na určená oddělení týden před začátkem prvního auditu. Kritéria auditu byla v prvním i druhém auditu stejná.

První audit ošetrovatelské dokumentace proběhl dne 16. 2. 2007, druhý audit ošetrovatelské dokumentace proběhl dne 6. 4. 2007. Po druhém auditu byla rozdána anketa sestrám na oddělení, kde probíhal audit ošetrovatelské dokumentace. Anketa obsahovala 10 otázek týkající se problematiky „Zjištění názoru sester na provedený audit ošetrovatelské dokumentace a související problematiku“ (příloha 5).

Pro zlepšení zpětné vazby a tím zajištění zlepšení kvality vedení ošetrovatelské dokumentace jsme navrhly dva protokoly: „Protokol k provedenému auditu“

(příloha 6) a „Navržená nápravná opatření“ (příloha 7). Protokoly byly po prvním auditu vyplněny ve dvou verzích, jedna veze byla poskytnuta vrchním sestřám oddělení, druhá byla poskytnuta Mgr. Jitce Dejmkové, hlavní sestře Nemocnice Pelhřimov, p.o.

3.1.2 Anketa

Ke sběru údajů byla použita kvantitativní metoda ankety. Ankety jsem po schválení hlavní sestrou nemocnice předala vrchním sestřám stanic, kde probíhal audit ošetrovatelské dokumentace. Vrchní sestry pak předaly ankety na jednotlivá oddělení. Anketa se uskutečnila v následujícím období po proběhlých auditech. Z celkového počtu 70 rozdaných anket jich bylo vráceno 46, což je 66% návratnost.

Anketa obsahovala celkem 11 uzavřených otázek (příloha 5), vždy bylo možno zvolit jednu odpověď. Abych zjistila názor sester na problematiku auditu ošetrovatelské dokumentace, u každé otázky jsem nechala prostor na doplnění, kterého sestry využily.

Konkrétní výsledky byly vyhodnoceny v programu Microsoft Office Excel 2003.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

3.2.1 Audit

Výzkumný vzorek tvořilo 50 (100%) ošetrovatelských dokumentací Nemocnice Pelhřimov, p.o. Výzkum proběhl na 5 stanicích (100%) Pelhřimovské nemocnice (příloha 3). Na každé stanici bylo kontrolováno 10 náhodně vybraných otevřených ošetrovatelských dokumentací. Výsledná data byla zpracována a vyhodnocena formou grafů pomocí programu Microsoft Office Excel 2003.

3.2.2 Anketa

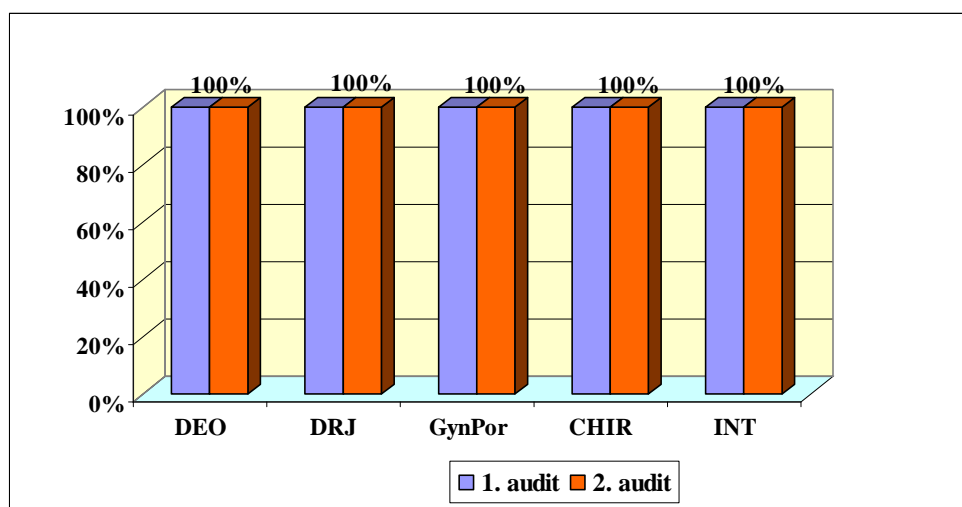
Výzkumný soubor byl tvořen sestrami pracujícími na oddělení, kde proběhl audit ošetrovatelské dokumentace. Celkově se ankety zúčastnilo 46 sester (100%) ze všech stanovených stanic.

4. Výsledky

4.1 Výsledky jednotlivých kritérií auditu

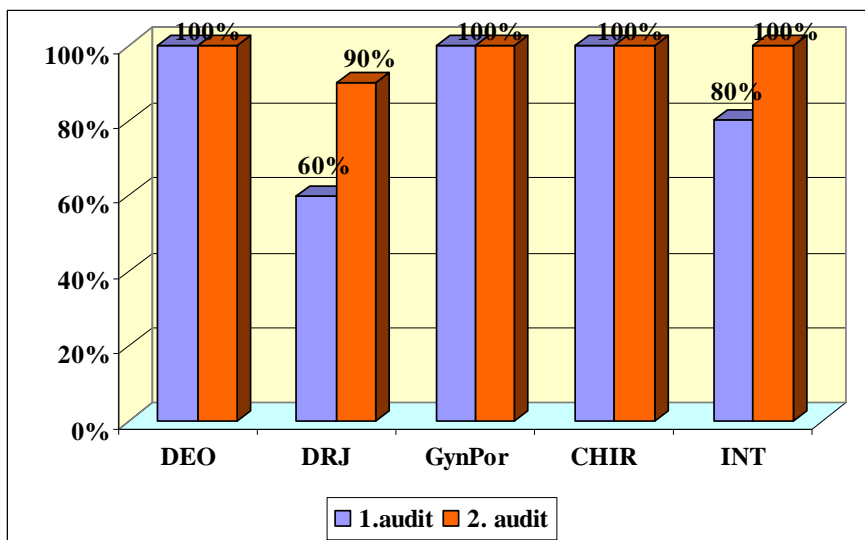
Výsledky kritérií jsem porovnávala mezi sebou při prvním i druhém auditu (příloha 4). Audit ošetrovatelské dokumentace probíhal na pěti standardních odděleních Nemocnice Pelhřimov, p.o. (příloha 3)

Graf 1: Komplexnost ošetrovatelské dokumentace



Graf 1 popisuje komplexnost ošetrovatelské dokumentace v prvním druhém auditu. Mezi základní formuláře u dokumentace Optiplan patří: Ošetrovatelská anamnéza, Ošetrovatelský list, Hlášení, Překladová/propouštěcí zpráva. Vedení komplexní ošetrovatelské dokumentace základních formulářů dosáhla všechna vybraná oddělení. Z celkového počtu (pro každý audit) 50 ošetrovatelských dokumentací (100%), nebyla v žádné nalezena chyba, tedy všechna oddělení splnila v prvním i druhém auditu kritérium na 100% úspěšnost.

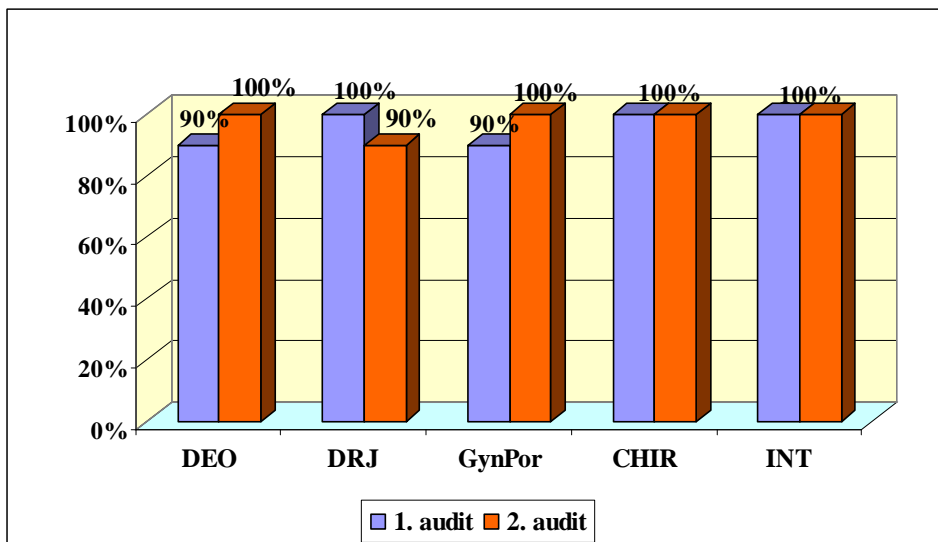
Graf 2 : Vyhotovení ošetrovatelské anamnézy do 24 hodin



Graf 2 popisuje vyhotovení ošetrovatelské anamnézy do 24 hodin v prvním a druhém auditu. Ošetrovatelskou anamnézu vypsanou do 24 hodin při obou auditech obsahovalo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) Gynekologicko-porodnického oddělení, 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) Dětského oddělení a 10 ošetrovatelských dokumentací Chirurgickém oddělení (100%). Doléčovací a rehabilitační jednotka při prvním auditu vykázala z 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) 6 ošetrovatelských anamnéz do 24 hodin (60%). Nedostatky v druhém auditu vylepšila Doléčovací a rehabilitační jednotka na 9 včasně vyplněných ošetrovatelských anamnéz (90%). 8 ošetrovatelských anamnéz (80%) Interního oddělení bylo vypracováno v prvním auditu do 24 hodin a ve druhém auditu obsahovalo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) vyplněnou ošetrovatelskou anamnézu do 24 hodin.

Celkově graf zaznamenává, že k zlepšení vedení ošetrovatelské dokumentace došlo na Doléčovací a rehabilitační jednotce z 60% na 90% a na Interním oddělení z 80% na 100%. Včasné vypsání ošetrovatelské anamnézy bylo na Dětském, Gynekologicko-porodnickém a Chirurgickém oddělení, tedy 100% u prvního i druhého auditu.

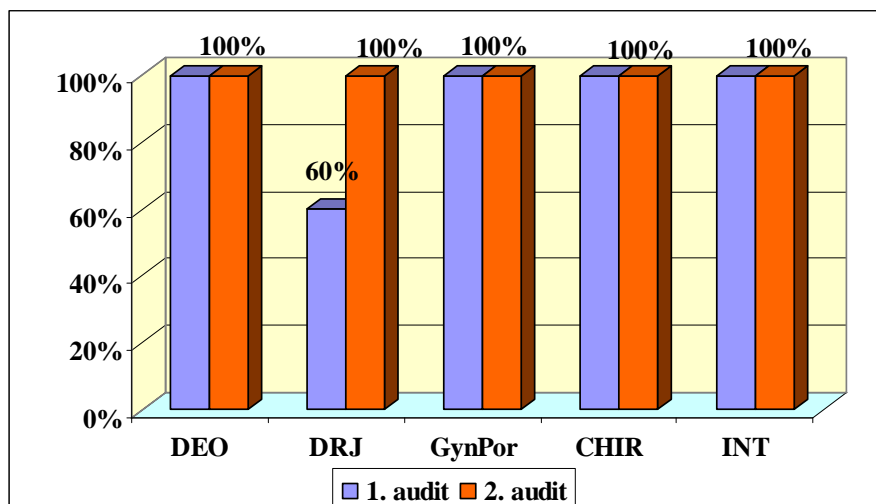
Graf 3: Podpis pacienta/klienta v ošetrovatelské anamnéze



Graf 3 znázorňuje přítomnost podpisu pacienta/klienta v ošetrovatelské anamnéze v prvním a druhém auditu. Ošetrovatelská anamnéza musí obsahovat podpis pacienta/klienta, v případě dětí zákonného zástupce. Pokud není podpis možno odebrat, musí být v místě podpisu uveden důvod neodebrání podpisu a parafa sestry, která provedla záznam. Ošetrovatelská anamnéza na Chirurgickém a Interním oddělení obsahovala podpis/důvod pacienta/klienta u 10 vybraných ošetrovatelských anamnéz (100%) v prvním i druhém auditu. Na Dětském a Gynekologicko-porodnickém oddělení došlo k zlepšení, kdy při prvním auditu obsahovalo podpis/důvod neodebrání podpisu pacienta/klienta 9 ošetrovatelských anamnéz (90%), při druhém auditu již podpis/důvod neodebrání podpisu pacienta/klienta obsahovalo 10 ošetrovatelských anamnéz (100%) z vybraných ošetrovatelských dokumentací. Na Doléčovací a rehabilitační jednotce došlo k zhoršení. Při prvním auditu obsahovalo 10 ošetrovatelských anamnéz (100%), ve druhém auditu obsahovalo 9 ošetrovatelských anamnéz 90% podpis/důvod neodebrání podpisu.

Celkově graf zaznamenává, že k zlepšení vedení ošetrovatelské dokumentace došlo na Dětském a Gynekologicko-porodnickém oddělení z 90% na 100%. Ke zhoršení došlo na Doléčovací a rehabilitační jednotce, tam při prvním auditu bylo dosaženo 100%, při druhém auditu klesla správnost na 90%. Při obou auditech byly naměřeny stejné výsledky 100% správnost na Chirurgickém a Interním oddělení.

Graf 4: Ošetrovatelské diagnózy do 48 hodin

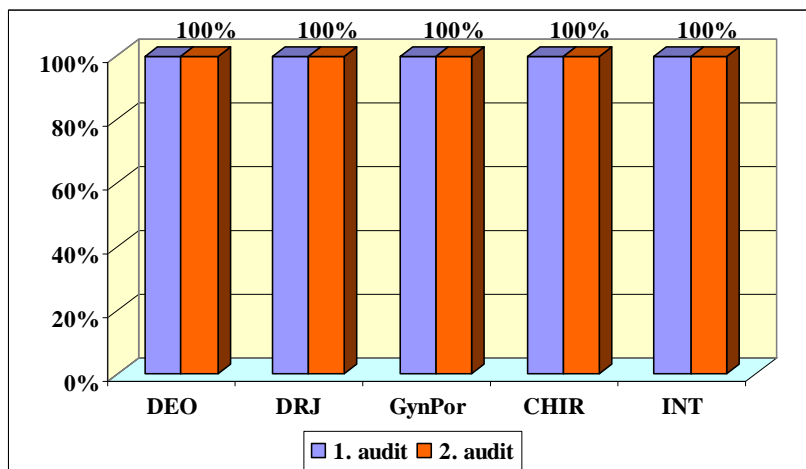


Graf 4 znázorňuje vypsané ošetrovatelské diagnózy do 48 hodin při prvním i druhém auditu. Ošetrovatelské diagnózy musí být zapsány a rozpracovány v ošetrovatelské dokumentaci nejpozději do 48 hodin od přijetí pacienta/klienta na oddělení.

Z grafu 4 vyplývá, že ošetrovatelské diagnózy byly na Chirurgickém, Interním, Dětském a Gynekologicko-porodnickém oddělení uvedeny u všech 10 ošetrovatelských dokumentací z každého oddělení (100%) v prvním i druhém auditu. Na Doléčovací a rehabilitační jednotce došlo ke zlepšení. Při prvním auditu obsahovalo 6 ošetrovatelských dokumentací (60%) vypracovanou ošetrovatelskou diagnózu do 48 hodin, ve druhém auditu obsahovalo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) vypracovaných ošetrovatelských diagnóz.

Celkově graf zaznamenává, že k zlepšení vedení ošetrovatelské dokumentace došlo na Doléčovací a rehabilitační jednotce, kde při prvním auditu byla správnost 60% a při druhém auditu 100%. Při obou auditech byly naměřeny stejné výsledky 100% správnost na Dětském, Gynekologicko-porodnickém, Chirurgickém a Interním oddělení.

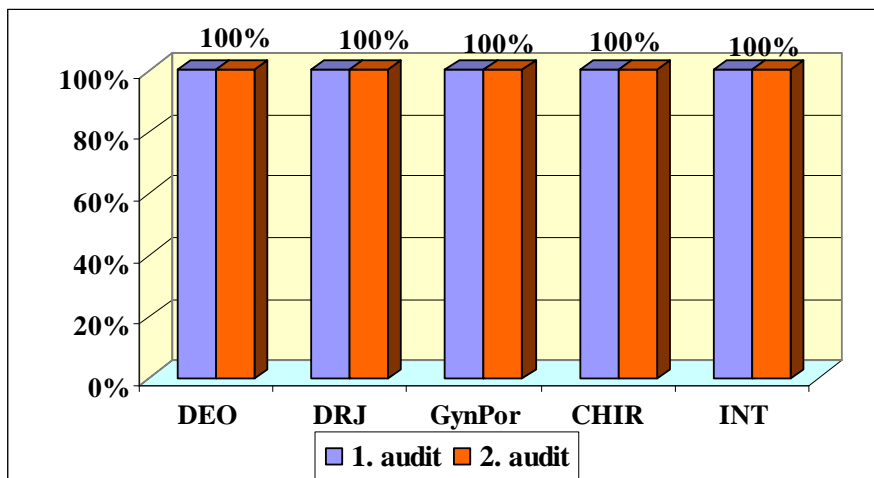
Graf 5: Datum stanovení ošetřovatelské diagnózy



Graf 5 znázorňuje přítomnost data stanovení ošetřovatelské diagnózy v ošetřovatelském plánu při prvním i druhém auditu. Ošetřovatelský plán musí obsahovat záznam data, kdy byla stanovena ošetřovatelská diagnóza.

Graf 5 popisuje, že z celkového počtu 50 otevřených ošetřovatelských dokumentací (100%) na stanovených pěti odděleních (z každého oddělení bylo vzato 10 ošetřovatelských dokumentací), byly vypracovány ošetřovatelské diagnózy do 48 hodin při prvním i druhém auditu, tedy všechna oddělení splnila v prvním i druhém auditu kritérium na 100% úspěšnost.

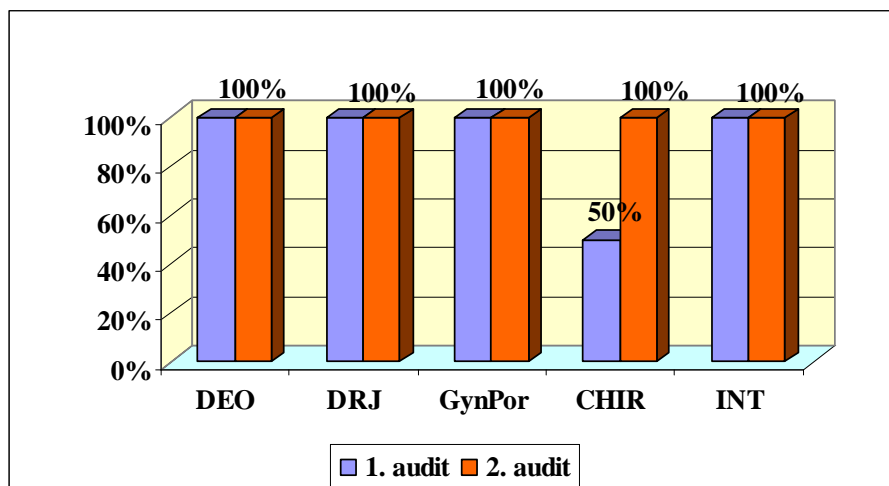
Graf 6: Cíl ošetrovatelské diagnózy



Graf 6 znázorňuje určení cíle ošetrovatelské diagnózy v ošetrovatelském plánu při prvním i druhém auditu. Ošetrovatelský plán musí obsahovat stanovený cíl u všech vypsaných ošetrovatelských diagnóz v ošetrovatelské dokumentaci.

Graf 6 ukazuje, že z celkového počtu 50 vybraných otevřených ošetrovatelských dokumentací (100%), z určených oddělení (z každého oddělení 10 ošetrovatelských dokumentací), obsahoval ošetrovatelský plán cíl u každé ošetrovatelské diagnózy. Všechna oddělení splnila v prvním i druhém auditu požadavky kritéria v 100% úspěšnosti.

Graf 7: Plán ošetrovateľskej péče

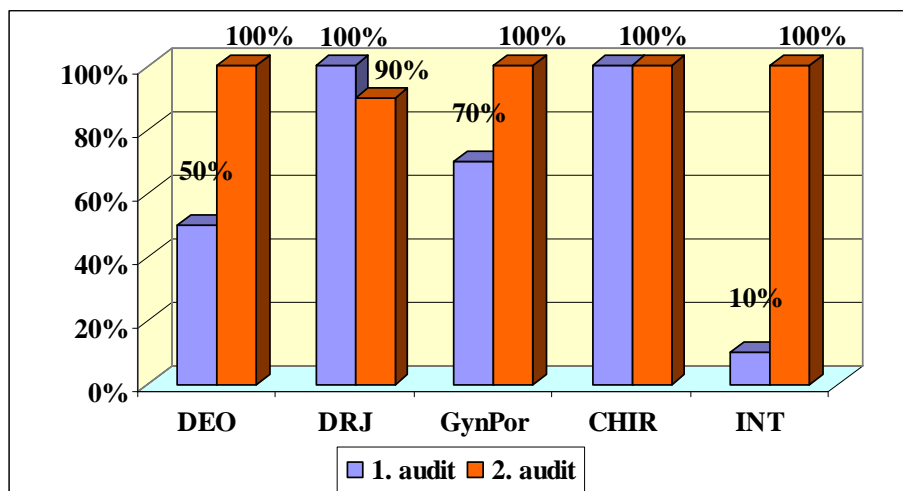


Graf 7 popisuje definovanie ošetrovateľských intervencií plánu ošetrovateľskej péče pri prvom i druhom audite. Ošetrovateľský plán musí obsahovať písomný rozpis ošetrovateľských intervencií. Graf 7 zaznamenáva, že z vybraných 10 ošetrovateľských dokumentácií Detského oddelenia (100%), 10 ošetrovateľských dokumentácií Gynekologicko-porodnického oddelenia (100%), 10 ošetrovateľských dokumentácií (100%) Interného oddelenia a 10 ošetrovateľských dokumentácií (100%) Doléčovacie a rehabilitačnej jednotky z v prvom i druhom audite splnilo kritérium na 100% úspešnosť.

Na Chirurgickom oddelení došlo k zlepšeniu výsledku, kedy pri prvom audite obsahovalo 5 ošetrovateľských dokumentácií (50%) plán ošetrovateľskej péče, pri druhom audite na Chirurgické oddelení obsahovalo ošetrovateľský plán 10 ošetrovateľských dokumentácií (100%).

Tento graf ukazuje, že zlepšenie došlo na Chirurgickom oddelení z 50% na 100% úspešnosť. Ostatné oddelenia si udržela 100% úspešnosť, ktoré dosáhly pri prvom i druhom audite.

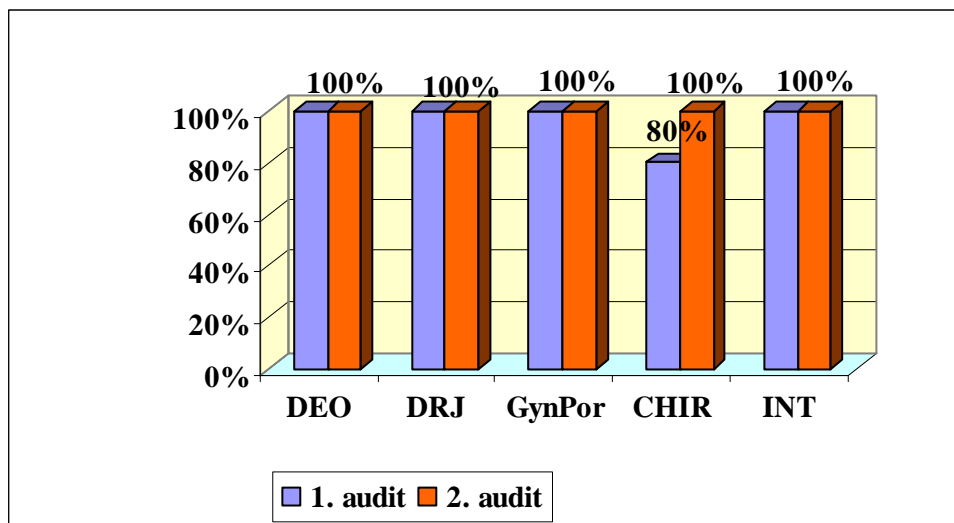
Graf 8: Hodnocení cíle



Graf 8 ukazuje uvedení hodnocení cíle ošetrovatelské péče při prvním i druhém auditu. Hodnocení plánované ošetrovatelské péče a skutečného stavu pacienta/klienta sestra provádí nejdéle v intervalu sedmi dnů, nebo při propuštění pacienta/klienta do jiné péče. Graf 8 ukazuje, že zápis průběžného hodnocení byl na Dětském oddělení z celkového počtu 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) v prvním auditu v 5 ošetrovatelských dokumentacích (50%), při druhém auditu v 10 ošetrovatelských dokumentacích (100%). Na Gynekologicko-porodnickém oddělení z celkového počtu 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) v prvním auditu obsahovalo průběžné hodnocení 7 ošetrovatelských dokumentací (70%) při druhém auditu 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). Na Interním oddělení došlo k výraznému zlepšení, kdy průběžné hodnocení obsahovala pouze 1 ošetrovatelská dokumentace (10%) při prvním auditu, při druhém auditu 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). Naopak na Doléčovací a rehabilitační jednotce bylo zjištěno zhoršení o 10%, tedy v prvním auditu obsahovalo průběžné hodnocení 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) a při druhém auditu průběžné hodnocení bylo zaznamenáno pouze v 9 ošetrovatelských dokumentacích (90%). 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) Chirurgického oddělení obsahovalo průběžné hodnocení v prvním i druhém auditu. Celkově graf zaznamenává, že k zlepšení vedení ošetrovatelské dokumentace došlo na Dětském oddělení, kde při prvním auditu byla správnost 50% a při druhém auditu 100%, na Interním oddělení, kde byla správnost kritéria splněna při prvním auditu

v 10% a při druhém v 100%, na Gynekologicko-porodnickém oddělení, kde při prvním auditu byla správnost splněna v 70% a při druhém auditu v 100%. Ke zhoršení v tomto kritériu došlo na Doléčovací a rehabilitační jednotce, kdy při prvním auditu byla ošetrovatelská dokumentace 100% a při druhém auditu v ní byla nalezena chyba, tedy úspěšnost kritéria byla 90%. Při obou auditech byly naměřeny stejné výsledky 100% správnosti na Chirurgickém oddělení.

Graf 9: Identifikace sester z ošetrovatelské dokumentace



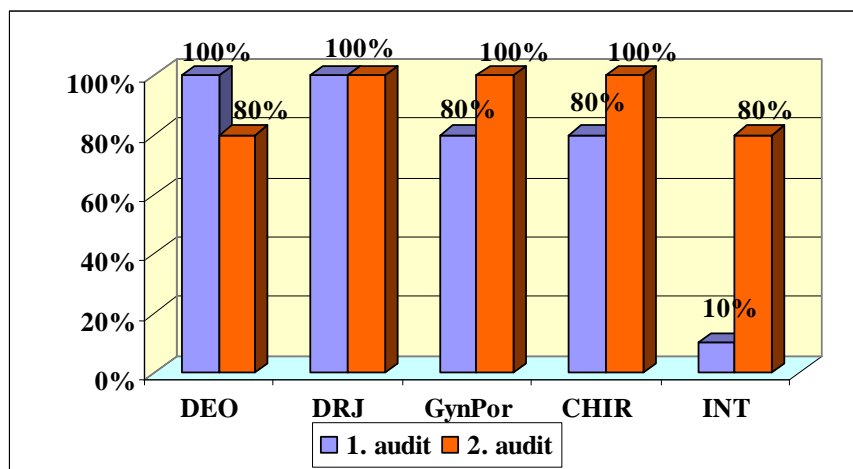
Graf 9 znázorňuje přítomnost identifikace sester z ošetrovatelské dokumentace při prvním i druhém auditu. Identifikace sestry by měla být zřejmá u každého zápisu v ošetrovatelské dokumentaci. Identifikaci sester jsme sledovaly hlavně na formulářích Hlášení, Ošetrovatelská anamnéza, Teplotka dokumentace Optiplan.

Graf 9 zaznamenává, že z vybraných 10 ošetrovatelských dokumentací Dětského oddělení (100%), 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) Doléčovací a rehabilitační jednotky, 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) Gynekologicko-porodnického oddělení, 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) Interního oddělení v prvním i druhém auditu splnilo kritérium na 100% úspěšnost.

Na Chirurgickém oddělení došlo k zlepšení výsledku, kdy při prvním auditu obsahovalo 8 ošetrovatelských dokumentací (80%) identifikaci sester u zápisu, při druhém auditu splnilo na Chirurgické oddělení 10 ošetrovatelských dokumentací (100%).

Tento graf ukazuje, že k zlepšení došlo na Chirurgickém oddělení z 80% na 100% úspěšnost. Ostatní oddělení si udržela 100% úspěšnost, které dosáhly při prvním i druhém auditu.

Graf 10: Identifikace zdravotnického zařízení



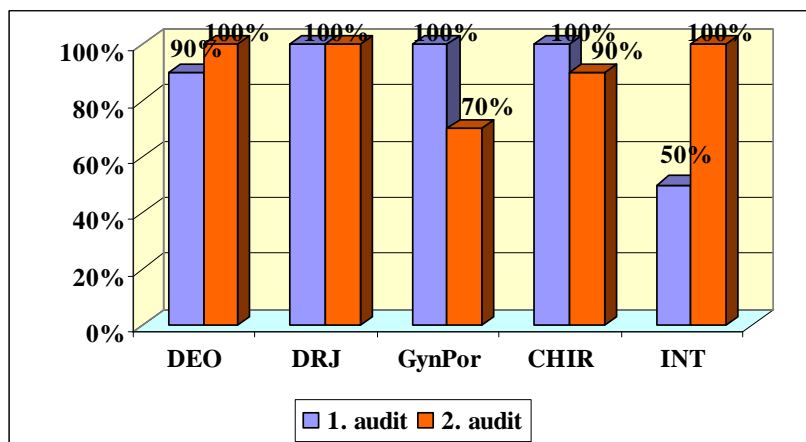
Graf 10 vykazuje identifikaci zdravotnického zařízení na všech formulářích ošetrovatelské dokumentace při prvním i druhém auditu.

Z každého formuláře ošetrovatelské dokumentace musí být jasná identifikace zdravotnického zařízení, které poskytuje péči pacientovi/klientovi. Každý formulář musí obsahovat nezbytné údaje o zdravotnickém zařízení: název zdravotnického zařízení, jeho sídlo nebo místo podnikání, identifikační číslo (bylo-li přiděleno) a dále název oddělení nebo obdobné části, je-li zdravotnické zařízení takto členěno, a telefonní číslo do zdravotnického zařízení.

Z grafu 10 je patrné, že v prvním auditu obsahovala ošetrovatelská dokumentace Dětského oddělení identifikaci zdravotnického zařízení u 10 (100%) ošetrovatelských dokumentací, při druhém auditu došlo ke zhoršení a identifikaci zdravotnického zařízení obsahovalo 8 ošetrovatelských dokumentací (80%). Ošetrovatelská dokumentace Doléčovací a rehabilitační jednotky obsahovala identifikaci zdravotnického zařízení u 10 ošetrovatelských dokumentací (100%), při prvním i druhém auditu. V prvním auditu obsahovala ošetrovatelská dokumentace Gynekologicko-porodnického oddělení identifikaci zdravotnického zařízení u 8 (80%) ošetrovatelských dokumentací, při druhém auditu došlo ke zlepšení a identifikaci zdravotnického zařízení obsahovalo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). Ošetrovatelská dokumentace Chirurgického oddělení obsahovala identifikaci zdravotnického zařízení v prvním auditu u 8 (80%) ošetrovatelských dokumentacích, při druhém auditu obsahovalo identifikaci

zdravotnického zařízení 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). V prvním auditu obsahovala ošetrovatelská dokumentace Interního oddělení identifikaci zdravotnického zařízení u 1 (10%) ošetrovatelské dokumentace, při druhém auditu došlo k výraznému zlepšení a identifikaci zdravotnického zařízení obsahovalo 8 ošetrovatelských dokumentací (80%). Celkově graf zaznamenává, že k zlepšení identifikace z jednotlivých formulářů ošetrovatelské dokumentace došlo na Gynekologicko-porodnickém a Chirurgickém oddělení, kde při prvním auditu byla správnost 80% a při druhém auditu 100% a na Interním oddělení, kde byla správnost kritéria splněna při prvním auditu v 10% a při druhém v 100%. Ke zhoršení v tomto kritériu došlo na Dětském oddělení, kdy při prvním auditu byla ošetrovatelská dokumentace 100% a při druhém auditu v ní byly nalezeny 2 chyby, tedy úspěšnost kritéria byla 80%. Při obou auditech byly naměřeny stejné výsledky 100% správnosti na Doléčovací a rehabilitační jednotce.

Graf 11: Pořadové číslo formuláře

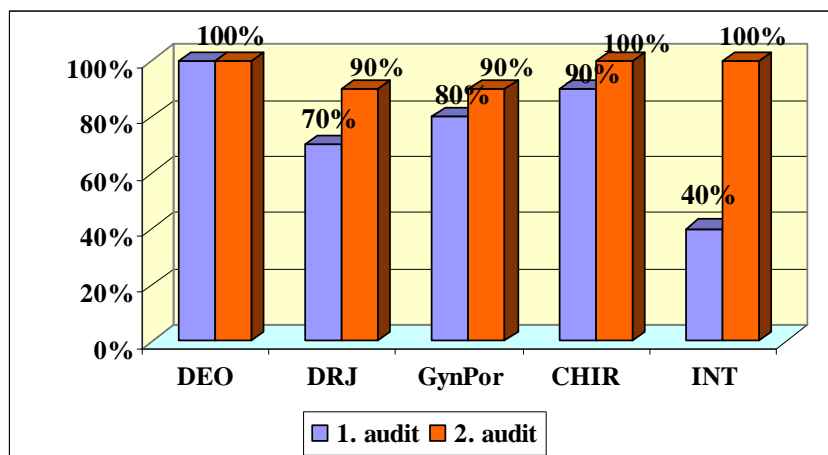


Graf 11 znázorňuje přítomnost pořadové číslo formuláře ošetrovatelské dokumentace při prvním i druhém auditu. Pořadové číslo formuláře je důležité z hlediska pravdivosti a průkaznosti řádného vedení ošetrovatelské dokumentace.

Graf 11 ukazuje, že v prvním auditu obsahovalo 9 (90%) ošetrovatelských dokumentací pořadová čísla jednotlivých formulářů Dětského oddělení, v druhém auditu došlo ke zlepšení a pořadová čísla formulářů obsahovalo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) obsahovalo pořadová čísla jednotlivých formulářů Doléčovací a rehabilitační jednotky, v prvním i druhém auditu. V prvním auditu obsahovalo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) pořadová čísla jednotlivých formulářů Gynekologicko-porodnického oddělení, v druhém auditu došlo ke zhoršení a pořadová čísla formulářů obsahovalo 7 ošetrovatelských dokumentací (70%). V prvním auditu obsahovalo 10 (100%) ošetrovatelských dokumentací pořadová čísla jednotlivých formulářů Chirurgického oddělení, v druhém auditu pořadová čísla formulářů obsahovalo 9 ošetrovatelských dokumentací (90%). V prvním auditu obsahovalo 5 (50%) ošetrovatelských dokumentací pořadová čísla jednotlivých formulářů Interního oddělení, v druhém auditu pořadová čísla formulářů obsahovalo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). Graf ukazuje, že ke zlepšení identifikace pořadových čísel došlo na Dětském oddělení z 90 % na 100% úspěšnost, Interním oddělení z 50% na 100% úspěšnost a na Chirurgickém oddělení z 90% na 100%. Ke zhoršení identifikace pořadových čísel formulářů došlo na Gynekologicko-porodnickém oddělení, kdy v prvním auditu splnilo požadavky kritéria 100%, v druhém

auditu pouze 70%. Stejná úroveň identifikace grafu byla na Doléčovací a rehabilitační jednotce 100%.

Graf 12: Čitelnost záznamů v ošetrovatelské dokumentaci



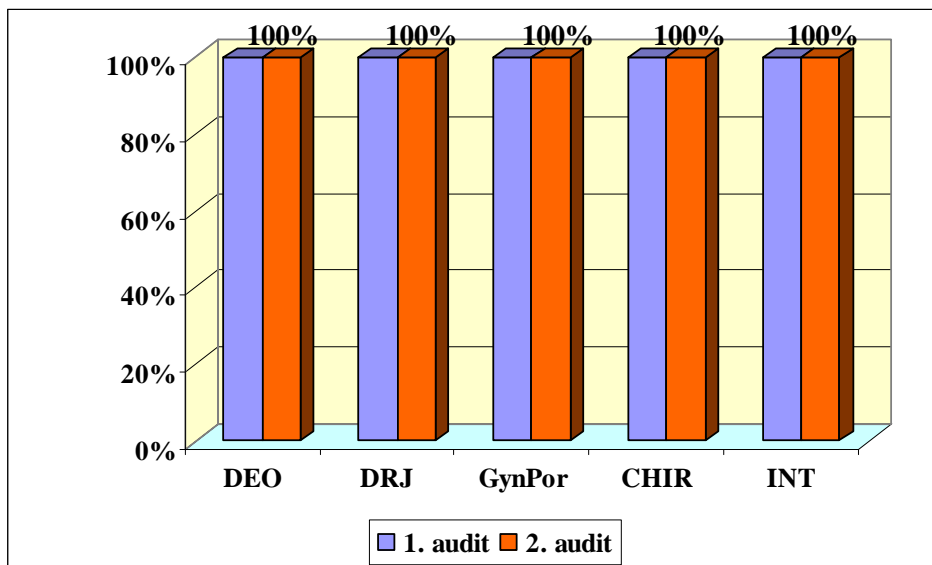
Graf 12 znázorňuje čitelnost záznamů v ošetrovatelské dokumentaci v prvním i druhém auditu. Čitelností ošetrovatelské dokumentace se rozumí subjektivní chápání písma druhého člověka. Čitelnost jsme hodnotily pouze u záznamů provedených sestrami. Hlavními formuláři při hodnocení byly formuláře: Ošetrovatelský plán a Hlášení dokumentace Optiplan.

Graf 12 zaznamenává, že v prvním auditu na Dětském oddělení bylo 10 (100%) ošetrovatelských dokumentací čitelných, v druhém auditu bylo čitelných 10 (100%) ošetrovatelských dokumentací. V prvním auditu na Doléčovací a rehabilitační jednotce bylo 7 (70%) ošetrovatelských dokumentací čitelných, v druhém auditu bylo čitelných 9 (90%) ošetrovatelských dokumentací. V prvním auditu na Gynekologicko-porodnickém oddělení bylo 8 (80%) ošetrovatelských dokumentací čitelných, v druhém auditu bylo čitelných 9 (90%) ošetrovatelských dokumentací. V prvním auditu na Chirurgickém oddělení bylo 9 (90%) ošetrovatelských dokumentací čitelných, v druhém auditu bylo čitelných 10 (100%) ošetrovatelských dokumentací. V prvním auditu na Interním oddělení byly 4 (40%) ošetrovatelské dokumentace čitelné, v druhém auditu bylo čitelných 10 (100%) ošetrovatelských dokumentací.

Z grafu tedy celkově vyplývá, že Dětské oddělení dosáhlo v obou auditech 100% správnosti, Doléčovací a rehabilitační jednotka dosáhla zlepšení ze 70% na 90%, Gynekologicko porodnické oddělení dosáhlo zlepšení z 80% na 90% a Interní oddělení

dosáhlo zlepšení ze 40% na 100% a Chirurgické oddělení dosáhlo zlepšení z 90% na 100%.

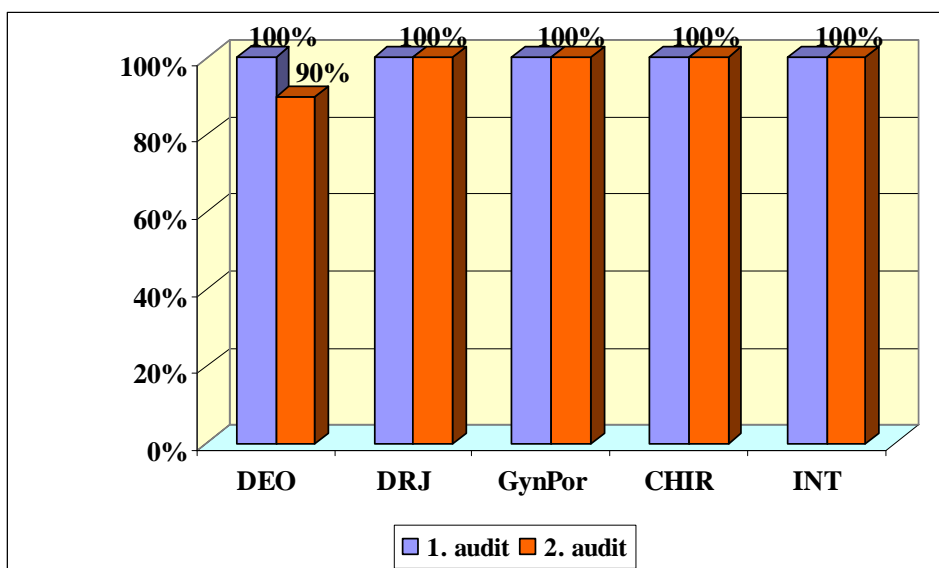
Graf 13: Jmenný seznam pracovníků



Graf 13 znázorňuje přítomnost aktuálního jmenného seznamu pracovníků na odděleních. Jmenný seznam pracovníků, kteří zapisují záznamy do ošetrovatelské dokumentace, musí obsahovat jméno, popřípadě jména, příjmení a titul a parafu.

Z grafu 13 vyplývá, že všechna oddělení měla vypracovaný jmenný seznam s podpisy/parafami pracovníků při prvním i druhém auditu ve 100%.

Graf 14: Identifikace sester u medikace léků



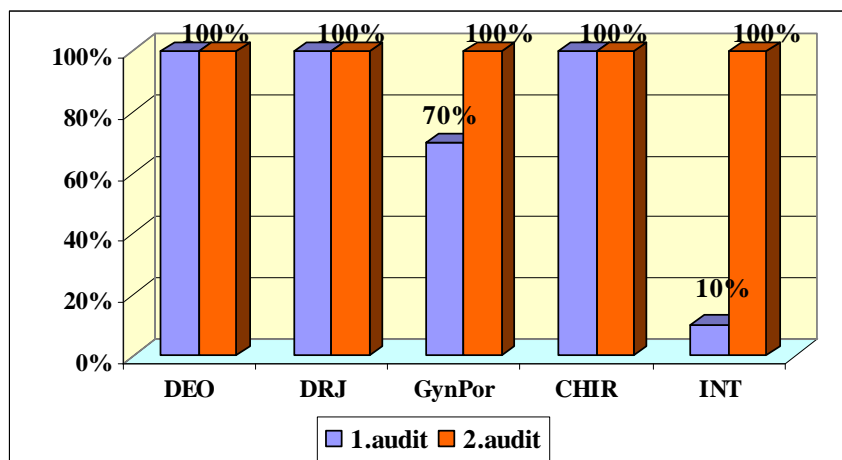
Graf 14 znázorňuje průkaznost identifikace sester u medikace léků. Při podávání léků musí být z ošetrovatelské dokumentace jasně zřetelné, která sestra připravila lék a která sestra lék podala. Ošetrovatelská dokumentace Optiplan je k tomuto zápisu přizpůsobena a obsahuje místo vyhrazené pro parafy/podpisy sester.

Graf 14 znázorňuje, že v prvním auditu obsahovalo deset (100%) ošetrovatelských dokumentací identifikaci sester u podávání a přípravy léků Dětského oddělení, v druhém auditu došlo k zhoršení a identifikaci obsahovalo 9 ošetrovatelských dokumentací (90%). V prvním auditu obsahovalo 10 (100%) ošetrovatelských dokumentací identifikaci sester u podání a přípravy léků Doléčovací a rehabilitační jednotky, v druhém auditu identifikaci sester obsahovalo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). V prvním auditu obsahovalo 10 (100%) ošetrovatelských dokumentací identifikaci sester u podávání a přípravy léků Gynekologicko-porodnického oddělení, v druhém auditu obsahovalo identifikaci sester u přípravy a podání léků 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). V prvním auditu obsahovalo 10 (100%) ošetrovatelských dokumentací identifikaci sester při přípravě a podání léků Chirurgického oddělení, v druhém auditu identifikaci sester u přípravy a podávání léků obsahovalo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). V prvním auditu obsahovalo 10 (100%) ošetrovatelských dokumentací identifikaci sester u podání a přípravy léků

Interního oddělení, v druhém auditu identifikaci sester u podání a přípravy léků obsahovalo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%).

Celkově graf popisuje, že ke zhoršení identifikace sester u podávání léků došlo na Dětském oddělení. Stejná úroveň identifikace grafu byla na Doléčovací a rehabilitační jednotce (100%), Gynekologicko-porodnickém oddělení (100%), Chirurgickém oddělení (100%) a Interním oddělení (100%). Ke zlepšení v tomto kritériu nedošlo na žádném z oddělení.

Graf 15: Černé záznamy noční služby

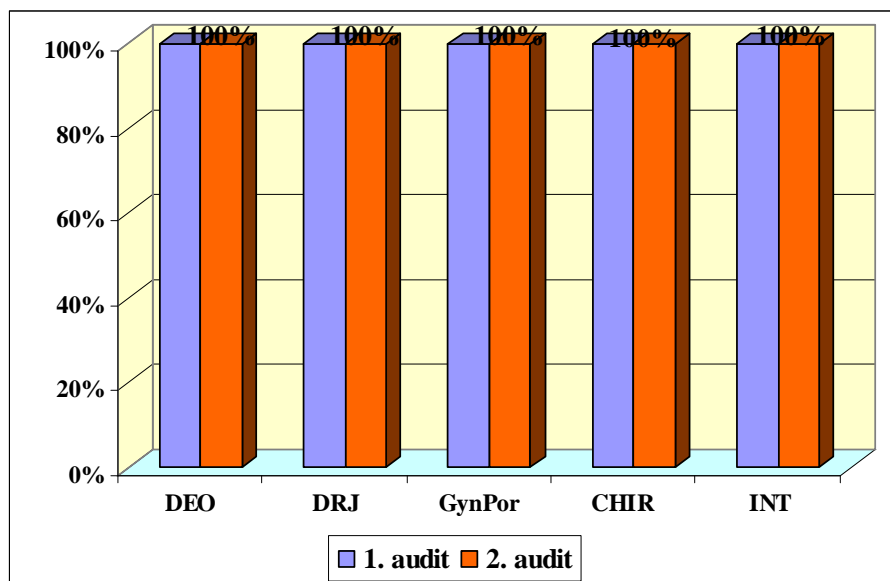


Graf 15 popisuje četnost záznamů noční služby černou propisovací tužkou při prvním i druhém auditu. Noční služba sester má zápis do ošetrovatelské dokumentace vést černou barvou, stanovení dané na základě doporučení ošetrovatelské dokumentace Optiplan.

Graf 15 popisuje, že v prvním auditu obsahovalo 10 (100%) ošetrovatelských dokumentací zápis noční služby černou barvou Dětského oddělení, v druhém auditu zápisy černou barvou obsahovalo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). V prvním auditu obsahovalo 10 (100%) ošetrovatelských dokumentací zápisy noční služby černou barvou Doléčovací a rehabilitační jednotky, v druhém auditu došlo k zlepšení a zápisy černou barvou obsahovalo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). V prvním auditu obsahovalo 7 (70%) ošetrovatelských dokumentací zápisy noční služby černou barvou Gynekologicko-porodnického oddělení, v druhém auditu zápisy noční služby černou barvou obsahovalo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). V prvním auditu obsahovalo 10 (100%) ošetrovatelských dokumentací identifikaci sester při přípravě a podání léků Chirurgickém oddělení, v druhém auditu zápisy noční služby černou barvou obsahovalo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). V prvním auditu obsahovala 1 (10%) ošetrovatelská dokumentace zápisy noční služby černou barvou Interního oddělení, v druhém auditu zápis noční služby černou barvou obsahovalo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%).

Celkově graf popisuje, že ke zlepšení došlo na Gynekologicko-porodnickém oddělení z 70% do 100% úspěšnosti a na Interním oddělení z 10% na 100%. Stejná úroveň identifikace grafu byla na Dětském oddělení (100%), Doléčovací a rehabilitační jednotce (100%), Chirurgickém oddělení (100%).

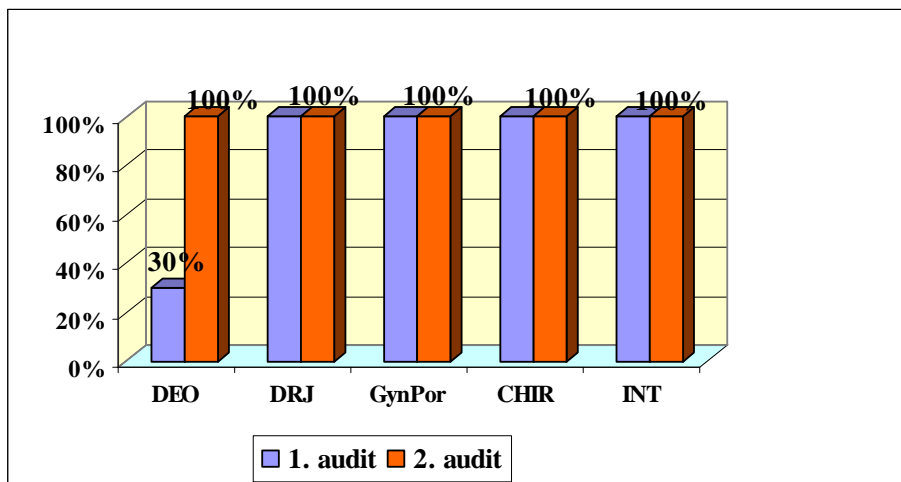
Graf 16: Ošetřovatelská dokumentace u každého pacienta/klienta



Graf 16 vedení ošetřovatelské dokumentace u každého pacienta/klienta při prvním i druhém auditu. Ošetřovatelská dokumentace musí být vedena u každého pacienta/klienta na všech odděleních.

Graf 16 znázorňuje, že všechna oddělení z celkového počtu 50 ošetřovatelských dokumentací (100%) vedou ošetřovatelské dokumentace u každého pacienta/klienta. Výsledek byl zjištěn u prvního i druhého auditu ošetřovatelské dokumentace.

Graf 17: Užívání signalizačních jezdců



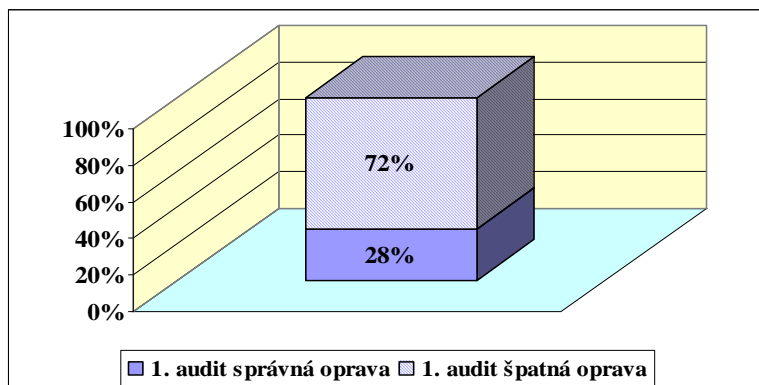
Graf 17 ukazuje užívání signalizačních jezdců ošetrovatelské dokumentace při prvním i druhém auditu.

Signalizační jezdcé jsou na každé ošetrovatelské dokumentaci Optiplan. Slouží k zlepšení komunikace mezi zdravotnickými pracovníky. Signalizační jezdcé sestry upozorňují skutečnosti v léčbě, diagnostice u pacienta/klienta.

Z grafu 17 je patrné, že v prvním auditu ošetrovatelské dokumentace Dětského oddělení využívaly sestry signalizačních jezdců z celkového počtu 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) u 3 ošetrovatelských dokumentací (30%), při druhém auditu došlo ke zlepšení a užívání signalizačních jezdců bylo u 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). V prvním i druhém auditu ošetrovatelské dokumentace Doléčovací a rehabilitační jednotky, Gynekologicko-porodnického oddělení, Chirurgického oddělení, Interního oddělení, využívaly sestry signalizačních jezdců z celkového počtu 10 ošetrovatelských dokumentací (100%/pro každé oddělení).

Celkově tento graf popisuje, že k zlepšení využívání signalizačních jezdců došlo na Dětském oddělení, kde byla 30% úspěšnost při prvním auditu a při druhém auditu 100% úspěšnost. Ostatní oddělení udržela 100% úspěšnost užívání signalizačních jezdců při prvním i druhém auditu ošetrovatelské dokumentace.

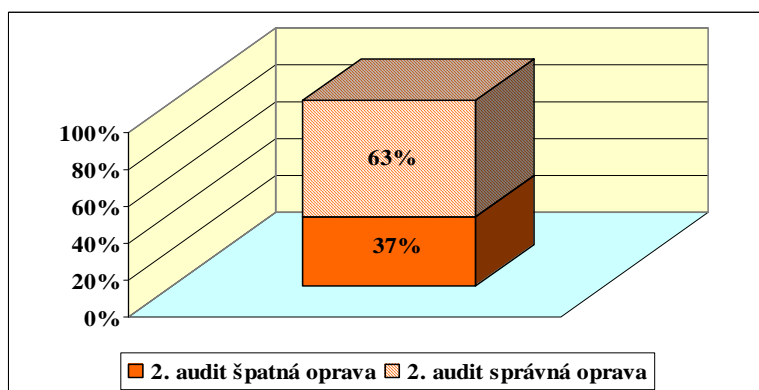
Graf 18: Chybné záznamy – první audit



Graf 18 znázorňuje procentuální četnost chybných záznamů při prvním auditu. Správná oprava by měla být provedena pouze jednoduchým škrtnutím přepisovaného záznamu. Vyhláška uvádí, že přepisovaný záznam by měl zůstat čitelný.

Graf 18 ukazuje, že při prvním auditu bylo ze 14 chybných záznamů (100%) (ze všech oddělení) správně opraveny 4 záznamy (28%) a špatně opraveno 10 záznamů (72%) ze všech dokumentací.

Graf 19: Chybné záznamy – druhý audit

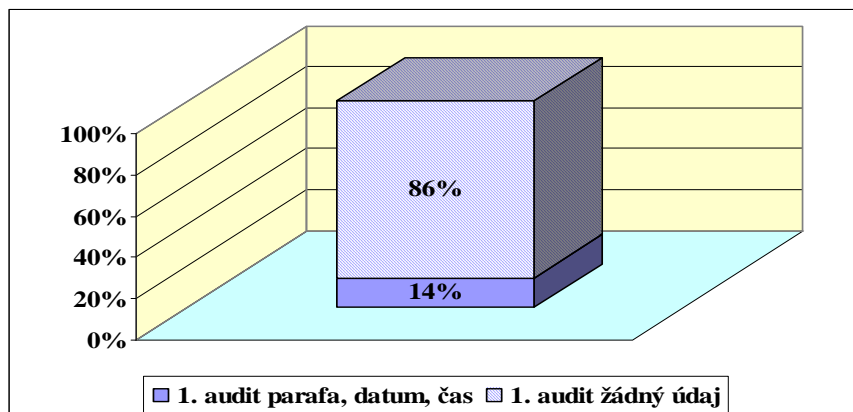


Graf 19 znázorňuje procentuální četnost chybných záznamů druhého auditu.

Správná oprava by měla být provedena pouze jednoduchým škrtnutím přepisovaného záznamu. Vyhláška uvádí, že přepisovaný záznam by měl zůstat čitelný.

Graf 19 zaznamenává, že při druhém auditu ošetřovatelské dokumentace bylo ze 16 nalezených chybných opravených záznamů (100%) opraveno 6 záznamů správně (37%) a 10 záznamů špatně (63%).

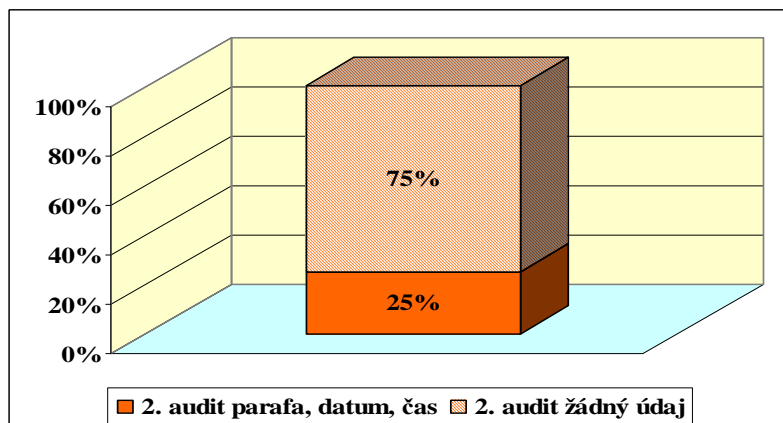
Graf 20: Podpis u přepisu chybného záznamu-první audit



Graf 20 znázorňuje přítomnost podpisu u přepisu chybného záznamu při prvním auditu. U přepisu chybného záznamu musí přepis obsahovat parafu pracovníka, který přepis provedl, datum a čas, kdy byl přepis proveden.

Z grafu 20 vyplývá, že v prvním auditu obsahovalo 14 přepisů ze všech vybraných oddělení 2 přepisy obsahovaly požadované údaje (14%) a 12 přepisů neobsahovalo údaje žádné (86%).

Graf 21: Podpis u přepisu chybného záznamu-druhý audit



Graf 21 znázorňuje podpis u přepisu chybného záznamu při druhém auditu.

U přepisu chybného záznamu musí přepis obsahovat parafu pracovníka, který přepis provedl, datum a čas, kdy byl přepis proveden.

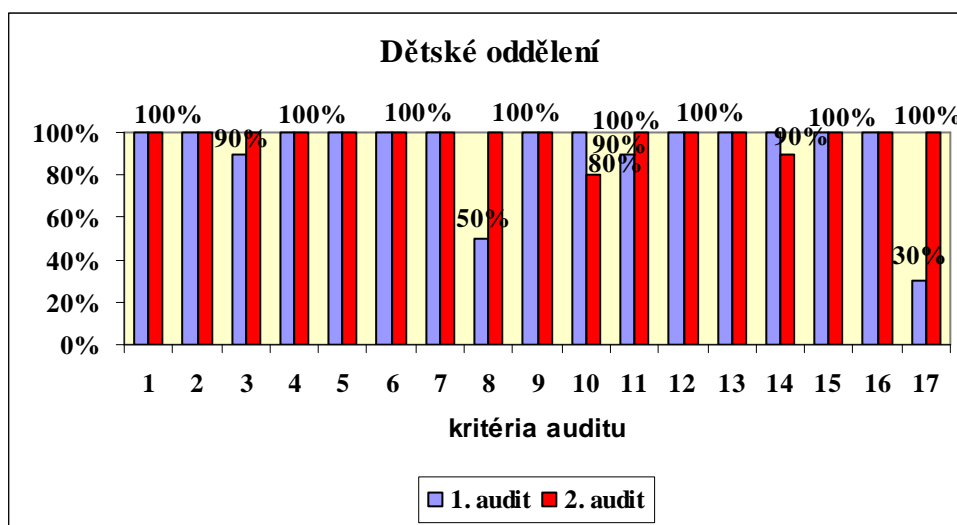
Graf 21 popisuje výsledek druhého auditu, kdy z celkového počtu 16 opravených zápisů chybné obsahovaly parafu, datum a čas 4 záznamy (25%) a žádný záznam obsahovalo 10 opravených zápisů (75%).

4.2 Celkové výsledky dle jednotlivých oddělení

V těchto grafech je znázorněno, jak si jednotlivá oddělení vedla v jednotlivých odděleních v prvním i druhém auditu. Popis jednotlivých kritérií obsahuje příloha 4.

Hlavní sestra Nemocnice Pelhřimov stanovila hranici úspěšnosti splnění auditu na 80% (graf 27).

Graf 22: Dětské oddělení

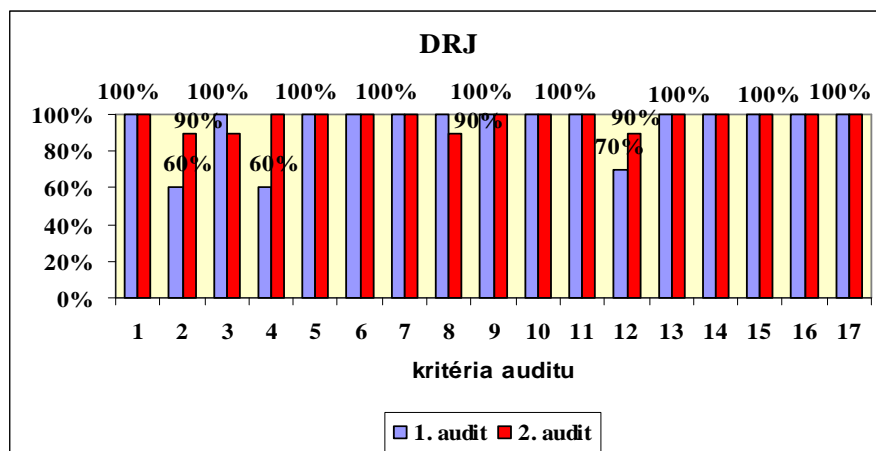


Graf 22 popisuje splnění sledovaných kritérií v rámci Dětského oddělení. 10 ošetřovatelských dokumentací (100%) Dětského oddělení splnilo stanovená kritéria 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 15, 16. Kritérium 3 „Obsahuje ošetřovatelská anamnéza podpis pacienta/klienta (popř. rodinných příslušníků u dětí)?“ splnilo v prvním auditu 9 ošetřovatelských dokumentací (90%), ve druhém auditu dosáhlo Dětské oddělení zlepšení a 10 ošetřovatelských dokumentací (100%) bylo bez nalezené chyby. Kritérium 8 „Hodnocení ošetřovatelského plánu je prováděno minimálně 1x týdně?“ splnilo 5 ošetřovatelských dokumentací (50%), při druhém auditu byly chyby napraveny a kritérium splnilo 10 ošetřovatelských dokumentací (100%). Kritérium 11 „Obsahuje každý formulář ošetřovatelské dokumentace pořadové číslo formuláře (list č.)?“ splnilo při prvním auditu 9 ošetřovatelských dokumentací (90%), při druhém auditu byly chyby napraveny a kritérium splnilo 10 ošetřovatelských dokumentací (100%). Kritérium 17 „Používá zdravotnický personál na oddělení signalizační jezdce, dle zvyklostí oddělení?“ v prvním auditu splnily 3 ošetřovatelské dokumentace (30%), při druhém

auditu byly chyby napraveny a kritérium splnilo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). V porovnání s výsledky prvního auditu došlo k zhoršení u kritéria 10 „Obsahuje každý formulář ošetrovatelské dokumentace identifikaci zdravotnického zařízení a oddělení?“, které splnilo v prvním auditu 10 ošetrovatelských dokumentací (100%), při druhém auditu splnilo kritérium 8 ošetrovatelských dokumentací (80%). Kritérium 14 „Je jasné z teplotky, která sestra medikaci připravila a podala/provedla výkon?“ splnilo v prvním auditu 10 ošetrovatelských dokumentací (100%), při druhém auditu splnilo kritérium 9 ošetrovatelských dokumentací (90%).

Dětské oddělení zlepšilo vedení ošetrovatelské dokumentace v kritériích 3, 8, 11, 17. Naopak u kritéria 10 a 14 byly nalezeny nedostatky oproti výsledku prvního auditu. Ve zbývajících kritériích tj. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 15, 16 byla úroveň splnění kritérií při obou auditech 100%. Na Dětském oddělení při porovnání výsledků prvního a druhého auditu došlo k průměrnému zlepšení o 7 %.

Graf 23: Doléčovací a rehabilitační jednotka

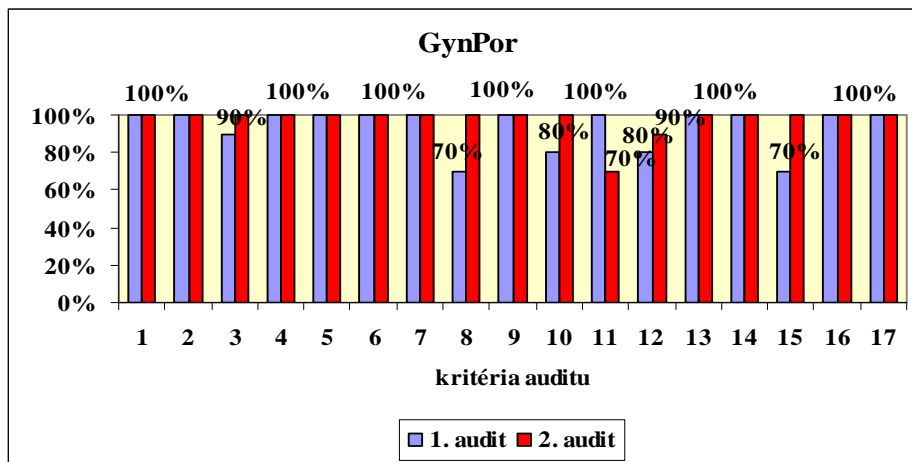


Graf 23 popisuje splnění sledovaných kritérií v rámci Doléčovací a rehabilitační jednotky. 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) splnilo stanovená kritéria 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17 v obou auditech. U kritéria 2 „Je ošetrovatelská anamnéza vypsána do 24 hodin?“ splnilo v prvním auditu 6 ošetrovatelských dokumentací (60%), ve druhém auditu dosáhla Doléčovací a rehabilitační jednotka zlepšení a 9 ošetrovatelských dokumentací (90%) bylo bez nalezené chyby. Kritérium 4 „Jsou ošetrovatelské diagnózy vypsány do 48 hodin?“ splnilo v prvním auditu 6 ošetrovatelských dokumentací (60%), při druhém auditu byly chyby napraveny a kritérium splnilo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). Kritérium 12 „Jsou všechny zaznamenané údaje do formulářů ošetrovatelské dokumentace čitelné?“ splnilo při prvním auditu 7 ošetrovatelských dokumentací (70%), při druhém auditu byly chyby napraveny a kritérium splnilo 9 ošetrovatelských dokumentací (90%). V porovnání s výsledky prvního auditu došlo k zhoršení u kritéria 3 „Obsahuje ošetrovatelská anamnéza podpis pacienta/klienta (popř. rodinných příslušníků)?“, které splnilo v prvním auditu 10 ošetrovatelských dokumentací (100%), při druhém auditu splnilo kritérium 9 ošetrovatelských dokumentací (90%). Kritérium 8 „Hodnocení ošetrovatelského plánu je prováděno minimálně 1x týdně“ splnilo v prvním auditu 10 ošetrovatelských dokumentací (100%), při druhém auditu splnilo 9 ošetrovatelských dokumentací (90%).

Doléčovací a rehabilitační jednotka zlepšila vedení ošetrovatelské dokumentace v kritériích 2, 4, 12. Naopak u kritérií 3, 8 byly nalezeny nedostatky oproti výsledku prvního auditu. Zbývající kritéria 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17 byla splněna při prvním i druhém auditu na 100% úspěšnost.

Na Doléčovací a rehabilitační jednotce při porovnání výsledků prvního a druhého auditu je průměrné zlepšení o 4%.

Graf 24: Gynekologicko-porodnické oddělení

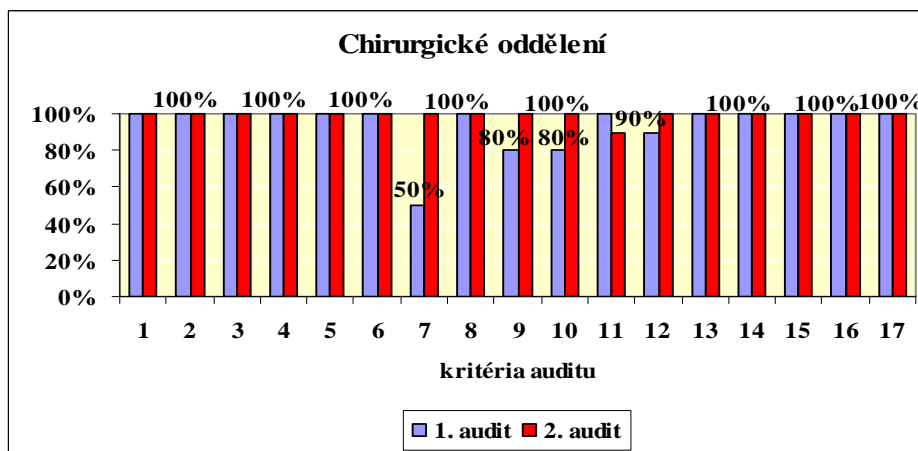


Graf 24 popisuje splnění sledovaných kritérií v rámci Gynekologicko-porodnického oddělení. 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) splnilo stanovená kritéria 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 13, 14, 16, 17 v obou auditech. U kritéria 3 „Obsahuje ošetrovatelská anamnéza podpis pacienta/klienta (popř. rodinných příslušníků u dítěte)?“ splnilo v prvním auditu 9 ošetrovatelských dokumentací (90%), ve druhém auditu dosáhlo Gynekologicko-porodnické oddělení zlepšení tj. 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) bylo bez nalezené chyby. Kritérium 8 „Hodnocení ošetrovatelského plánu je prováděno minimálně 1x týdně?“ splnilo 7 ošetrovatelských dokumentací (70%), při druhém auditu byly chyby napraveny a kritérium splnilo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). Kritérium 10 „Obsahuje každý formulář identifikaci zdravotnického zařízení a oddělení?“ splnilo při prvním auditu 8 ošetrovatelských dokumentací (80%), při druhém auditu byly chyby napraveny a kritérium splnilo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). Kritérium 12 „Jsou všechny zaznamenané údaje v ošetrovatelské dokumentaci čitelné?“ splnilo při prvním auditu 8 ošetrovatelských dokumentací (80%), při druhém auditu byly chyby napraveny a kritérium splnilo 9 ošetrovatelských dokumentací (90%). Kritérium 15 „Jsou údaje psané noční službou černě?“ splnilo 7 ošetrovatelských dokumentací (70%), při druhém auditu byly chyby napraveny a kritérium splnilo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). V porovnání s výsledky prvního auditu došlo k zhoršení u kritéria 11 „Obsahuje každý formulář ošetrovatelské dokumentace pořadové číslo formuláře (list č.)“, které splnilo v prvním auditu 10 ošetrovatelských

dokumentací (100%), při druhém auditu splnilo kritérium 7 ošetrovatelských dokumentací (70%).

Gynekologicko-porodnické oddělení zlepšilo vedení ošetrovatelské dokumentace v kritériích 3, 8, 10, 12, 15. Naopak u kritéria 11 byly nalezeny nedostatky oproti výsledku prvního auditu. Ve zbývajících kritériích tj. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 13, 14, 16, 17 byla úroveň splnění výborná (100%) při prvním i druhém auditu. Na Gynekologicko-porodnickém oddělení při porovnání výsledků prvního a druhého auditu je průměrné zlepšení o 9%.

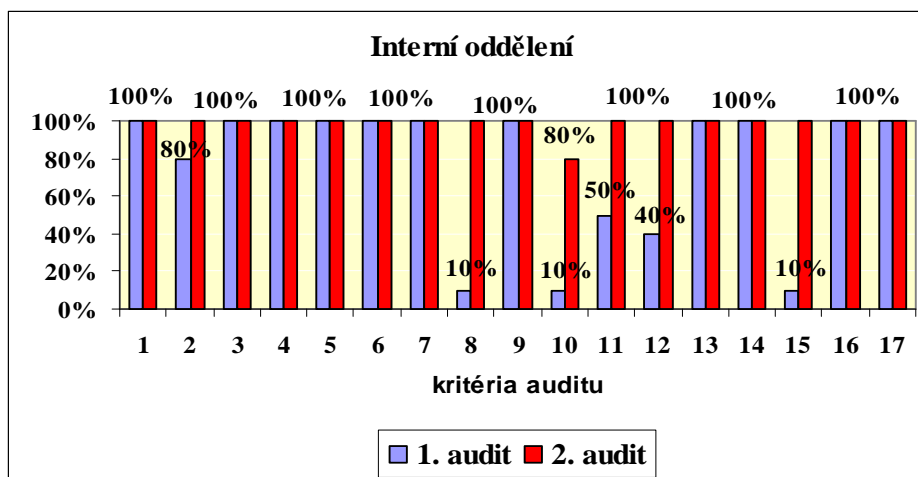
Graf 25: Chirurgické oddělení



Graf 25 popisuje splnění sledovaných kritérií v rámci Chirurgického oddělení. 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) splnilo stanovená kritéria 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 13, 14, 15, 16, 17 v obou auditech. U kritéria 7 „Obsahuje ošetrovatelský plán písemný plán ošetrovatelských intervencí?“ splnilo v prvním auditu z celkového počtu 10 (100%) ošetrovatelských dokumentací 5 ošetrovatelských dokumentací (50%), ve druhém auditu splnilo kritérium všech 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). U kritéria 9 „Lze z ošetrovatelské dokumentace jasně identifikovat sestru, která provedla záznam?“ splnilo v prvním auditu 8 ošetrovatelských dokumentací (80%), ve druhém auditu dosáhly zlepšení a 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) bylo bez nalezené chyby. Kritérium 10 „Obsahuje každý formulář ošetrovatelské dokumentace identifikaci zdravotnického zařízení a oddělení?“ splnilo 8 ošetrovatelských dokumentací (80%), při druhém auditu byly chyby napraveny a kritérium splnilo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). Kritérium 12 „Jsou všechny zaznamenané údaje do formulářů ošetrovatelské dokumentace čitelné?“ splnilo při prvním auditu 9 ošetrovatelských dokumentací (90%), při druhém auditu byly chyby napraveny a kritérium splnilo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). V porovnání s výsledky prvního auditu došlo k zhoršení u kritéria 11 „Obsahuje každý formulář ošetrovatelské dokumentace pořadové číslo formuláře?“, které splnilo v prvním auditu 10 ošetrovatelských dokumentací (100%), při druhém auditu splnilo kritérium 9 ošetrovatelských dokumentací (90%).

Z grafu 24 je možno vyčíst, že Chirurgické oddělení zlepšilo vedení ošetrovatelské dokumentace v kritériích 7, 9, 10, 12. Ke zhoršení vedení ošetrovatelské dokumentace došlo pouze v 11 kritériu z 100% bezchybnosti na 90%. Na Chirurgickém oddělení při porovnání výsledků prvního a druhého auditu je průměrné zlepšení o 5%.

Graf 26: Interní oddělení

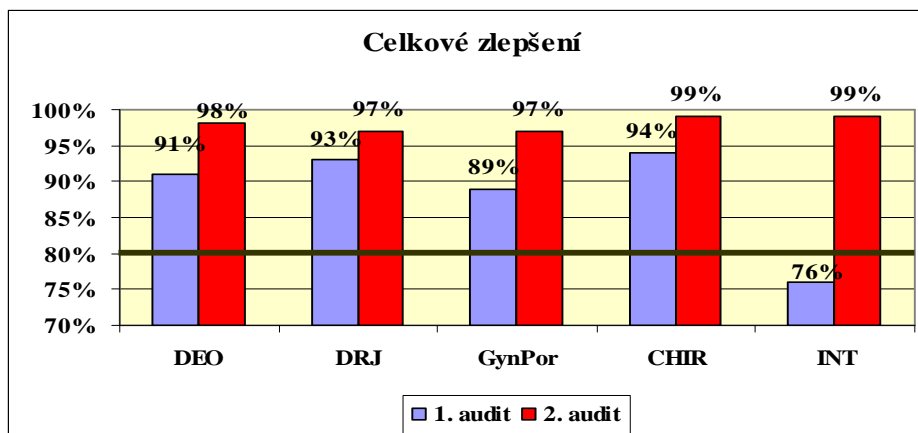


Graf 26 popisuje splnění sledovaných kritérií v rámci Interního oddělení. 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) splnilo stanovená kritéria 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 13, 14, 16, 17 v obou auditech. U kritéria 2 „Je ošetrovatelská anamnéza vypsána do 24 hodin?“ splnilo v prvním auditu 8 ošetrovatelských dokumentací (80%), ve druhém auditu dosáhlo Interní oddělení zlepšení a 10 ošetrovatelských dokumentací (100%) bylo bez nalezené chyby. Kritérium 8 „Hodnocení ošetrovatelského plánu je prováděno minimálně 1x týdně“ splnily 1 ošetrovatelské dokumentace (10%), při druhém auditu byly chyby napraveny a kritérium splnilo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). Kritérium 10 „Obsahuje každý formulář ošetrovatelské dokumentace identifikaci zdravotnického zařízení a oddělení?“ splnila při prvním auditu 1 ošetrovatelská dokumentace (10%), při druhém auditu byly chyby napraveny a kritérium splnilo 8 ošetrovatelských dokumentací (80%). Kritérium 11 „Obsahuje každý formulář ošetrovatelské dokumentace pořadové číslo formuláře (list č.)?“ splnilo 5 ošetrovatelských dokumentací (50%), při druhém auditu byly chyby napraveny a kritérium splnilo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). Kritérium 12 „Jsou všechny zaznamenané údaje v ošetrovatelské dokumentaci čitelné?“ splnily při prvním auditu 4 ošetrovatelské dokumentace (40%), při druhém auditu byly chyby napraveny a kritérium splnilo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%). Kritérium 15 „Jsou údaje psané noční službou černě?“ splnila při prvním auditu 1 ošetrovatelská dokumentace

(10%), při druhém auditu byly chyby napraveny a kritérium splnilo 10 ošetrovatelských dokumentací (100%).

Interní oddělení zlepšilo vedení ošetrovatelské dokumentace v kritériích 2, 8, 10, 11, 12, 15. Na Interním oddělení při porovnání výsledků prvního a druhého auditu je průměrné zlepšení o 23%.

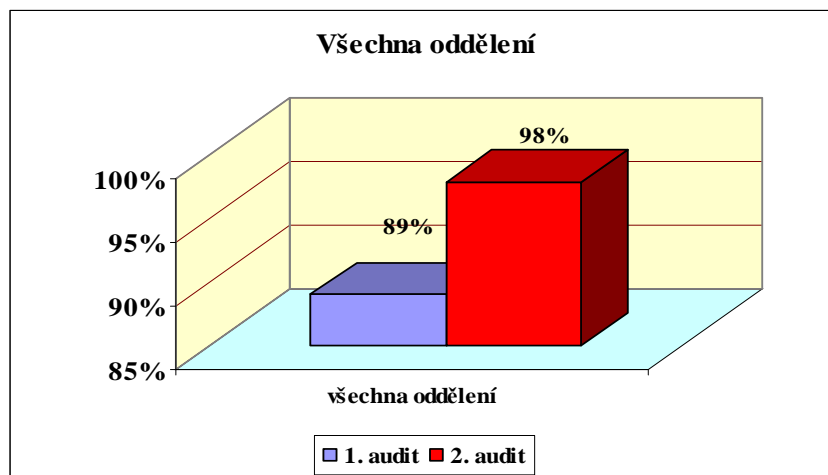
Graf 27: Celkové výsledky – dle oddělení



Graf 27 popisuje celkové výsledky všech oddělení při prvním i druhém auditu. Graf 27 ukazuje, že Dětské oddělení zlepšilo výsledek z 91% při prvním na 98% při druhém auditu. Doléčovací a rehabilitační jednotka a zlepšila vedení ošetrovatelské dokumentace o 4% tj. z 93% na 97%. Gynekologicko-porodnické oddělení zlepšilo vedení ošetrovatelské dokumentace o 8% a to z 89% na 97%. Chirurgické oddělení zlepšilo vedení ošetrovatelské o 5% tj. z 94% na 99%. Největšího zlepšení o 23% dosáhlo Interní oddělení, které vedení ošetrovatelské dokumentace při prvním auditu obhájilo na 76% a při druhém auditu na výborných 99%.

Vzhledem k stanovené hranici hlavní sestrou nemocnice po druhém auditu splnila všechna oddělení 80% úspěšnost, tedy při druhém auditu měla všechna oddělení výborné výsledky.

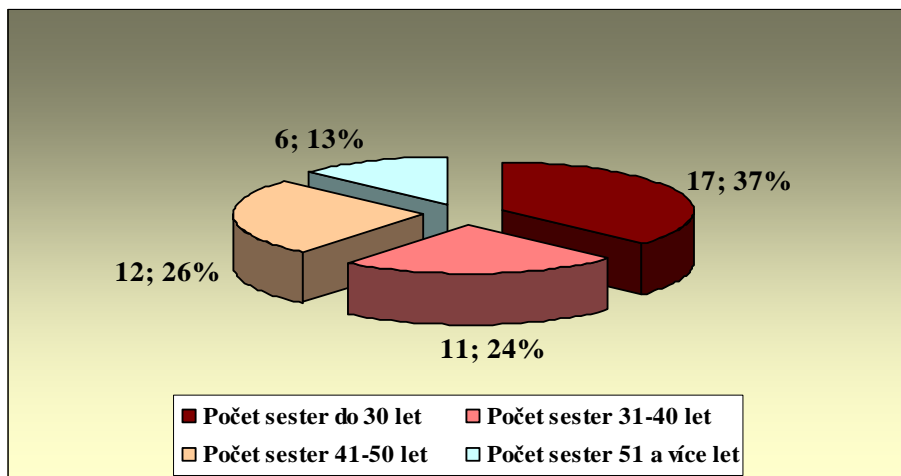
Graf 28: Všechna oddělení



Graf 28 popisuje průměrný výsledek všech oddělení při prvním i druhém auditu. Při prvním auditu bylo celkově dosaženo 89% a při druhém auditu bylo dosaženo zlepšení hodnoty na 98% úspěšnost průměrnou pro všechna oddělení.

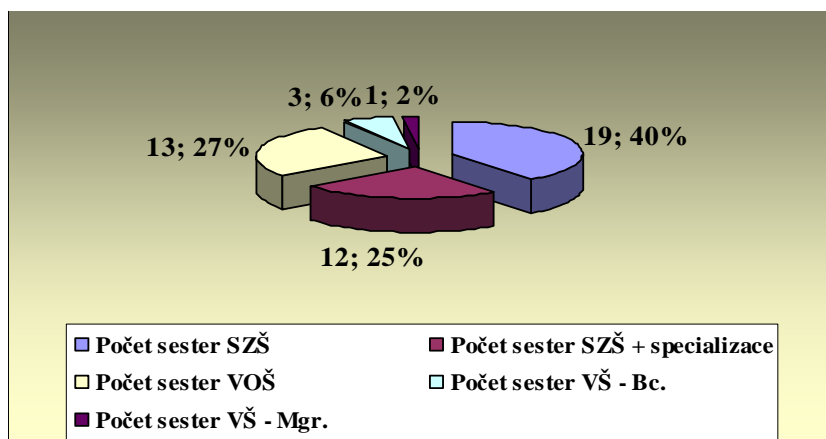
4.3 Výsledky ankety

Graf 29: Věk sester



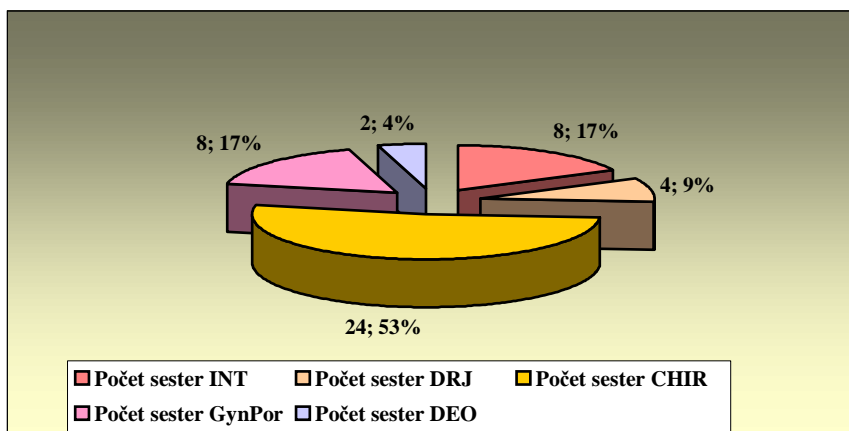
Graf 29 popisuje věk dotazovaných sester. Věk byl rozčleněn do 4 kategorií. Z celkového počtu 46 (100%) sester bylo 17 sester (37%) do 30-ti let; 11 sester (24%) mezi 31. – 40. rokem věku; 12 sester (26%) mezi 41. – 50. rokem věku a 6 sester (13%) bylo starších 51 let.

Graf 30: Vzdělání sester



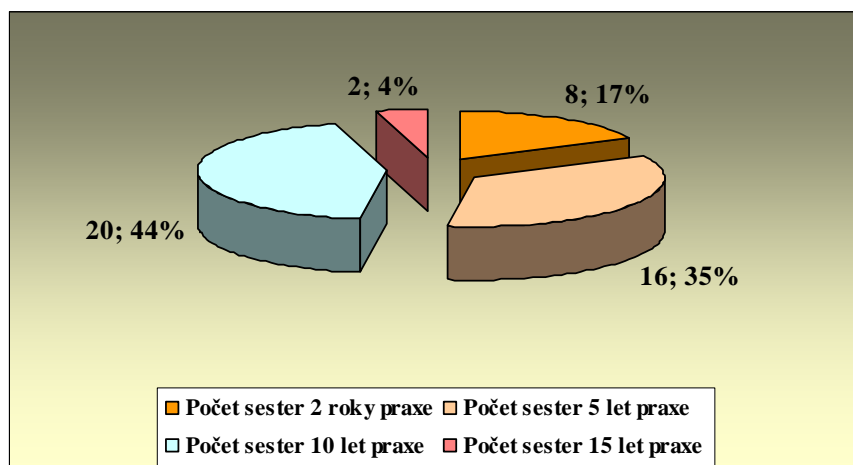
Graf 30 zobrazuje vzdělání dotazovaných sester. Z celkového počtu 46 sester (100%) bylo středoškolsky vzdělaných sester bylo 19 (40%). Střední zdravotnickou školu a specializaci mělo 12 sester (25%). Vyšší odborné vzdělání mělo 13 sester (27%). Vysokoškolské vzdělání bakalářského studia měly 3 sestry (6%) a vysokoškolské vzdělání magisterského studia byla 1 sestra (2%).

Graf 31: Počet sester-oddělení



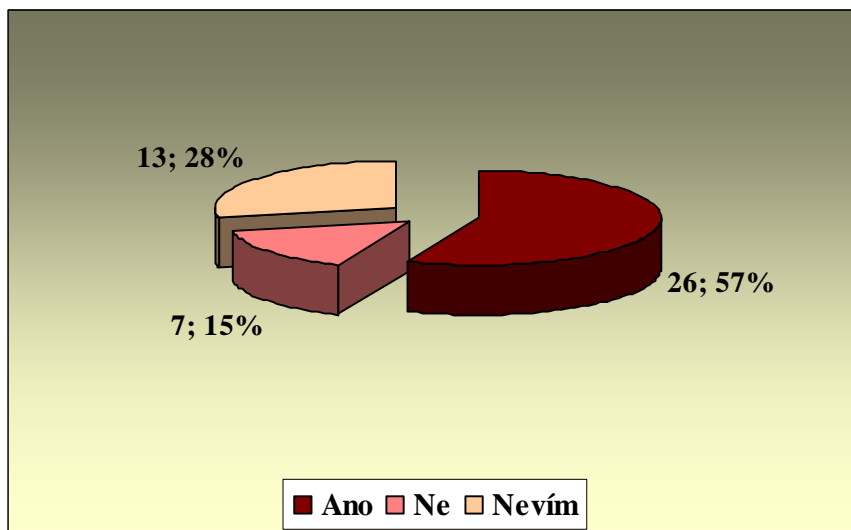
Graf 31 popisuje rozčlenění jednotlivých sester z oddělení. Z Dětského oddělení odpovídaly na otázky ankety 2 sestry (4%); z Doléčovací a rehabilitační jednotky se zúčastnily anketních otázek 4 sestry (9%); Gynekologicko-porodnické oddělení bylo zastoupeno 8 sestrami (17%); Chirurgické oddělení bylo zastoupeno 24 sestrami (53%) a z Interního oddělení se zapojilo do anketních otázek 8 sester (17%).

Graf 32: Délka práce sester s dokumentací Optiplan



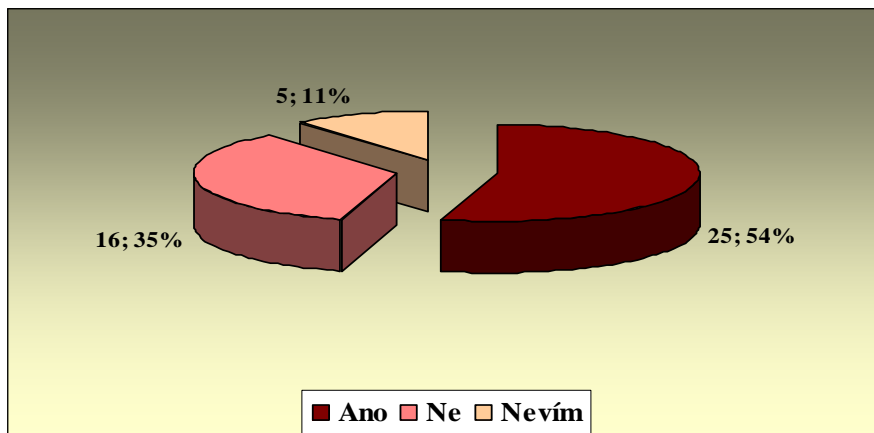
Graf 32 zobrazuje délku práce sester s ošetrovatelskou dokumentací Optiplan. Z celkového počtu 46 sester (100%) mělo 8 sester (17%) praxi s ošetrovatelskou dokumentací do 2 let, 16 sester (35%) mělo praxi do 5 let, 20 sester (44%) mělo praxi do 10 let a 2 sestry (4%) s praxí do 15 let.

Graf 33: Vliv standardu „Jednotné vedení ošetrovatelské dokumentace“ na kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace



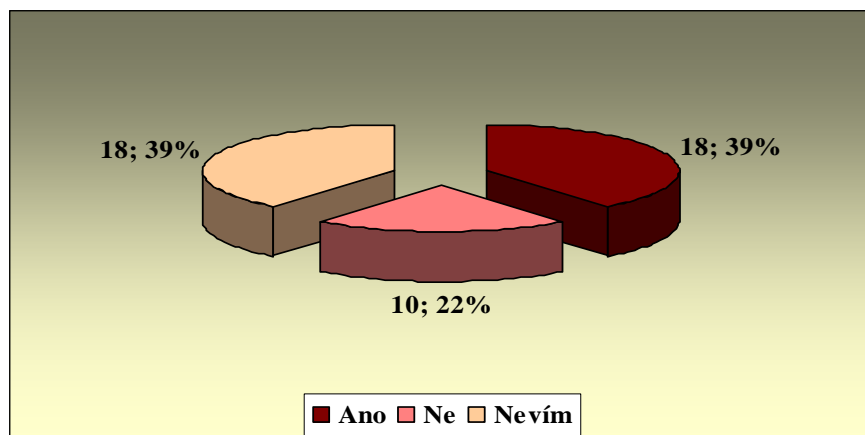
Graf 33 ukazuje výsledky vyplývající z anketní otázky, jestli stanovení standardu „Jednotné vedení ošetrovatelské dokumentace“ zvyšuje kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace. Z celkového počtu 46 sester (100%) si myslí 26 sester (57%), že kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace zvyšuje vypracování standardu ošetrovatelské dokumentace; sedm sester (15%) si myslí, že vypracování standardu ošetrovatelské dokumentace nezlepšuje vedení ošetrovatelské dokumentace a 13 sester (28%) neví, jestli vypracování standardu ošetrovatelské dokumentace zvyšuje kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace.

Graf 34: Vliv auditu ošetrovateľskej dokumentácie na kvalitu vedení dokumentácie



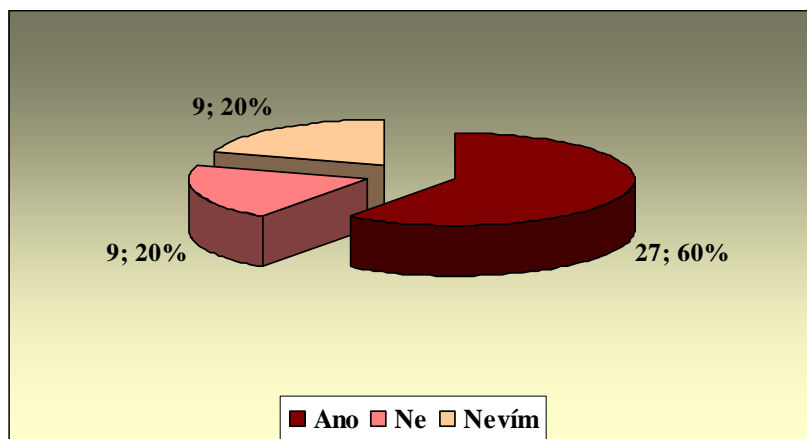
Graf 34 zaznamenáva výsledok odpovedí sester na otázku, jestli kvalitu vedení ošetrovateľskej dokumentácie zvyšuje zavedení auditu ošetrovateľskej dokumentácie do praxe. Z celkového počtu 46 sester si 25 sester (54%) myslí, že zavedením auditu do praxe se zlepšuje vedení ošetrovateľskej dokumentácie; 16 sester (35%) si myslí, že zavedením auditu do praxe se vedení ošetrovateľskej dokumentácie nezlepšuje a pět sester (39%) neví, zda zavedením auditu do praxe má vliv na kvalitu vedení ošetrovateľskej dokumentácie.

Graf 35: Vliv auditu na kvalitu ošetrovateľskej péče



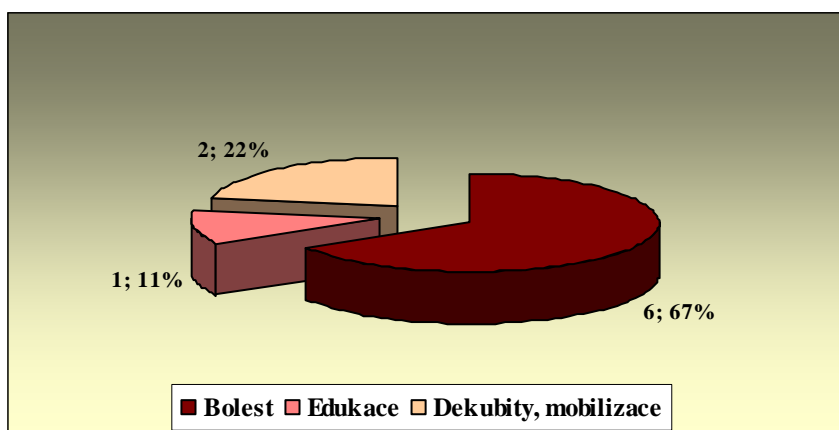
Graf 35 zaznamenáva výsledok odpovedí sester na otázku, jestli kvalitu ošetrovateľskej péče zvyšuje zavedení audit ošetrovateľskej dokumentace do praxe. Z celkového počtu 46 sester si 18 sester (39%) myslí, že zavedením auditu do praxe se zvyšuje poskytovaná ošetrovateľská péče; deset sester (22%) si myslí, že zavedením auditu do praxe se ošetrovateľská péče nezvyšuje a 18 sester (39%) neví, zda zavedením auditu do praxe má vliv na kvalitu ošetrovateľskej péče.

Graf 36: Komplexnost ošetrovatelské dokumentace Optiplan



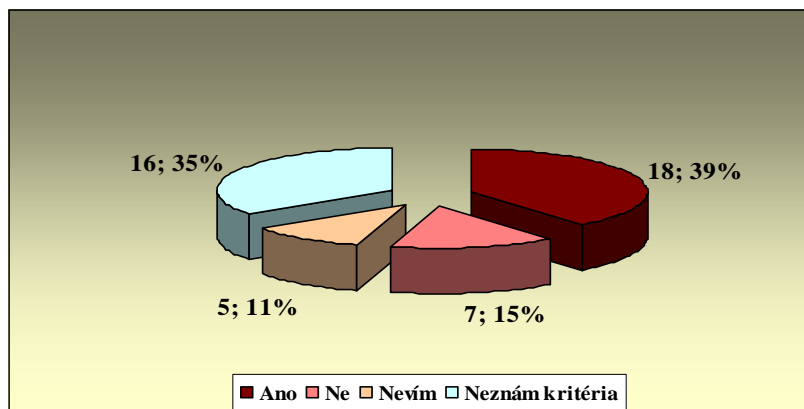
Graf 36 popisuje výsledek odpovědí sester na komplexnost dokumentace Optiplan. Z celkového počtu odpovídajících 46 sester (100%) si 27 sester (60%) myslí, že ošetrovatelská dokumentace je kompletní a nechybí ji žádné formuláře. Devět sester (20%) se domnívá, že ošetrovatelské dokumentaci Optiplan ještě chybí formuláře a devět sester (20%) neví, jestli ošetrovatelská dokumentace je kompletní.

Graf 37: Chybějící formuláře ošetrovatelské dokumentace Optiplan



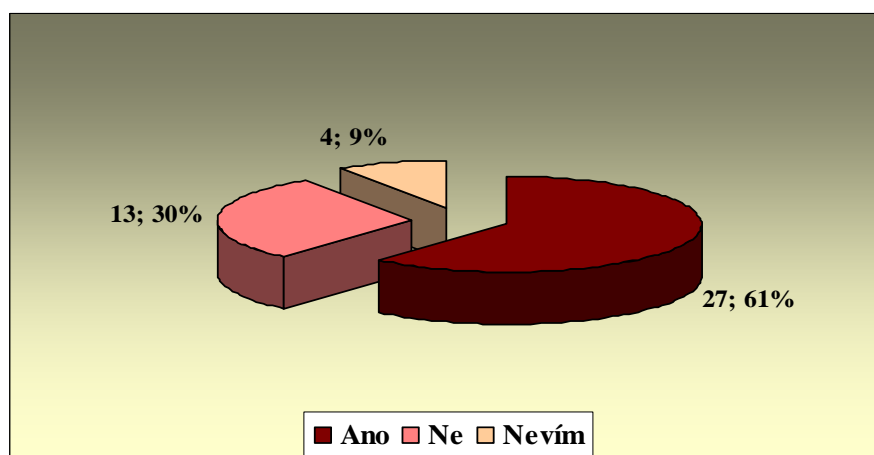
Graf 37 popisuje chybějící formuláře dokumentace Optiplan. Graf 36 prezentuje odpovědi devíti sester (100%), které v předchozí otázce odpověděly ne. Šesti sestřím (67%) chybí v ošetrovatelské dokumentaci Optiplan formuláře týkající se bolesti, formulář k edukaci pacienta/klienta chybí jedné sestře (11%) a formulář pro vedení záznamů o dekubitech a mobilizaci pacienta/klienta chybí dvěma sestřím (22%).

Graf 38: Spokojenost sester s kritérii auditu



Graf 38 zaznamenává spokojenost sester s kritérii auditu. Z celkového počtu 46 dotázaných sester (100%) 18 sester (39%), sedm sester (15%) nebylo spokojeno s kritérii auditu, pět sester (11%) neví a 16 sester (35%) sester nezná kritéria auditu stanovené k ošetrovatelské dokumentaci.

Graf 39: Motivace sester v ošetrovatelském procesu od vedoucích pracovníků



Graf 39 ukazuje motivaci sester od vedoucích pracovníků v rámci ošetrovatelského procesu. Z celkového počtu 46 sester se 27 sester (61%) cítí být motivováno v ošetrovatelském procesu od vedoucích pracovníků, 13 sester (30%) se necítí být motivováno od vedoucích pracovníků v rámci ošetrovatelského procesu a čtyři sestry (9%) neví, jestli jsou motivovány v rámci ošetrovatelského procesu vedoucími pracovníky.

5. Diskuse

Cílem mého výzkumu bylo zjistit vliv auditu ošetrovatelské dokumentace na kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace. Dílčím cílem pak zjistit názor sester na vliv auditu ošetrovatelské dokumentace v ošetrovatelské praxi.

Na začátku výzkumu jsem si stanovila tři hypotézy:

H1: Audit ošetrovatelské dokumentace zvyšuje kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace.

H2: Sestry hodnotí audit ošetrovatelské dokumentace jako účinný nástroj, který vede ke zlepšení vedení ošetrovatelské dokumentace.

H3: Sestry hodnotí audit ošetrovatelské dokumentace jako účinný nástroj, který vede ke zlepšení ošetrovatelské péče.

Pro získání potřebných údajů k dosažení cílů a zodpovězení hypotéz kvantitativního výzkumu jsem použila metodu auditu a dotazovací metodu ankety. Výzkum byl realizován v Nemocnici Pelhřimov, p.o. na pěti stanovených standardních odděleních (příloha 3).

H1: Audit ošetrovatelské dokumentace zvyšuje kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace.

Plánované audity ošetrovatelské dokumentace byly uskutečněny ve stanovených termínech. Úkolem plánovaných auditů bylo dokázat, že audit ošetrovatelské dokumentace zlepšuje kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace. Cílem auditu ošetrovatelské dokumentace bylo najít „slabá místa“ ve vedení dokumentace. Abychom potvrdili tvrzení stanovené hypotézy, stanovili jsme po prvním auditu ošetrovatelské dokumentace Nápravná opatření (příloha 7), která měla jednotlivá oddělení dle výsledků upozornit na „slabá místa“ ve vedení ošetrovatelské dokumentace. Po druhém auditu ošetrovatelské dokumentace již dostala oddělení pouze doporučení ke zlepšení vedení ošetrovatelské dokumentace.

Výsledky auditu na Dětském oddělení

Úspěšnost prvního auditu na Dětském oddělení byla 91%, nejvíce nedostatků se týkalo nepoužívání signalizačních jezdců v dokumentaci (pouze tři ošetrovatelské dokumentace z deseti tj. 30% úspěšnost v daném kritériu). Je s údivem, že na tomto

oddělení praktické jezdce používají pouze u jedné třetiny dokumentací, přičemž celkové výsledky auditu odhalily, že ostatní oddělení jezdce 100% ve svých dokumentacích mají. Dalším velmi podstatným nedostatkem, který byl odhalen při prvním auditu bylo nepravdělné hodnocení zdravotního stavu pacientů/klientů sestrou v rámci hodnocení cílů v ošetrovatelském plánu (pět dokumentací z deseti měly řádné hodnocení cílů - 50%). Nelze si neklást otázku, jaký smysl má zavedení ošetrovatelského procesu do praxe, když po sběru ošetrovatelské anamnézy, diagnostice, plánování a realizaci ošetrovatelských intervencí chybí pravidelné zhodnocení zdravotního stavu pacienta/klienta sestrou. Dalším, ale jen mírným nedostatkem bylo v jedné ošetrovatelské dokumentaci (90% úspěšnost) chybějící čísla formulářů. Poslední slabé místo se objevilo v podpisu pacienta/klienta v ošetrovatelské anamnéze. Dle Charty práv hospitalizovaných dětí, musí být každé dítě poučeno (nebo doprovázející osoba dítěte) o svých právech a o tomto poučení je nutné provést v dokumentaci zápis nejčastěji pomocí podpisu. I když pouze u jedné dokumentace z deseti audit (90% úspěšnost) odhalil chybějící podpis, mohlo by to být vyhodnoceno jako neseznámení dítěte případně doprovázející osoby s jeho právy, domácím řádem a celkovým chodem oddělení. Po zavedení jednotného standardu ošetrovatelské dokumentace do praxe a dle výsledku auditu Dětské oddělení odstranilo odhalené nedostatky a přizpůsobilo vedení ošetrovatelské dokumentace požadavkům standardu „Jednotné vedení ošetrovatelské dokumentace“. Účinnost nápravných opatření potvrdil druhý audit, který byl vyhodnocen na 98% úspěšnost (graf 27). Všechny nedostatky z prvního auditu byly odstraněny. Druhý audit našel další chyby jiného charakteru ve vedení dokumentace, na dvou dokumentacích z deseti (80% úspěšnost) chyběla v některých formulářích identifikace zdravotnického zařízení, což je chyba spíše formálního charakteru. Dále u jedné dokumentace z deseti (90% úspěšnost) chyběl podpis sestry u podané medikace, což je chyba procesního charakteru. Oba audity na Dětském oddělení dopadly nad 90%, což je vynikající výsledek, který překračuje minimální limit 80% úspěšnosti auditů stanovený hlavní sestrou. Je velmi uspokojivé, že výsledky druhého auditu se o 7% zlepšily a svědčí o významu přijmutí jednotného standardu ošetrovatelské dokumentace a pravidelného vyhodnocení vedení ošetrovatelské dokumentace pomocí auditů.

Výsledky auditu na Doléčovací a rehabilitační jednotce

Celková průměrná úspěšnost oddělení byla v prvním auditu 93%. Během prvního i druhého auditu byly zjištěny nedostatky ve vedení ošetřovatelské dokumentace.

Nedostatky v prvním auditu byly zejména v kritériích „Je ošetřovatelská dokumentace vypsána do 24 hodin a „Jsou ošetřovatelské diagnózy vypsány do 48 hodin?“, kdy kritéria splnilo pouze šest ošetřovatelských dokumentací z deseti (60%) Kritéria jsou v souladu s Vyhláškou 385/2006 o zdravotnické dokumentaci, která stanovuje požadavky a jasně je vymezuje. Tato dvě kritéria jsou také velmi podstatná pro péči o pacienta/klienta, protože zaznamenání problémů a vypsání plánu ošetřovatelské péče jsou stěžejní povinnosti sestry pro zahájení efektivního ošetřovatelského procesu.

V kritériu „Jsou všechny zaznamenané údaje do formulářů ošetřovatelské dokumentace čitelné?“ byly nalezeny chyby u třech ošetřovatelských dokumentací tzn. 70% úspěšnost. Čitelnost záznamů ošetřovatelské dokumentace byla otázka, pro kterou jsme se při výzkumu snažili najít řešení, které by vyřešilo tento problém. Přímo na oddělení Doléčovací a rehabilitační jednotky se tento nedostatek týkal jedné sestry, která byla na nečitelnost záznamů upozorněna, ale dle výsledků druhého auditu bylo upozornění účinné, ale přesto čitelnost záznamů nedosáhla 100% úspěšnosti. Vedení nemocnice vydalo pokyn, aby sestry, které píší nečitelně tiskly hlášení a ošetřovatelský plán elektronicky.

Ve druhém auditu byly odhaleny jiné nedostatky ve vedení ošetřovatelské dokumentace a to chybějící podpis pacienta/klienta v ošetřovatelské anamnéze, který musí být vždy uveden jako souhlas s hospitalizací, s domácím řádem oddělení, právy pacientů a službami nemocnice v neposlední řadě tímto podpisem klient/pacient souhlasí s nahlížením do zdravotnické dokumentace osobám, které získávají způsobilost k vykonávání zdravotnického povolání. Seznámení se svými právy stvrzuje pacient/klient svým podpisem v ošetřovatelské dokumentaci a chybění tohoto podpisu při případné stížnosti klienta dokazuje pochybení ošetřovatelského personálu. V druhém auditu byly nalezeny nedostatky i v hodnocení ošetřovatelského plánu. Hodnocení ošetřovatelského plánu buď nebylo psáno vůbec nebo bylo psáno v delším časovém

intervalu než je stanoveno platným lokálním standardem (minimálně jedenkrát týdně). Hodnocení ošetřovatelské péče je důležité pro efektivnost poskytované ošetřovatelské péče a spokojenost pacienta/klienta. Dále v druhém auditu byly odhaleny chyby v dalších dvou kritériích („Je ošetřovatelská anamnéza vypsána do 24 hodin?“ a „Jsou všechny zaznamenané údaje do ošetřovatelské dokumentace čitelné?“), která nedosáhla 100%, přesto oproti prvnímu auditu ošetřovatelské dokumentace vedení ošetřovatelské dokumentace dosáhlo zlepšení na 90% úspěšnost.

Výsledky obou auditů dosáhly průměrné úspěšnosti při prvním auditu 93% a při druhém auditu 97%, tedy došlo k zlepšení o 4% vedení ošetřovatelské dokumentace a vedení dokumentace splnilo i stanovenou hranici 80% v obou auditech. Na Doléčovací a rehabilitační jednotce došlo k průměrnému zlepšení o 4%.

Výsledky auditu na Gynekologicko-porodnickém oddělení

Vedení ošetřovatelské dokumentace Gynekologicko-porodnického oddělení bylo úspěšné v prvním auditu na 89% a ve druhém auditu na 98%. První audit ošetřovatelské dokumentace odhalil nedostatky. U jedné ošetřovatelské dokumentace v chybění podpisu pacienta/klienta. Ve třech ošetřovatelských dokumentacích chybělo hodnocení stanoveného ošetřovatelského plánu. Ze dvou ošetřovatelských dokumentací nebyla jasná identifikace zdravotnického zařízení a oddělení na kterém je pacient/klient hospitalizován. Ve dvou ošetřovatelských dokumentacích nebyla čitelnost záznamů uznána za dostatečnou. Tři ošetřovatelské dokumentace neměly záznamy psané noční službou černou barvou. U poslední nalezené chyby bych se ráda zastavila. Barevné odlišení v ošetřovatelské dokumentaci Optiplan navrhla hlavní sestra. Z mého pohledu je barevné odlišení v ošetřovatelské dokumentaci jedním z nejlepších a nejpřehlednějších odlišení. Psaní noční černou barvou je v platném standardu „Jednotné vedení ošetřovatelské dokumentace“ jako lokální úprava hlavních zásad psaní záznamů v ošetřovatelské dokumentaci.

Ve druhém auditu ošetřovatelské dokumentace jsme shledali, že u všech zjištěných nedostatků prvního auditu došlo k zlepšení, přesto druhý audit odhalil i další slabé místo ve vedení ošetřovatelské dokumentace a to chybějící pořadové číslo formuláře ve třech ošetřovatelských dokumentacích. Zdálo by se, že je to chyba pouze formálního

charakteru, ale tato „maličkost“ je ukotvena ve Vyhlášce 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, tedy pro řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentaci je nezbytné i tyto drobnosti dodržovat a vyplňovat.

Oba audity ošetrovatelské dokumentace překročily minimální hranici 80% úspěšnosti stanovenou hlavní sestrou nemocnice. K celkovému průměrnému zlepšení došlo o 9%, což je uspokojivý výsledek, který stvrzuje význam přijetí jednotného standardu ošetrovatelské dokumentace a pravidelného vyhodnocování vedení ošetrovatelské dokumentace pomocí auditů.

Výsledky auditů na Chirurgickém oddělení

Chirurgické oddělení mělo nejlépe vedou ošetrovatelskou dokumentaci, vyplývá to z výsledků obou auditů ošetrovatelské dokumentace. V prvním auditu dosáhla průměrná úspěšnost vedení ošetrovatelské dokumentace 94% a ve druhém auditu se úspěšnost posunula až na vynikajících 99%. Celkové zlepšení vedení ošetrovatelské dokumentace bylo o 5%. Vedení ošetrovatelské dokumentace na Chirurgickém oddělení splnilo limit 80% úspěšnosti stanovený hlavní sestrou.

Staniční i vrchní sestra se aktivně zajímaly o audit ošetrovatelské dokumentace. Tady je zřejmé, že zájem vedoucích pracovníků a následné proškolení ostatních pracovníků je velmi důležitý faktor, který při zavádění standardů a auditu do praxe hraje velmi důležitou roli. Podle mě je zcela jisté, že Chirurgické oddělení získalo prvenství i díky svým vedoucím pracovníkům, kteří umí dostatečně motivovat ostatní ošetrovatelský personál k pochopení a zájmu o probíhající audity v jejich zdravotnickém zařízení.

Nedostatky ve vedení ošetrovatelské dokumentace v prvním auditu byly nalezeny u dvou ošetrovatelských dokumentací, kde formulářům v ošetrovatelské dokumentaci chyběla identifikace zdravotnického zařízení a oddělení, kde je pacient/klient hospitalizován. Dále chyběly v pěti ošetrovatelských dokumentacích stanovené ošetrovatelské intervence, které jsou potřebné pro aktivní organizaci ošetrovatelské péče. U dvou ošetrovatelských dokumentací jsme nedohledali podpis sestry, která provedla záznam do ošetrovatelské dokumentace. Záznam v ošetrovatelské dokumentaci by měl vždy obsahovat datum, daný záznam a podpis zdravotnického

pracovníka, který zápis zapsal. Poslední chyba odhalená prvním auditem byla špatná čitelnost záznamů v ošetrovatelské dokumentaci. Ve druhém auditu ošetrovatelské dokumentace došlo k objevení nového nedostatku ve vedení ošetrovatelské dokumentace a to u jedné ošetrovatelské dokumentace, kde chyběla pořadová čísla formulářů. Ostatní nedostatky z prvního auditu byly zcela napraveny.

Výsledky auditu na Interním oddělení (graf 26)

Interní oddělení dopadlo v prvním auditu ze všech oddělení nejhůře (76% úspěšnost). Interní oddělení dokázalo své nedostatky ve vedení ošetrovatelské dokumentace nejrychleji odstranit a druhý audit vyšel na (99% úspěšnost). Což znamená 23% zlepšení. Opět musím konstatovat, že podle mého názoru i u tohoto oddělení měl na výsledek auditu velký vliv vedoucí pracovník oddělení.

Nedostatky ve vedení ošetrovatelské dokumentace byly totožné s ostatními odděleními, ale ve vybraných 10 ošetrovatelských dokumentacích bylo nalezeno mnoho chyb. Vše se pak projevilo na výsledku v prvním auditu ošetrovatelské dokumentace. Během přechodného období na druhý audit byla na Interním oddělení došlo ke změně vedoucího pracovníka na pozici staniční sestry. Staniční sestra podala sestřím na oddělení přesné informace, jak mají zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace a sama dohlížela na správnost vedení ošetrovatelské dokumentace. K Internímu oddělení je nutné podotknout, že čitelnost ošetrovatelských dokumentací byla v prvním auditu v pořádku pouze u čtyř ošetrovatelských dokumentací. Nečitelnost ošetrovatelských dokumentací byla objasněna po hlubším zkoumání. Bylo zjištěno, že na Interním oddělení pracuje více sester s dyslexií, tedy nečitelnost písma se dá předpokládat, proto tedy sestry začaly využívat centrálně počítačovou techniku a všechny dokumenty, které je možné počítačově zpracovat tisknou.

Výsledek prvního auditu byl pod stanoveným limitem 80% určeným hlavní sestrou. Celkový průměrný výsledek druhého auditu ošetrovatelské dokumentace byl vysoko nad stanoveným limitem a dosáhl až na neuvěřitelných 99% správnosti vedení ošetrovatelské dokumentace.

Celkový dopad auditu ošetrovatelské dokumentace na vedení ošetrovatelské dokumentace.

Graf 27 ukazuje průměrné celkové zlepšení vedení ošetrovatelské dokumentace na všech vybraných standardních odděleních (příloha 3). Je nutné podotknout, že ke zlepšení došlo na všech odděleních, kde probíhal audit ošetrovatelské dokumentace. V průběhu druhého auditu bylo vedení ošetrovatelské dokumentace průměrně zlepšeno (graf 28) a 9% pro všechna stanovená oddělení.

Kvalitní vedení ošetrovatelské dokumentace je odrazem úrovně profesní praxe, je vizitkou každého pracovníka.

Stanovená kritéria auditu ošetrovatelské dokumentace, která měla prověřit vedení ošetrovatelské dokumentace, byla stanovena v souladu s legislativou, koncepcí ošetrovatelství a lokálním standardem ošetrovatelské dokumentace „Jednotné vedení ošetrovatelské dokumentace“. V prvním auditu byla kritéria, ve kterých se chybovalo nejvíce. Byly to nedostatky v nehodnocení ošetrovatelského plánu, ošetrovatelská anamnéza nebyla vyplněna u pacienta do 24 hodin od příjmu do zdravotnického zařízení, špatná čitelnost záznamů, chyběla i identifikace zdravotnického zařízení a oddělení, lokální požadavek plynoucí za standardu ošetrovatelské dokumentace – oční služby píše záznamy černou barvou také nebyl dodržen, na formulářích chyběla také pořadová čísla formulářů.

Při druhém auditu byly nalezeny chyby v nepřítomnosti identifikace zdravotnického zařízení, pořadových čísel formulářů a špatné čitelnost záznamů.

Aby vedení ošetrovatelské dokumentace bylo řádné, musí být vedena v souladu s platnou legislativou a lokálními standardy. Výsledky obou auditů potvrdily předpoklad hypotézy, audit ošetrovatelské dokumentace zvyšuje kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace.

H2: Sestry hodnotí audit ošetrovatelské dokumentace jako účinný nástroj, který vede ke zlepšení vedení ošetrovatelské dokumentace.

Nemocnice Pelhřimov využívá systémovou zdravotnickou dokumentaci Optiplan, která je tvořena škálou tiskopisů, které splňují požadavky legislativy a monitorují léčebný a ošetrovatelský proces. Důležitým aspektem je především soulad lékařské a

ošetřovatelské dokumentace, ve které jsou čitelné záznamy poskytovatelů péče a jejich jasná identifikace.

Graf 34 zaznamenává výsledek odpovědí sester na otázku, jestli kvalitu vedení ošetřovatelské dokumentace zvyšuje zavedení auditu ošetřovatelské dokumentace do praxe. 25 sester (54%) si myslí, že zavedením auditu do praxe se zlepšuje vedení ošetřovatelské dokumentace; 16 sester (35%) si myslí, že zavedením auditu do praxe se vedení ošetřovatelské dokumentace nezlepšuje a pět sester (39%) neví, zda zavedením auditu do praxe má vliv na kvalitu vedení ošetřovatelské dokumentace. Do grafu jsem nezahrnula otevřené odpovědi sester. Sestry odpovídaly, že audit ošetřovatelské dokumentace jim připadá úplně zbytečný a vedení ošetřovatelské dokumentace je jen zdržuje od práce s pacienty/klienty, audit dokumentace je nástroj, který může ovlivnit zlepšení vedení ošetřovatelské dokumentace, ale především je to záležitost jednotlivců, kteří musí přijmout, že i k práci sestry patří vedení ošetřovatelské dokumentace a plnit ji stejně poctivě jako u pacienta, vedení ošetřovatelské dokumentace audit jistě pomůže, ale pomůže to i pacientovi?

Audit ošetřovatelské dokumentace dle názorů sester vede ke zlepšení vedení ošetřovatelské dokumentace, ale sestry přikládají dokumentaci až druhotný význam, berou ji jako překážku mezi sebou a pacientem. Autorka Franková ve své prezentaci Audit zdravotnické dokumentace jako nástroj řízení bezpečnosti pacientů píše: „Zdravotník je člověk, který koná dobro. A protože často zapomíná na sebe, je třeba mu to jeho vlastní dobro občas vnutit.”

Audit ošetřovatelské dokumentace by měl být přínosem pro zúčastněná oddělení, která by měla audit ošetřovatelské dokumentace přijímat jako účinnou prevenci pochybení a jako nástroj vedoucí k zlepšování kvality vedení ošetřovatelské dokumentace.

H3: Sestry hodnotí audit ošetřovatelské dokumentace jako účinný nástroj, který vede ke zlepšení ošetřovatelské péče.

K standardu vedení ošetřovatelské dokumentace je přiložen podklad pro sledování a vyhodnocování kvality ošetřovatelské péče. (13)

Graf 35, který měl za úkol popsat odpověď sester, vychází z anketní otázky číslo sedm (příloha 5), zda se kvalita ošetrovatelské péče zvyšuje zavedením auditu ošetrovatelské dokumentace do praxe. Do grafu jsem nezahrnula otevřené odpovědi sester. Sestry které souhlasily s tvrzením, že kvalita poskytované ošetrovatelské péče se zvyšuje zavedením auditu ošetrovatelské dokumentace do praxe dopisovaly: důvod zpětné vazby, náprava nedostatků, musí podle plánu vykonávat ošetrovatelskou péči a jedna sestra odpověděla, že teoreticky audit zvyšuje kvalitu, ale spíše ho vnímá jako možnost trestů a postihů pro sestry. Sestry, které nesouhlasily s tvrzením, argumentovaly slovy: že na to nejsou v nemocnici podmínky a že nejde o psaní, ale o vykonanou práci sester u pacienta/klienta a s auditem ošetrovatelské dokumentace pracují stejně jako bez něj.

Audit vyplývá ze standardu ošetrovatelské dokumentace, kterým zdravotnická zařízení dokumentují realizaci ošetrovatelského procesu do ošetrovatelské dokumentace, která vychází a je vedena v souladu s legislativou České republiky a nejnovějšími poznatky v ošetrovatelské praxi. (13) Z tohoto úryvku je zřejmé, že aby sestry poskytovaly ošetrovatelskou péči *lege artis* a mohly zvyšovat kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, je nutné vypracovat po provedení auditu ošetrovatelské dokumentace formulář „Navržená nápravná opatření“ (příloha 7), který bude obsahovat odhalená „slabá místa“ řešení problému. Takový postup bude účinný, když o něm budou sestry dostatečně informovány.

Z odpovědí sester, jak vyplývá z grafu 35, je zřejmé, že sestry nejsou dostatečně informovány o přínosu auditu pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče.

Výsledek ankety nepotvrdil třetí stanovenou hypotézu. Přesto je jisté, že audit ošetrovatelské dokumentace může pomoci vyhodnotit kvalitu a pochopení ošetrovatelského procesu. Lepší pochopení a aplikace ošetrovatelského procesu by mělo vést ke zlepšení ošetrovatelské péče.

6. Závěr

Ošetrovatelská dokumentace je mezi sestrami „ožehavým tématem“, sestry nerady vedou ošetrovatelskou dokumentaci, protože jim brání v péči o pacienta/klienta. Přitom již v Konceptu ošetrovatelství je psáno, že je nutné pracovat metodou ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací jako základního metodického postupu ošetrovatelského personálu při práci se zdravým člověkem, jeho rodinou a sociálním prostředím. V době 21.století je nutné vést řádně ošetrovatelskou dokumentaci. Nepostradatelnost a účelnost ošetrovatelská dokumentace pramení z účelů ke kterým nám ošetrovatelská dokumentace pomáhá – poskytuje kritéria pro hodnocení péče, poskytuje právní ochranu sestry i pacienta/klienta, je stanovena v souladu s legislativou ČR, poskytuje data pro další vzdělávání a výzkum – kazuistiky, posuzování nových metod atd.

K bakalářské práci byly stanoveny dva cíle. Zjistit vliv auditu ošetrovatelské dokumentace na kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace. Zjistit názor sester na vliv auditu ošetrovatelské dokumentace v ošetrovatelské praxi. Oba cíle byly splněny.

Na základě cílů byly vytvořeny tři hypotézy. První hypotéza „Audit ošetrovatelské dokumentace zvyšuje kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace“. Druhá hypotéza „Sestry hodnotí audit ošetrovatelské dokumentace jako účinný nástroj, který vede ke zlepšení vedení ošetrovatelské dokumentace“. A třetí hypotéza „Sestry hodnotí audit ošetrovatelské dokumentace jako účinný nástroj, který vede ke zlepšení ošetrovatelské péče“.

Výsledky výzkumu potvrdily dvě (H1, H2) stanovené hypotézy a jednu hypotézu vyvrátily (H3).

Výsledky auditu ošetrovatelské dokumentace byly při druhém auditu lepší než při prvním auditu, tedy prokázalo se tvrzení hypotézy „Audit ošetrovatelské dokumentace zvyšuje kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace“. Anketa prokázala souhlas sester s tvrzením druhé hypotézy (H2) v 54%, tím byla potvrzena hypotéza „Sestry hodnotí audit ošetrovatelské dokumentace jako účinný nástroj, který vede ke zlepšení vedení ošetrovatelské dokumentace“. Při dotazování sester na zvýšení kvality ošetrovatelské péče zavedením audit ošetrovatelské dokumentace (H3) odpovědělo 28% sester kladně

a 28% jich nevědělo. Tedy hypotéza „Sestry hodnotí audit ošetrovatelské dokumentace jako účinný nástroj, který vede ke zlepšení ošetrovatelské péče“ se nepotvrdila.

Výsledky auditu ošetrovatelské dokumentace a výsledky ankety byly poskytnuty hlavní sestře Nemocnice Pelhřimov, p.o. Výsledky byly hlavní sestrou přijaty jako návrh realizace auditu ošetrovatelské dokumentace v praxi.

Tato bakalářská práce má pomoci tomu, aby bylo vedení ošetrovatelské dokumentace prováděno řádně a audit ošetrovatelské dokumentace nebyl sestrami přijímán jako zbytečné zatížení při jejich nelehkých pracovních činnostech, ale jako nástroj pro zlepšování kvality vedení ošetrovatelské dokumentace a tím nepřímo i k zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče.

7. Použitá literatura

1. BRABCOVÁ, I. *Management zdravotnických a ošetrovatelských služeb*. 1. vyd. České Budějovice:Zdravotně-sociální fakulta. 53 s.
2. BURIÁNEK, J. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. 1. vyd. Praha: Linde, 2005. 205 s. ISBN 80-7201-544-3.
3. *České ošetrovatelství 2 Zajišťování kvality ošetrovatelské péče Etický kodex sester Charty práv pacientů Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
4. DOBROVODSKÁ, L. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-392-9.
5. FARKAŠOVÁ, D., A KOL., *Ošetrovatelstvo-teória*. 1. vyd., Martin: Osveta, 2005. 214 s. ISBN 80-8063-182-4.
6. GLADKIJ, I. A KOL. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
7. KRIŠKOVÁ, A., *Ošetrovatelské techniky*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001. 804 s. ISBN 80-8063-087-9.
8. *Lokální standard FN Plzeň: „Jednotný postup při vedení ošetrovatelské dokumentace“*
9. MAREČKOVÁ, J. NANDA - *International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9.
10. MAREČKOVÁ, J., VRÁNOVÁ V., *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí*. 1. vyd., Galén, 2000. 136 s. ISBN 80-86257-21-5.
11. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství - I. díl*. 1. vyd. Praha:Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
12. MÜLLEROVÁ, N. *Sestra v roli auditorky*. Florence, Galén, 2006. č. 7-8. 27-28 s. ISSN 1801-464X.
13. *Návrh standardu – Vedení ošetrovatelské dokumentace*

14. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
15. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A., *Ošetřovatelství I*. 1. vyd., Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3
16. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 3 Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
17. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 4 Jak provádět ošetřovatelský proces Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
18. STAŇKOVÁ, M., A KOL., *Lemon I*. 1. vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
19. ŠAMÁNKOVÁ M., a kol., *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
20. ŠKRLA, P. *Především neublížit. Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetřovatelské péči*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
21. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ M., *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
22. TĚŠINOVÁ, J. *Vedení zdravotnické dokumentace*. Zdravotnictví a právo, 2007. č. 3-4. 14-16 s.
23. VEBER, J., *Management. Základy-prosperita-globalizace*. 1. vyd., Praha: Management Press, 2001. 700 s. ISBN 80-7261-029-5.
24. VONDRÁČEK, L., KURZOVÁ, H. *Zdravotnické právo pro praxi a posluchače lékařských fakult*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 142 s. ISBN 80-246-0531-7.
25. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *Ošetřovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.
26. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Odpovědnost při poskytování ošetřovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 30 s. ISBN 80-7262-392-3.

27. Věstník MZ ČR 2004 částka 12 [online], [cit. 2007-02-03].
Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=205>
28. Vyhláška 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění
29. Česká asociace sester, region Plzeň [online], [cit. 2007-04-03].
Dostupné z : <http://www.casplzen.org/koncepce.php>
30. Nemocnice Vsetín – Ošetřovatelství jako obor [online], [cit 2007- 01-03].
Dostupné:<http://www.nemocnice-vs.cz/?sekce=o-nemocnici&text=oseetrovatelstvi&podtext=oseetrovatelstvi-jako-odbor>
31. Zákon 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění
32. Legislativa- přehled zákonů [online], [cit 2007-05-03].
Dostupné z:<http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=3>
33. Práva pacientů [online], [cit 2007-04-04].
Dostupné z:http://www.stripky.cz/nemoci/prava_pacientu.html
34. Etický kodex ČLK [online], [cit 2007-04-05].
Dostupné z: <http://www.clk.cz/zakpred/predpis10.html>
35. Etický kodex sester vypracovaný ČAS [online], [cit 2007-04-10].
Dostupné z: http://www.casplzen.org/o-nas/doc/Eticky_kodex_sester.pdf

8. Klíčová slova

Audit

Kvalita

Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelský proces

Standard

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

1. Plán činností
2. Standard
3. Seznam kontrolovaných oddělení
4. Kritéria auditu
5. Anketní otázky
6. Protokol k provedenému auditu
7. Navržená nápravná opatření

Příloha 1 Plán činností

Přibližný časový plán auditu ošetrovatelské dokumentace

Měsíc	Práce
Prosinec	Standard k připomínkování
Leden	Audit k připomínkování
Únor	1. audit
Duben	2. audit
Duben	Anketa mezi sestrami

Standard ošetrovatelské dokumentace:

- Vypracován (dle předlohy NEMOCNICE PLZEŇ, dostupné literatury,...)
- Připomínkován
- Uveden do praxe

Co dodat k standardu:

- Znak nemocnice
- Název standardu
- Šablonu standardu

Audit ošetrovatelské dokumentace:

- Předběžná kritéria auditu
- Leden – dán audit k připomínkování
- Únor - 1. audit
- Duben - 2. audit

Audit:

- Proběhne dvakrát (únor, duben), abychom mohly porovnat výsledky

Anketa:

- Názor sester na audit, nový standard, jak se pracovalo, co by změnily, otázky auditu

Téma bakalářské práce:

Vliv auditu ošetrovatelské dokumentace na kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace

Cíle bakalářské práce:

Cíl 1 Zjistit vliv auditu ošetrovatelské dokumentace na kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace.

Cíl 2 Zjistit názor sester na vliv auditu ošetrovatelské dokumentace v ošetrovatelské praxi.

Hypotézy:

H1 Audit ošetrovatelské dokumentace zvyšuje kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace.

H2 Sestry hodnotí audit ošetrovatelské dokumentace jako účinný nástroj, který vede ke zlepšení vedení ošetrovatelské dokumentace.

H3 Sestry hodnotí audit ošetrovatelské dokumentace jako účinný nástroj, který vede ke zlepšení ošetrovatelské péče.

Popis metodiky.

Pro získání potřebných údajů k dosažení cílů a zodpovězení hypotéz kvantitativního výzkumu použiji metodu: auditu. (Proces v jehož rámci interní nebo externí auditor ověří shodu reality dokumentace a normy a popíše případné rozpory. Opatření k nápravě jsou na organizaci samostatné.)

- Kvantitativní metoda výzkumu: audit.
- Technika sběru dat: pozorování, rozhovor, srovnávání.
- Výzkumný soubor: ošetrovatelská dokumentace NEMOCNICE PELHŘIMOV na standardních odděleních.

Předpokládané využití v praxi:

Výsledky bakalářské práce poskytnu hlavní sestře nemocnice jako jeden z indikátorů programu kontinuálního zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče.

Kontakt:

Studentka: Eva Macháčková, Na Horánku 691, Netolice 384 11, tel: 732 2779 346

Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová



**Standardní ošetrovatelský postup
kontinuální ošetrovatelské péče**

**JEDNOTNÝ POSTUP VEDENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE NA
STANDARDNÍCH ODDĚLENÍCH**

Platnost od:	1.2. 2007	Kontrola:	1x za 2 roky nebo podle potřeby oddělení
Kontaktní osoba:	Mgr. Hana Dandová DiS., členka komise pro tvorbu standardů	Prodlouženo do:	
Schválil:	Komise pro tvorbu standardů	Odborný garant:	Mgr. Jitka Dejmková, hlavní sestra Nemocnice Pelhřimov p.o.

Obsah

Úvod.....	2
Legislativní prameny	2
Definice.....	2
1. Zdravotnická dokumentace	2
2. Ošetrovatelská dokumentace	3
3. Audit ošetrovatelské dokumentace.....	3
Cíl ošetrovatelské dokumentace.....	3
Účel ošetrovatelské dokumentace	3
Kritéria struktury.....	3
S1 Kompetentní osoby	3
S2 Závaznost standardu.....	4
S3 Dokumentace	4
Kritéria procesu:	4
P1 Hlavní zásady při vedení ošetrovatelské dokumentace	4
P2 Postup při vedení ošetrovatelské dokumentace.....	6
P3 Ošetrovatelská anamnéza	6
P4 Teplotka	7
P5 Ošetrovatelský list.....	8
P6 Hlášení.....	11
P7 Ošetrovatelský plán.....	11
P8 Sesterská překladová zpráva/Úvodní zpráva.....	13
Kritéria výsledku:	16
V1 Podklad pro sledování kvality ošetrovatelské péče.....	16
V2 Podklady pro zabezpečení kontinuity ošetrovatelské péče.....	16
V3 Přehled o poskytnuté péči	16
V4 Zdroj dat.....	16
V5 Podklad pro hodnocení ošetrovatelské péče.....	17
Literatura	17
Zpracoval.....	17
Seznam osob, které na SOP spolupracovaly	17
Formuláře doplňující základní ošetrovatelskou dokumentaci	17
Seznam příloh základní ošetrovatelské dokumentace.....	18

Úvod

Pořizování záznamů v ošetrovatelství je základní součástí péče o pacienta/klienta. Každá sestra je osobně zodpovědná za provádění své praxe a je povinna konat vždy tak, aby chránila a podporovala zájmy a zdraví pacientů/klientů. Žádná činnost či opomenutí z její strany nesmí porušovat zájmy, stav či bezpečí pacienta.

Zdravotnická zařízení jsou povinna vést zdravotnickou dokumentaci.

Legislativní prameny

Vedení zdravotnické dokumentace upravují tyto zákony:

- Úmluva o lidských právech
- Zákona 20/1966 o péči o zdraví lidu, v platném znění
- Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění
- Zákon č. 2 /1998 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění
- Zákon č. 379/20 Sb. o návykových látkách, v platném znění
- Věstník Ministerstva zdravotnictví 2004, částka 9
- Vyhláška 385/2006 MZ ČR o zdravotnické dokumentaci v platném znění

Legislativa dokládá důležitost zdravotnické dokumentace k zajištění kontinuity poskytované zdravotní péče pacientům, i jako jediný doklad skutečnosti, že péče byla poskytována *lege artis*, při řešení kolizi, kdy je zdravotnický pracovník obviněn z pochybení. Proto je třeba vedení dokumentace věnovat potřebnou a odpovídající péči.

Právní předpis nerozlišuje dokumentaci vedenou lékaři a dokumentaci vedenou sestrou.

Zákony nám stanovují a taxativně vypočítávají, kdo je oprávněn do dokumentace nahlížet a zakotvuje právo pacienta/klienta vědět, co dokumentace obsahuje.

Definice

1. Zdravotnická dokumentace

Je soubor údajů, informací, obrazových materiálů o pacientovi/ klientovi, jeho zdravotním stavu a léčebných postupech ve zdravotnických zařízeních.

Součástí zdravotnické dokumentace jsou osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta, zjištění anamnézy, informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče.

Každá samostatná část zdravotnické dokumentace musí obsahovat osobní údaje pacienta/klienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a označení zdravotnického zařízení.

2. Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je systematické zaznamenávání plánované i neplánované péče poskytované pacientovi/klientovi kvalifikovanou sestrou a ostatními členy ošetrovatelského týmu, kteří pod vedením kvalifikované sestry pracují. Vedení záznamu efektivním způsobem ovlivňuje ošetrovatelskou praxi.

3. Audit ošetrovatelské dokumentace

Představuje vyhodnocení ošetrovatelské praxe s cílem zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče. Vychází z profesionálních standardů ošetrovatelské péče, nebo kontinuální péče a má za úkol zjistit, jak dalece se ošetrovatelský proces – neboli péče o pacienta – těmito standardy řídí.

Cílem auditu je:

Nalezení „slabých míst“ v systému/procesu a o zajištění co nejrychlejší nápravy.

Cíl ošetrovatelské dokumentace

- Řádně vést, uchovávat, předávat údaje a informace o pacientovi, tzn. čitelně, srozumitelně, přesně, pravdivě, přehledně a úplně.
- Zajištění kvality a kontinuity péče o pacienty/klienty.
- Zajištění dokumentace vývoje stavu, zaměřením na výsledky u pacienta/klienta.
- Zajištění interdisciplinární důslednosti a spojení cílů léčby a péče pro vývoj stavu pacienta/klienta.

Účel ošetrovatelské dokumentace

Jejím hlavním účelem není jen zaznamenávání poskytované péče, ale především výpověď o fyzickém, emocionálním, sociálním i duševním stavu pacienta/klienta, jeho reakci na lékařské, ošetrovatelské intervence a zajištění kontinuity péče.

Dokumentováním své práce dává sestra cenné informace ostatním členům zdravotnického týmu a přispívá tím k všestrannému uspokojování potřeb pacienta/klienta. Dobré a efektivní hodnocení umožní, aby ošetrovatelská péče reagovala na všechny potřeby pacienta/klienta. Poskytuje kritéria pro hodnocení péče (zlepšování kvality) a pro klasifikaci nemocných (zařazování do 5 kategorií).

Kritéria struktury:

S1 Kompetentní osoby

Dle zákon 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).

Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný:

všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb.,

porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb.,

fyzioterapeuté, kteří získali kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb.,

S2 Závaznost standardu: Standard je závazný pro všechna standardní oddělení Nemocnice Pelhřimov, p.o.

S3 Dokumentace: sestra má k dispozici pro udržování kontinuální péče ošetrovatelskou dokumentaci, jejíž součástí jsou následující tiskopisy:

Základní formuláře ošetrovatelské dokumentace:

- Ošetrovatelská anamnéza
- Teplotka
- Ošetrovatelský list
- Hlášení
- Ošetrovatelský plán
- Sesterská překladová zpráva/úvodní zpráva.

Doplňující formuláře ošetrovatelské dokumentace:

- Diabetická karta
- Dokumentace / anamnéza rány
- Epikríza
- Kontinuální sledování výskytu dekubitu
- Konsiliární list
- Sledování – ordinace.

Jiné dokumenty:

- Jmenný seznam ošetrovatelského týmu včetně podpisových zkratk
- Seznam standardizovaných zkratk a jiné formuláře dle zvyklostí oddělení

Kritéria procesu:

P1 Hlavní zásady při vedení ošetrovatelské dokumentace

1. Každý pacient musí mít vedenou ošetrovatelskou dokumentaci.
2. Dokumentace je uložena na určeném místě a spolu s lékařskou dokumentací tvoří celek, který je dokladem o léčebné a ošetrovatelské péči u konkrétního pacienta. Dokumentace je přístupná všem členům ošetřujícího týmu.
3. Každý formulář musí obsahovat následující údaje:
 - Příjmení a jméno klienta/pacienta
 - Identifikační číslo (rodné číslo apod.)
 - Identifikaci zdravotnického zařízení a oddělení

➤ Pořadové číslo formuláře (list č.)

4. Každý formulář musí být vyplněn pouze nesmazatelným psacím prostředkem (nesmí být použito obyčejné tužky či inkoustového pera).

Pro zápisy denní služby by měla být použita modrá barva, pro zápisy noční služby černá barva. Zápisy červenou barvou se používají pouze k označení aplikace opiátů, zápisu komplikací stavu pacienta/klienta, mimořádných událostí (př.: pády, úrazy, alergie, zvýšené teploty, AV-shunt, ...), atd..

Používání barevných zvýrazňovačů je možné po dohodě na ošetrovatelské jednotce, musí však být všem členům týmu jasné, které barvy se používají pro označení zvláštních ošetrovatelských opatření.

5. Veškeré záznamy musí obsahovat datum, čas a podpis sestry. Z veškerých záznamů musí být jasné kdo výkon provedl.
6. V každé směně se dokumentuje stav pacienta/klienta, jeho pozitivní a negativní reakce na poskytovanou péči, léčebné/diagnostické výkony, léčbu, ošetrovatelské intervence, rehabilitaci apod.
7. Záznam musí být objektivní a v souvislosti s péčí o pacienta/klienta.
Interpretace údajů pacienta/klienta sestrou mohou být zkresleny, proto se doporučuje používat formulace „pacient/klient říká (cítí, ukazuje apod.), že...“
8. Opravy chybného záznamu v ošetrovatelské dokumentaci se provádí pouze jednoduchým vodorovným škrtnutím. U každého přepisu se píše datum, kdy k němu došlo a musí být potvrzen paraťou/podpisem/iniciály. Chybné záznamy se nesmí přepisovat, přelepovat ani překrývat bílou barvou.
9. Součástí standardu ošetrovatelské dokumentace je jmenný seznam ošetrovatelského personálu, který musí obsahovat – podpisový vzor (hůlkovým písmem jméno a příjmení, titul, paraťa). Seznam je aktualizován při změně pracovníků vrchní sestrou popř. staniční sestrou ošetrovatelské jednotky.
10. Všechny záznamy musí být srozumitelné – jak v používání ošetrovatelské terminologie, tak čitelnosti písma, stručné – aby jejich význam nevyvolával žádné pochyby, úplné – obsahující všechny nezbytné informace.
11. Z dokumentace musí vyplývat jasná identifikace sestry, která se danou službu o pacienta/klienta starala.
12. V záznamech lze používat pouze standardizované zkratky (podle vypracovaného seznamu – viz str. 15 a zvyklostí oddělení).
13. Vše co bylo pro pacienta/klienta uděláno, musí být dokumentováno.

14. Základní složky ošetrovatelské dokumentace jsou: Ošetrovatelská anamnéza, Teplotka, Ošetrovatelský list, Hlášení, Ošetrovatelský plán, Sesterská překladová zpráva/úvodní zpráva.
15. Dle individuálních problémů pacienta/klienta lze použít další složky ošetrovatelské dokumentace, např. diabetická karta, plán prevence/péče o dekubity, anamnéza rány, sledování – ordinace, apod.
16. Nevyplněné kolonky musí být proškrtnuty, nesmí zůstat prázdné. Týká se těchto dokumentů: ošetrovatelská anamnéza, teplotka, ošetrovatelský list, hlášení, diabetická karta.
17. Záznamy by neměly obsahovat, nespisovné výrazy, bezvýznamné fráze, irelevantní spekulace a urážlivé subjektivní výroky.

P2 Postup při vedení ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelský dokumentační systém má několik složek:

1. Ošetrovatelská anamnéza
2. Teplotka
3. Ošetrovatelský list
4. Hlášení
5. Ošetrovatelský plán
6. Sesterská překladová zpráva/úvodní zpráva.

P3 Ošetrovatelská anamnéza

Slouží k záznamu údajů o zdravotním stavu pacienta/klienta při jeho přijetí do zdravotnického zařízení.

Musí být vypracován **do 24 hodin** po přijetí pacienta/klienta.

Informace by měly být získány pomocí rozhovoru, pozorování. Shromážděné údaje musí být zaznamenány do standardního formuláře viz příloha č. 1.

V případě, kdy **není možné odebrat údaje přímo od pacienta/klienta**, je nutné se obrátit na rodinné příslušníky, nebo překladovou zprávu (=jde o tzv. zprostředkovanou anamnézu). K vypracované ošetrovatelské anamnéze **musí být připsán záznam** – zprostředkovaný záznam a zdroj informací (od rodinných příslušníků, z předcházejícího oddělení...).

Nemůže-li se vyplnit odpověď na otázku ve standardizovaném formuláři, musí být napsáno, z jakého důvodu nebyly získány potřebné údaje.

V ošetrovatelské anamnéze nikdy nesmí chybět **kontakt na rodinu**.

Povinné je získat od pacienta/klienta **souhlas** s přítomností osob získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání při vyšetření a jejich možnost nahlížení do jeho zdravotnické dokumentace. Souhlas musí pacient/klient popř. jeho zákonný zástupce nebo člen rodiny podepsat.

Dále pacient/klient musí být seznámen s **Právy pacientů** (viz příloha č. 4), se službami nemocnice, domácím řádem, prostředím na oddělení. Je nutné nabídnout uložení peněžní částky vyšší a cenností do centrálního trezoru, provést o tom záznam s podpisem nemocného a podpisem/parafou/iniciály sestry, která cennosti/peníze od pacienta/klienta převzala.

Poslední záznam je datum sběru informací a podpis/parafu/iniciály sestry, která ošetrovatelskou anamnézu odebrala.

K ošetrovatelské anamnéze patří i **Stupnice Nortonové** – „Plán prevence/péče o dekubity a jiné rány“ (viz příloha č. 3).

Barthelův test (viz příloha č. 2) je součástí ošetrovatelské dokumentace jen u pacientů/klientů splňující kterékoli z těchto kritérií: *věk nad 65 let, pád v anamnéze, používání smyslových kompenzačních a lokomočních pomůcek.*

P4 Teplotka

Tento dokument obsahuje údaje:

Základní údaje o pacientovi/klientovi

Základní identifikační údaje + lékařská diagnóza, zdravotnickém zařízení a datum s dnem pobytu.

Kategorizace

Kategorizace pacienta/klienta je zde psána zkratkou 1 – 5. Určuje stupeň závislosti na ošetrovatelské péči. Více je rozepsána ve formuláři Ošetrovatelský list (příloha č. 6).

V horní části formuláře (u vykřičníku) je vyhrazeno místo pro zapisování mimořádných situací a údajů

(alergie, AV - shunt, epileptik, ...aj. podle zvyklostí oddělení).

Sledování fyziologických funkcí

Tělesná teplota – zaznamenávána modrou barvou. Tělesná teplota nad 37° C musí být zaznamenána (vždy se značí bodem) červenou barvou a musí být o tom proveden zápis ve formuláři Hlášení sester

(příloha č. 8).

Pulz – záznam se provádí modrou propisovací tužkou. (vždy se značí křížkem)

Další část formuláře je věnována informacím o dietě, výška/váha, příjmu tekutin, vyprazdňování, projímadla (klyzma), zvracení. Pacient/klient vždy musí být obeznámen o svém dietním opatření

v nemocnici a znát jeho účel. U všech částí formuláře jsou přiřazeny kolonky podpis/parařa/iniciály (sestra, která informaci převzala, výkon vykonala...).

Teplotka obsahuje záznamy o invazivních vstupech.

Hodnoty krevního tlaku – pište modrou barvou.

Hodnoty fyziologických funkcí – TK, P, TT se piší do hlášení pouze tehdy jsou-li patologické.

Při podávání léků vždy musí být identifikovatelné, která sestra medikaci/výkon připravila a která sestra medikaci/výkon podala/provedla.

Ordinace lékaře

Ze záznamu ordinace léků musí být vždy zřetelné, která sestra lék k podání připravila a která sestra lék podala. Ordinace léků podané sestrou per os/per rektum; intravenózně, intramuskulárně, s.c., lokální medikace, dle ordinace lékaře. Záznam ordinace musí být bezprostředně po aplikaci léku pacientovi/klientovi označen parařou sestry, která medikaci provedla.

U časovaných medikací je nutné dopsat hodinu podání.

Zvláštní lékové skupiny

Na antikoagulantia jsou vyčleněny dva označené řádky (značena AK), kde se zaznamenává podávání antikoagulantii. Záznam ordinace musí být bezprostředně po aplikaci léku pacientovi/klientovi označen parařou sestry, která medikaci provedla.

Provedená diagnostika/konsilia

Místo pro zaznamenávání všech plánovaných diagnostických vyšetření, odběrů biologického materiálu, plánovaných konsilií (+další dle zvyklostí oddělení). K danému vyšetření (aj. požadavkům) musí být připsán datum a hodina. Vykonání diagnostického vyšetření (aj. požadavků) sestra potvrdí parařou.

Další záznamy (také lokální medikace)

Zde se zaznamenává podávání lokální terapie (masti, pastí, oční kapky, podávání kyslíku, inhalace aj. dle zvyklostí oddělení). Záznam ordinace musí být bezprostředně po aplikaci léku pacientovi/klientovi označen parařou sestry, která medikaci provedla.

Ostatní nutné ordinace

Ordinace léků, které slouží k nepravidelné medikaci, nebo léky k dispozici. Ostatní nutné ordinace jsou psány včetně data, podpisu/parařy, způsobu aplikace a hodiny lékařem. Aplikaci léku potvrdí sestra podpisem/parařou/iniciály.

P5 Ošetrovatelský list

Vyplývá ze stanovení kategorie z hlediska intenzity péče, realizace a náročnosti péče během nepřetržitého provozu.

Předpokladem realizace individualizované péče je změna organizace na skupinový systém péče popřípadě systém primární péče. V ošetrovatelském týmu pracuje ošetrovatelský personál s různou úrovní kvalifikace a pravomocí. Správná realizace je dána skupinovou sestrou event. primární sestrou, která vypracuje ošetrovatelský plán u určených pacientů/klientů a dále jen navrhuje potřebné úkony. Sama ve spolupráci s dalšími členy týmu, kteří péči poskytují, má možnost vycházet ze základního stanoveného plánu, realizovat intervence péče a zároveň poskytovat péči, jenž byla předem naplánována.

Veškeré záznamy týkající se realizace ošetrovatelského plánu provedené ošetrovatelským personálem, musí být podepsány kompetentní osobou (viz kompetentní osoby k výkonu).

Sestra je zodpovědná za hodnocení celkového zdravotního stavu pacienta/klienta a provádí ho denně.

Interval hodnocení dlouhodobého problému je maximálně 7 dnů od předchozího hodnocení nebo stanovení problému.

Každé hodnocení obsahuje datum a hodinu. Měla by ho provádět sestra, která plán sestavovala. V její nepřítomnosti určuje staniční sestra jinou kompetentní sestru.

Jestliže pacient/klient nedosahuje vytýčených cílů/norem provádí sestra revizi celého plánu a přehodnotí jednotlivé části plánu ošetrovatelské péče.

Hodnocení se provádí na základě:

- Pozorování
- Rozhovoru s pacientem/klientem; rodinou
- Konzultací s ostatními členy zdravotnického týmu

Základní údaje

Základní identifikační údaje, zdravotnickém zařízení a datum.

Vykazování kategorií pacienta

Tabulka vykazování kategorií pacienta je pro důslednou a kvalitní ošetrovatelskou péči základní doménou. Kategorie se dělí do 5-ti skupin od 1 – 5 kategorie (zkratka K1 – K5) a vykazují stupeň závislosti pacienta/klienta na ošetrovatelské péči (viz příloha č. 6a) (kde kategorie K0 je pacient na propustce).

- Kategorie:
- K1 – pacient soběstačný
 - K2 – pacient částečně soběstačný
 - K3 – pacient vyžadující zvýšený dohled
 - K4 – pacient imobilní
 - K5 – pacient v bezvědomí.

Podle kategorií tvoříte individuální plán pro pacienta/klienta v oblastech – péče o tělo, výživa, vylučování, pohyb a poloha. Oblasti (péče o tělo, výživa, vylučování, pohyb a poloha) jsou rozdělené do podskupin podle stupně závislosti pacienta/klienta na ošetrovatelské péči viz příloha č. 6. U kategorie 1 a 5 nejsou tyto oblasti popsány.

Ošetrovatelský personál vždy musí k pacientovi/klientovi přistupovat holisticky a zajišťovat ošetrovatelskou péči podle jeho potřeb.

Tab. č. 1 Kategorie

	Péče o tělo	Výživa	Vylučování	Pohyb a poloha
K 2	1 - lůžko 2 – umyvadlo 3 – sprcha 4 – koupel 5 – chrup 6 – dutina ústní 7 – zubní protézu/y 8 – příprava a uspořádání pomůcek k hygienické péči 9 – záda a nohy	1 – uspořádání a donesení stravy 2 – úprava polohy, stolku <i>donesení pomůcek na pítí</i> 3 – pohárek 4 – trubička na pítí 5 – výživa sondou	<i>donesení:</i> 1- podložní mísa 2 – močová láhev 3 – doprovod na toaletu	pomoc při: 1- vstávání 2 – chůzi 3 – příprava pomůcek
K 3	<i>Podání pomůcek + pomoc při mytí některých partií těla</i> 1- lůžko 2 – umyvadlo 3 – sprcha <i>Včetně péče o</i> 4 – chrup 5- dutinu ústní 6- zubní protézu 7- oblékání a svlékání 8- záda, nohy	1- příprava stravy (mazání, krájení) 2- úprava polohy, stolku <i>Způsob podání nápojů</i> 3 – pohárek 4 – trubička na pítí 5 – jiná pomůcka	<i>Pomoc při použití:</i> 1- podložní mísa 2 – močová láhev 3 – toaletní židle 4 – doprovod na WC <i>Vyprázdnění a výměna:</i> 5- sběrací sáček 6 – stomický sáček 7- péče při zvracení	1- pomoc při mobilizaci a pohybu na lůžku 2 – přenos – židle lůžko 3 – chůze s doprovodem 4 – použití jednoduché pomůcky k polohování 5- pravidelné změny poloh 1-3 x denně a) polohování b) mobilizace
K 4	<i>Převážné nebo úplné převzetí péče o tělesnou hygienu</i> 1 – lůžko 2 – umyvadlo 3 – sprcha <i>Včetně péče o</i> 4 – chrup 5- dutinu ústní 6- zubní protézu/y 7- oblékání a svlékání 8- hygienická péče v izolaci	<i>Podání stravy a tekutin, krmení:</i> 1- na lůžku 2 – u stolu 3 – nácvik žvýkání a polykání potravy 4 – výživa sondou 5 - pumpou	Péče při: 1 – inkontinenci moči 2 – inkontinence stolice 3- péče o pomůcky pro inkontinentní 4- nácvik používání toalety 5- pomoc při vyprázdňování v izolaci 6- pomoc při častém zvracení	Pravidelná změna polohy 4 a více x 1) polohování 2) mobilizace

Další ošetrovatelská opatření vycházející z plánu ošetrovatelské péče

Záznamy týkající se další specifické ošetrovatelské péče v rámci individuálního plánu ošetrovatelské péče (dle zvyklosti oddělení). Do této části přepisuje sestra ošetrovatelské diagnózy v podobě: R 1abcd, 2abc, 3abcd, P 1bcd, 2abc, 3c, N 1bcd, 2abc. Sestra datem a parafou potvrzuje vždy na konci své směny realizaci stanoveného plánu.

Formulář kategorie z hlediska intenzity péče obsahuje záznamy o průběhu fyzioterapie, které vyplňují rehabilitační sestry v rámci své kompetence. Záznam musí obsahovat: Datum, hodinu, průběh a podpis/parafu/iniciály rehabilitační sestry.

P6 Hlášení

Do hlášení sester (příloha č. 8) se zapisují důležité informace o změnách ve stavu pacienta, jeho reakcích na výkony, léčbu nebo ošetrovatelské intervence.

Popisují se stručně:

- Vývoj stavu pacienta/klienta
- Důležitá upozornění
- Kritické události – pády, odmítnutí léčby, konflikty apod.
- Hodnotí stav pacienta v rámci poskytování plánované ošetrovatelské péče (nejméně 1x týdně)

Pokud se provede změna v intervenci u problému pacienta/klienta, musí být zaznamenáno číslo diagnózy a uveden v Hlášení záznam (př.: Pozor u ošetrovatelské dg. č. 1 změna).

Hlášení se píše pokud možno v průběhu služby, uvádí se čas zápisu. Sestře v další směně se předávají informace o pacientech/klientech podrobně v pracovních sester. Kromě této a písemné formy hlášení si předejte i informace potřebné k doplnění stavu pacienta/klienta u jeho lůžka (pohled na stav kůže, místo vpichu, kontrola polohy pacienta/klienta apod.). Při předávání hlášení na pokoji se postupuje tak, aby nedocházelo k psychickému poškození pacientů nevhodným způsobem komunikace. Předání služby je potvrzeno sestrou (podpisem/parafou/iniciály), která převzala hlášení (službu), převzetí stvrdí svým podpisem/parafou/iniciály.

P7 Ošetrovatelský plán

Na základě adekvátně získané informace o stavu pacienta, sestavené ošetrovatelské anamnézy a analýz získaných informací se sestavuje ošetrovatelská diagnóza. Sestra stanovuje problémy pacienta/klienta a potřeby péče, formuluje aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy. Správné stanovení diagnóz je velmi účinné pro naplánování účinné ošetrovatelské péče.

Stanovené diagnózy se označují číslicemi. Číslice zjednoduší komunikaci při předávání hlášení.

Ošetrovatelský plán se píše **do 48 hodin** od přijetí pacienta/klienta a **kontrolu plánu** je prováděna průběžně nejméně **jedenkrát týdně**. Ošetrovatelský plán je formulář zahrnující kolonky viz příloha č. 7

- Potřeby a problémy pacienta
- Ošetrovatelský cíl
- Ošetrovatelský plán

Potřeby a problémy pacienta / klienta

= stanovení ošetrovatelské diagnózy.

Jako pomůcka při tvorbě diagnóz může být použita:

Ošetrovatelské diagnózy, pomůcka k výuce ošetrovatelského procesu v rámci programu Leonardo, E.Červinková, Hilda Vorlíčková a kol., Brno 2000

Kapesní průvodce zdravotní sestry, M. E. Doenges, M. F. Moorhouse, Grada 1996

Tato literatura je k dispozici na každém standardním oddělení.

U diagnózy musí být vždy napsáno datum, číslo diagnózy a podpis sestry, která diagnózu stanovila.

Ošetrovatelský cíl

= čeho se má dosáhnout.

Sestra je povinna stanovit reálný, jasný, konkrétní a měřitelný cíl. Cíl musí být individuálně specifikován a musí udávat časový rámec, respektovat přání pacienta/klienta. Očekávané výsledky by měly směřovat ke zlepšení stavu pacienta/klienta.

Zase je zapsáno datum, kdy byl stanoven cíl a podepsáno sestrou, která cíl stanovila.

Ošetrovatelský plán

= co má být vykonáno (ošetrovatelské intervence)

Zapíše se datum, číslo diagnózy a pro které služby platí (R, P, V), následují vypsání intervence.

Pacient/klient rodinní příslušníci jsou seznámeni s plánem navrhovaných opatření (intervencí) a jejich frekvencí. Intervence jsou stručné, jasné, jejich frekvence je zaznamenána v ranní, odpolední i noční službě. První ošetrovatelské diagnózy, cíl, plán a jejich realizace jsou **zaznamenávány do 48 hodin**, sestra je stvrzuje svým podpisem. Dále pak provádí další průběžné zápisy během celé hospitalizace nemocného.

Stop datum se vypisuje, když u pacienta/klienta vymizel stanovený problém, nebo došlo ke změně stavu pacienta/klienta.

Do kolonky „podpis“ se podepisuje ošetrovatelský personál při stanovení diagnózy a ošetrovatelského plánu.

Ošetrovatelský plán je přepsán do ošetrovatelského listu do kolonek Další ošetrovatelská opatření vycházející z plánu ošetrovatelské péče v již zmíněné podobě.

P8 Sesterská překladová zpráva/Úvodní zpráva

a) *Sesterská překladová zpráva* (viz příloha č. 9)

Slouží k zajištění kontinuity péče. Vyplňuje se při překladu mezi stanicemi, odděleními nemocnice Pelhřimov p.o..

Formulář se vyplňuje dvojmo – jeden se odešle s pacientem/klientem a druhý se archivuje ve zdravotnické dokumentaci pacienta/klienta.

V překladové zprávě musí být zaznamenány tyto údaje:

Základní údaje

- základní identifikační údaje pacienta/klienta, zdravotnickém zařízení, oddělení a datum.

Další údaje

- datum hospitalizace (od – do)
- překlad (odkud kam)

Údaje o pacientovi/klientovi důležité pro ošetrovatelskou péči

- stav vědomí
- alergie
- i.v. kanyla (ano–ne; od kdy)
- žaludeční sonda
- permanentní katétr
- stomie
- dekubity
- kompenzační pomůcky (brýle, zubní protéza – horní; dolní, naslouchátko, kontaktní čočky, hůlka

Individuální potřeby (hygienické, stravovací, spánek, jiné...)

- poskytnutá ošetrovatelská péče v průběhu hospitalizace
- poslední terapie
- informace předané rodině; pacientovi/ klientovi
- doporučení pro další postup při ošetřování
- rodinné zázemí (má-nemá)
- zajištění po propuštění
- sociální šetření
- předání osobních věcí, prádla

Datum vystavení překladové zprávy a podpis sestry, která překladovou zprávu sepisovala.

b) Úvodní zpráva (viz příloha č. 9 a))

Slouží k zajištění kontinuity péče. Vyplňuje se vždy při překladech/popuštění nemocného do jiného zdravotnického, sociálního zařízení akutní, následné nebo domácí péče.

Fomulář se vyplňuje dvojmo – jeden se odešle s pacientem/klientem a druhý se archivuje ve zdravotnické dokumentaci pacienta/klienta.

V Úvodní zprávě musí být zaznamenány tyto údaje:

Základní údaje o zdravotnickém zařízení

- zdravotnické zařízení, oddělení, telefon na oddělení

Základní identifikační údaje pacienta/klienta

- příjmení, jméno, adresa, rodné číslo, místo narození, telefon
- sociální podmínky/stav
- péče o psychiku žádoucí
- blízká osoba/ošetrovatelka (kontakt, adresa)

Jiné údaje

- propouštějící lékař (telefon)
- zdravotní pojišťovna/pojištění
- poslední hospitalizace (kdy, zdravotnické zařízení)
- Základní a další diagnózy/výkony

Důležité informace o zdraví pacienta/klienta

- (alergie, záchvatové stavy, návykový prostředek, kardiostimulátor atd)

Léky

- seznam léků dle ordinace lékaře
- kontrola příjmu – příprava léků

Stav pacienta/klienta

- orientace
- dorozumívání
- současný stav
- vitální funkce
- pohyb
- péče o tělo
- oblékání/svlékání
- strava
- vylučování

Oděv osobní věci, peníze

Další důležité informace

Písemná zpráva pro lékaře (příloha)

Datum vystavení Úvodní zprávy podepsaný sestrou, která ji sepsala.

P9 Pořadač výsledků vyšetření

K ošetrovatelské dokumentaci Optiplan patří pořadač s výsledky pacienta/klienta (viz příloha č. 10).

Výsledky jsou sestrou zalepovány do příslušné skupiny. Rozlišujeme 6 skupin.

1. Biochemie; Mikrobiologie
2. Hematologie; Histo-/cytologie
3. RTG – CT; SONO
4. EKG; Endoskopie; Jiné instrument. vyšetření
5. Operace/anestézie; Konzilia, ostatní
6. Chorobopis; Pojišťovna; Ostatní nemocniční listy

Výsledky slouží lékařům při dalším stanovení postupu terapie a diagnostiky, proto je důležitá přehlednost a pravdivost výsledků.

P10 Standardizované zkratky

Standardizované zkratky slouží pro lepší srozumitelnost zápisů v ošetrovatelské dokumentaci. Zabráňují záměně zkratek a snižují pochybení z nich vyplývající. Každá ošetrovatelská jednotka si může vytvořit vlastní seznam zkratek podle zvyklostí nebo doplnit tento seznam. Seznam zkratek má určené místo (dle zvyklostí oddělení) a musí být přístupný pro všechny členy personálu, kteří zaznamenávají a nahlíží do ošetrovatelské dokumentace.

Tab. č. 2 Standardizované zkratky

symboly		vyšetřovací kritéria		laboratoř	
↑	zvýšení	TK	Tlak krevní	ABR	Acidobazická rovnováha
↓	snížení	TT	Tělesná teplota	KO+diff	Krevní obraz a diferenciál
+	plus	D	Dech	JS	Jaterní soubor
-	minus	P / TF	Pulz / tepová frekvence	Ca	Vápník
°	stupně	DK	Dolní končetina	Na	Sodík
%	procenta	LDK	Levá dolní končetina	K	Draslík
		PDK	Pravá dolní končetina	M+S	Moč a sediment
		HK	Horní končetina	KS	Krevní skupina
		PHK	Pravá horní končetina	K+C	Kultivace a citlivost
		LHK	Levá horní končetina		

ordinace		způsob podání medikace		Časové podání (ordinace) medikace	
O ₂	Kyslík	s.c	sub cutané	R	Ráno
CZK	Centrální žilní katétr	i.v	intra venózně	P	Poledne
PŽK	Periferní žilní katétr	i.m	intra muskulárně	V	večer
PMK	Permanentní močový katétr				
EKG	Elektrokardiogram				
RTG	Rentgenový snímek				
RHB	Rehabilitace				
S+P	Srdce a plíce				

P 11 Dokumentační systém Optiplan

Základním prvkem systému Optiplan je plastový pořadač, do jehož úchyty se upevňují karty pacientů/klientů v maximálním počtu 10. Pro běžnou stanici se obvykle používá 3 – 4 pořadačů, což umožňuje rozdělení pokojů pro skupinovou péči. Každá z karet obsahuje dokumentaci pacienta/klienta po dobu jeho hospitalizace. Pokud je hospitalizace delší než 7 dní, jsou lékařské i ošetrovatelské a další doplňující formuláře ukládány do složek pacienta/klienta mimo pořadač (závěsné desky ve vizitním vozíku). Pevná deska pořadače zajišťuje nejen bezpečné uložení pořadačů, ale také slouží jako pevný podklad při zápisu u lůžka pacienta/klienta. Systém je velmi přehledný. Deska je zkrácena o prostor, který vyplňují barevné signalizační jezdcy, umístěné na každé kartě pacienta/klienta. Bez zbytečného otevírání pořadačů umožňují zjistit aktuální informace o momentálním průběhu poskytované léčebné péče a potřebách pacientů/klientů.

Signalizační jezdcy

Lišta se 36 signalizačními jezdcy umožňuje vysunutím nebo zasunutím příslušného jezdcy upozornovat v průběhu směny na důležité informace o potřebách pacientů/klientů na stanici. Barevný přehled je rozdělen do skupin a lze jej variabilně rozdělit podle charakteru péče na jednotlivých stanicích. Plán signálů je uveden na vnitřní straně plastového pořadače a může být doplněn o podpisové vzory/parafy sester.

Kritéria výsledku:

V1 V ošetrovatelské dokumentaci je vytvořen podklad pro sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče.

V2 Jsou vytvořeny podklady pro zabezpečení chronologického přehledu a kontinuity ošetrovatelské péče.

V3 Ošetrovatelská dokumentace poskytuje přehled o obsahu a rozsahu, komplexnosti a úplnosti poskytnuté péče a to i zpětně.

V4 Ošetrovatelská dokumentace je zdrojem dat pro forenzní účely.

V5 Slouží jako podklad pro hodnocení ošetrovatelské péče a spokojenosti pacienta/klienta s poskytnutou péčí.

Literatura

Mastiliaková, D., Úvod do ošetrovatelství

Škrlovi, Kreativní ošetrovatelský management

Vašátková, I. a kol., Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici

Lubomír Vondráček, Miloslav Ludvík, Jana Nováková, Ošetrovatelská dokumentace v praxi

Kršková, Ošetrovatel'ské postupy

Zpracoval

Eva Macháčková, studentka Zdravotně-sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích pod vedením Mgr. Hany Dandové DiS., členka komise pro tvorbu standardů Nemocnice Pelhřimov p.o.

Seznam osob, které na SOP spolupracovaly

Mgr. Hana Dandová DiS., členka komise pro tvorbu standardů Nemocnice Pelhřimov, p.o.

Bc. Jitka Plášilová, vrchní sestra gynekologicko - porodnického oddělení Nemocnice Pelhřimov, p.o.

Bc. Vladimíra Macháčková, vrchní sestra oddělení ARO a je členkou komise pro tvorbu standardů Nemocnice Pelhřimov, p.o.

Hana Pelíšková, staniční sestra chirurgického oddělení Nemocnice Pelhřimov, p.o.

Pavčina Fridrichovská DiS., zdravotní sestra dětského oddělení Nemocnice Pelhřimov, p.o.

Anna Palánová DiS., zdravotní sestra interního oddělení Nemocnice Pelhřimov, p.o.

Formuláře doplňující základní ošetrovatelskou dokumentaci

- Diabetická karta
- Dokumentace / anamnéza rány
- Epikríza
- Kontinuální sledování výskytu dekubitu
- Konsiliární list
- Sledování - ordinace

Seznam příloh základní ošetrovatelské dokumentace

Příloha č. 1 Ošetrovatelská anamnéza

Příloha č. 2 Barthelův test

Příloha č. 3 Plán prevence/péče o dekubity a jiné rány

Příloha č. 4 Práva pacientů

Příloha č. 5 Teplotka

Příloha č. 6 Ošetrovatelský list

6 a) Vykazování kategorií

Příloha č. 7 Ošetrovatelský plán

Příloha č. 8 Hlášení

Příloha č. 9 Sesterská překladová zpráva

9 a) Úvodní zpráva

Příloha č. 10 Pořadač výsledků

Příloha č. 11 Kritéria auditu

Příloha č. 1 Ošetrovatelská anamnéza

<p>Praktický lékař: _____</p> <p>Věk: _____</p>		<p>Hlavní diagnóza: _____</p>	
<p>Jméno: _____</p> <p>Síse: _____</p> <p>Povolání: _____</p> <p>Bydliště: _____</p> <p>Příbuzní nebo jiné osoby, které můžete kontaktovat a informovat: _____</p> <p>Jméno: _____</p> <p>Vztah k nemocnému: _____</p> <p>Adresa: _____</p> <p>Telefár: _____</p>	<p>Sluch: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> porucha</p> <p>Zrak: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> porucha</p> <p>Káze: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> zrudlá <input type="checkbox"/> otláčená</p> <p>Žilní vstupy: <input type="checkbox"/> CVAK <input type="checkbox"/> Port - Ciath <input type="checkbox"/> Flekula í den</p> <p>Výživa: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> díča; <input type="checkbox"/> problém; <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> poruce při jídle <input type="checkbox"/> nevelho. <input type="checkbox"/> zvracení <input type="checkbox"/> kousání <input type="checkbox"/> poškání <input type="checkbox"/> hubnutí</p> <p>Vyhledávání stolice: <input type="checkbox"/> pravidel. <input type="checkbox"/> x / týden <input type="checkbox"/> normál. <input type="checkbox"/> zápa <input type="checkbox"/> průjem</p> <p><input type="checkbox"/> Projímadla (ruzev, dávka, častot);</p> <p>Močení: (barva, časot, obtíže, inkontinence, stornie (gubal)).</p>	<p>Planované propuštění</p> <p>Může se o Vás doma někdo starat? <input type="checkbox"/> samostat. <input type="checkbox"/> omezení <input type="checkbox"/> závislý</p> <p>Jméno, adresa: _____</p> <p>Oùvoz domů: <input type="checkbox"/> sam. <input type="checkbox"/> s příbuznými: <input type="checkbox"/> semitou</p> <p>Využíváte soc. služeb: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p><input type="checkbox"/> Domácí péče <input type="checkbox"/> Sociální péče <input type="checkbox"/> Charita</p> <p>Jak často využíváte těchto služeb? _____ x</p> <p>Čiřte, že budete tyto služby potřebovat? <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p>	<p>Problemy pro plánování péče</p> <p><input type="checkbox"/> Dýchání</p> <p><input type="checkbox"/> Vnitřní</p> <p><input type="checkbox"/> Komunikace</p> <p><input type="checkbox"/> Pomocí integrace kůže</p> <p><input type="checkbox"/> Hygiena</p> <p><input type="checkbox"/> Výživa</p> <p><input type="checkbox"/> Využívání</p> <p><input type="checkbox"/> Pohyblivost</p> <p><input type="checkbox"/> Bolest</p> <p><input type="checkbox"/> Psycho-sociální</p> <p><input type="checkbox"/> Vzdělávací potřeba</p>
<p>Psychický stav pacienta / zryklší se zřetelně na:</p> <p>Chcete mít návštěvy? <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Vědomí: <input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> dezorientovaný <input type="checkbox"/> usobou</p> <p>jiné: <input type="checkbox"/> místem <input type="checkbox"/> časem</p> <p>Emoce: <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> vzáostný <input type="checkbox"/> pláctvý</p> <p><input type="checkbox"/> depresivní <input type="checkbox"/> netický <input type="checkbox"/> agresivní</p> <p>jiné: _____</p>	<p>Psychický, sociální a duchovní stav pacienta</p> <p>Komunikace: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> porucha řeči</p> <p>Chápavost: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> poruch. chápání</p> <p>Náhozené potřeby: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Pochovní přátel: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Pohyblivost <input type="checkbox"/> samost. <input type="checkbox"/> pot. <input type="checkbox"/> pot. <input type="checkbox"/> omezení <input type="checkbox"/> závislý</p> <p>Péče o tělo _____</p> <p>Péče o záby / d. úzří _____</p> <p>Péče o vlasy _____</p> <p>Obtěkání _____</p>	<p>Kompenz. potřeby</p> <p>Kontaktní čokky: <input type="checkbox"/> vpravo <input type="checkbox"/> vlevo <input type="checkbox"/> Brýle</p> <p>Oční proteza: <input type="checkbox"/> vpravo <input type="checkbox"/> vlevo</p> <p>Protěza paže / nohy: <input type="checkbox"/> vpravo <input type="checkbox"/> vlevo</p> <p>Zubní proteza / náubek: <input type="checkbox"/> nahoté <input type="checkbox"/> dolé</p> <p><input type="checkbox"/> Naslouchadlo <input type="checkbox"/> Paruka <input type="checkbox"/> Přístek</p> <p><input type="checkbox"/> Berle <input type="checkbox"/> Woalk</p> <p><input type="checkbox"/> Kardiostimulátor <input type="checkbox"/> Kolostomie <input type="checkbox"/> Tracheostomie</p> <p>jiné přebážky: _____</p>	<p>Problemy pro plánování péče</p> <p>Pacient byl seznámen s: <input type="checkbox"/> s prostředím na oddělení <input type="checkbox"/> s domácími službami</p> <p><input type="checkbox"/> s dopravním řádem <input type="checkbox"/> se službami nemocnice</p> <p><input type="checkbox"/> s právy pacientů</p> <p>Pacient souhlasí, aby onobý získávalí způsobilost k výkonu zdravot. povzdání, v rozsahu nebytně nutném:</p> <p>- mohližly do jeho zdravotnické dokumentace <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>- byly přítomny jeho vyšetření, ošetření <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Pendání částky a cenozní uloženy v econr. trezoru? <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p>
<p>Podpis pacienta: _____</p> <p>Datum: _____</p>		<p>Podpis sestry: _____</p>	



Příloha č. 2 Barthelův test

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)**

Jméno pacienta:

Datum narození pacienta (věk):

	činnost	provedení činnosti	bodové skóre*
1.	příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti:**

ADL 4	0 – 40 bodů	vysoce závislý
ADL 3	45 – 60 bodů	závislost středního stupně
ADL 2	65 – 95 bodů	lehká závislost
ADL 1	96 – 100 bodů	nezávislý

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Priloha č. 3 Plán prevence/péče o dekubity a jiné rány

Dat.	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Plánována onemocnění	Frakce sání	Stav vidění	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Skubit	
06.11.13	4	78	4	1. zhoršení	4	3	4	4	4	3	
Uživatelské akronymy: LB levý bok PB pravý bok Z zadá SL sed na lůžku SK sed v křesle ATD antidekubitory S stl J v porodu veš 1/2 peroxid vodíku BE bezden JO ústním RS ranní směs OS druhá směs		Stupně zranění na prsoune maso (včetně): 1 zhoršení 2 zhoršení 3 zhoršení 4 zhoršení		NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MENĚ							1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení 4. zhoršení
PROBLÉM		1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení		1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení							1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení
Problém: Stupně zranění prsu 1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení											
Důvody vzniku dekubitu a jiných ran: 1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení											
Účinná opatření: 1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení											
Důležitá opatření: 1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení											
Průběh léčby: 1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení											
Průběh léčby (druhá část): 1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení											
Průběh léčby (třetí část): 1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení											
Průběh léčby (čtvrtá část): 1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení											

Dat.	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Plánována onemocnění	Frakce sání	Stav vidění	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Skubit	
06.11.13	4	78	4	1. zhoršení	4	3	4	4	4	3	
Uživatelské akronymy: LB levý bok PB pravý bok Z zadá SL sed na lůžku SK sed v křesle ATD antidekubitory S stl J v porodu veš 1/2 peroxid vodíku BE bezden JO ústním RS ranní směs OS druhá směs		Stupně zranění na prsoune maso (včetně): 1 zhoršení 2 zhoršení 3 zhoršení 4 zhoršení		NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MENĚ							1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení 4. zhoršení
PROBLÉM		1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení		1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení							1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení
Problém: Stupně zranění prsu 1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení											
Důvody vzniku dekubitu a jiných ran: 1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení											
Účinná opatření: 1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení											
Důležitá opatření: 1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení											
Průběh léčby: 1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení											
Průběh léčby (druhá část): 1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení											
Průběh léčby (třetí část): 1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení											
Průběh léčby (čtvrtá část): 1. zhoršení 2. zhoršení 3. zhoršení											

Příloha č. 4 Práva pacientů

Práva pacientů

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

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

Zdroj: Práva pacientů [online], [cit 2007-04-03].

Dostupné z: [www. http://www.hospital-pe.cz/informace_pro_pacienty.php?id=13](http://www.hospital-pe.cz/informace_pro_pacienty.php?id=13).

Příloha č. 6 a) Vykazování kategorií

K	body	název	legenda
0	0	pacient na propustce	vykáže se každý den, kdy je pacient na propustce
1	0	pacient soběstačný	pacient je nezávislý na základní ošetrovatelské péči dítě nad 10 let, fyziologický novorozence
2	75	pacient částečně soběstačný	pacient je částečně soběstačný, sám se obsluhuje a dopomocí, je schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, dítě od 6 do 10 let
3	150	pacient vyžadující zvýšený dohled	lucidní pacient, neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžaduje těsný úplnou obsluhu psychicky alterovaný pacient vyžaduje zvýšený dohled, přípravě jiné přecizované souvazby polybsu či farmakologické základní dítě od 2 do 6 let
4	225	pacient imobilní	lucidní, zcela imobilní pacient, případně inkontinenci, vyžaduje ošetrovatelskou pomoc při všech úkonech dítě do 2 let věku
5	300	pacient v bezvědomí	pacient je v bezvědomí

Stavba těla/výška pro věhu	Typ kůže v ohrančené oblasti	Pohlaví Věk	Zvláštní rizika	Medikace
Průměrný	0 Zářavá	0 Muž	1 Používání tkání, např.:	8 Cytotatika
Nadprůměrný	1 Papírová	1 Žena	2 Termální	Vysoké dávky steroidů
Obecní	2 Suchá	1 14-49	1 kůže	5 Protizánětlivé léky
Podprůměrný	3 Edematózní	1 50-64	2 Srděční	
	4 Vlhká (zvlá. teplota)	1 65-74	3 selhávání	
	5 Nepřirozeně zbarvená	1 75-80	4 Periferní vaskulární choroby	
	6 Porážení / ložisko	2 80+	5 Anémie Koutení	2
		3		1

Kontinence	Pohyblivost	Chůň k jídlu	Neurologická porucha	Operace/trauma
Úplná/katetrizován	0 Písa	0 Průměrná	0 Diabetus	5 Ortopedická pod úrovní pasu
Občasná inkontinence	1 Neklínový je	1 snížená	1 Roztroušená skleróza	5
Katetrizován inkontinence stolice	2 Agutie	2 Sonda	1 fleus	4-6: Plnět
	3 Omezená hybnost	3 (pouze tabatiny)	2 Moterická/ sensorická purpologie	
	4 Neúplný/nače	4		
	5 Většše	5		
Obojí inkontinen, 3				

Zakroužkuj skóre v tabulce a seči. Pro každou kategorii můžeš použít několik bodových bodin. Čím vyšší skóre bude, tím vyšší riziko vzniku úkadin.

Příloha č. 8 Hlášení

Druh		K / OV		Datum		Podpis		Hlášení o práci - použití prostředků ochrany zdraví		Podpis		Optiplan s.r.l.
Čís	K	Čís	OV	Čís	OV	Čís	OV	Hlášení o práci - použití prostředků ochrany zdraví	Čís	OV	Podpis	

Dok. č. 5/00

Právní: _____ Jméno: _____

Liší č. _____

K = kontrola, OV = et. vizita

ZF 4/00 Hlášení

Příloha č. 9 Sesterská překládová zpráva

SESTERSKÁ PŘEKLAĐOVÁ ZPRÁVA

ŠTÍTEK		HOSPITAL	od	od
		PŘEKLAĐ	odkud	kam
		DG: lékařská		
		sonduštrná		
		ostatní		
STAV VĚDOMÍ:	Spolupracuje	ano	ne	
MOBILITA:	chodící	sedící	ležící	
STRAVOVÁNÍ:	D.č.			
ALERGIE:	ano	ne		
I. V. KANTYLA:	ano od kdy	ne		
ŽAL. SONDA:	ano od kdy	ne		
PERM. KATETR:	ano od kdy	ne		
STOMIE:	ano	ne		
ošetření	sám	s pomocí		
DEKUBITY:	ano	ne		
	kde			
	ošetření			
INDIVIDUÁLNÍ POTŘEBY:				
hygienické:				
stravovací:				
spánek:				
jiné:				
poskytnutá oš. péče v průběhu hospitalizace:				
poslední terapie:				
informace předané nemocnému - rodině:				
doporučení pro další postup při ošetřování:				
rodinné zázemí:	má	nemá		
zajištění po propuštění,				
sociální šetření:				
Předání os. věcí, prádla:				
Dne:		Podpis sestry:		

Příloha č. 9a) Úvodní zpráva

Úvodní zpráva

Pro OPTIKYAN DOŠ Č. -
CP 911 - 1,99

Naše zdr. zařízení:				
Odd. / Obor:	Tel.:			
Zpráva o péči pro:				
Podáváme zprávu o:				
Příjmení:	Rodné č.:			
Jméno:	Místo narození:			
Adresa:	Tel.:			
Žije sám <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> ženatý <input type="radio"/> vdovec <input type="radio"/> vdova <input type="radio"/> svobodný/á <input type="radio"/> Pěče o psychiku žádoucí <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne				
Blízká osoba / ošetrovatelka ...:				
Adresa:	Tel.:			
Propouštějící lékař:	Tel.:			
Zdravotní pojišťovna / pojistění:				
Poslední hospitalizace:	Nemocnice:			
Základní a další diagnózy / výkony:				

Důležité informace o zdravotí pacienta (alergie, záchvatové stavy, návykové stavy, prosředek, kardiosimulátor atd.):

Léky:							
	R	P	V	N	L	A	K

Ondertact:				
<input type="radio"/> orientovaný	<input type="radio"/> mírně dezorient.	<input type="radio"/> dočasně	<input type="radio"/> dočasně	Poznámky
<input type="radio"/> situace dezorient.	<input type="radio"/> situace dezorient.	<input type="radio"/> dočasně	<input type="radio"/> dočasně	
<input type="radio"/> dezorient. v osobách	<input type="radio"/> nezřetelné vidění	<input type="radio"/> brýle	<input type="radio"/> kontaktní čočky	
<input type="radio"/> neslyšící	<input type="radio"/> nablouchnadlo	<input type="radio"/> sláze	<input type="radio"/> všeobecné / v aktuálním stavu	
<input type="radio"/> sláze	<input type="radio"/> kontaktní čočky			
Současný stav:				
Vítání funkce:	TK:	Puls:	Tělesná teplota:	
<input type="radio"/> bez omezení	Poslední glykémie:			
Potyby:	Dyotání:			
<input type="radio"/> normální	<input type="radio"/> potřebná pomoc	<input type="radio"/> kontraktura kde?		
<input type="radio"/> samostatný	<input type="radio"/> ležící	<input type="radio"/> ochrnutí kde?		
<input type="radio"/> samostatný	<input type="radio"/> polojedná křeslo	<input type="radio"/> pomoc při chůzi		
Péče o tělo:				
<input type="radio"/> samostatný	<input type="radio"/> potřebná pomoc			
<input type="radio"/> bez pomoci	<input type="radio"/> celková koupel			
<input type="radio"/> kůže	<input type="radio"/> zubní proteza			
<input type="radio"/> poškození kůže: jaká? velikost? kde?	<input type="radio"/> potřebná pomoc			
<input type="radio"/> samostatný	<input type="radio"/> závislý			
Strava:	<input type="radio"/> potřebná pomoc	<input type="radio"/> sonda		
<input type="radio"/> normální	<input type="radio"/> diabetes	<input type="radio"/> dieta		
<input type="radio"/> samostatný	<input type="radio"/> mléčná strava			
Vyhodnocení:				
<input type="radio"/> samostatný	<input type="radio"/> část inkon. moči	<input type="radio"/> část inkon. stolice		
<input type="radio"/> stabilizace pravidelná	<input type="radio"/> úplná inkon. moči	<input type="radio"/> úplná inkon. stolice		
<input type="radio"/> rovněž vyprazd.	<input type="radio"/> příjem	<input type="radio"/> příjem		
<input type="radio"/> rovněž stolice	<input type="radio"/> perm. katez	<input type="radio"/> obslužba		
<input type="radio"/> kolostomie	<input type="radio"/> poslední výměna:			

Odkv. osobní věci, peníze:	
Další důležité informace:	
Písemná zpráva pro lékaře vypracována: <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne	Příloha
Datum:	Podpis:

Příloha č. 10 Pořadač výsledků

1	Biochemie Mikrobiologie	Biochemie Mikrobiologie
2	Hematologie KS, transfúze Histo-/cytologie	Hematologie Histo-/cytologie
3	Rtg/CT Sono	RTG-CT SONO
4	EKG Endoskopie Jiné instrument. vyšetření	EKG Endoskopie
5	Operace/anestezie Konzilia	OP- anestezie Konzilia, ostatní
6	Chorobopis Pojišťovna Ostatní	Nemocniční listy



Příloha č. 11 Kritéria auditů

Kontrolní kritéria k auditu „Ošetrovatelská dokumentace“
16. 2. 2007; 6. 4. 2007

Oddělení: Auditor:	Stanice:	Datum sledování Dokumentace	Hodnocení				
			1	2	3	4	5
METODA	KONTROLNÍ KRITÉRIA						
Pohledem do dokumentace.	1. S3 Používá sestra základní formuláře určené pro zajištění kvality a kontinuální péče? 2. P3 Je ošetrovatelská anamnéza vyplněna do 24 hodin? 3. P3 Obsahuje ošetrovatelská anamnéza podpis pacienta/klienta (popř. rodinných příslušníků u dětí)? 4. P7 Jsou ošetrovatelské diagnózy vypsány do 48 hodin? 5. P7 Obsahuje ošetrovatelský plán datum stanovení ošetrovatelské diagnózy? 6. P7 Obsahuje ošetrovatelský plán ošetrovatelský cíl každé ošetrovatelské diagnózy? 7. P7 Obsahuje ošetrovatelský plán písemný plán ošetrovatelských intervencí? 8. P6 Hodnocení ošetrovatelského plánu je prováděno minimálně 1x týdně? 9. P1 Lze z ošetrovatelské dokumentace jasně identifikovat sestru, která provedla záznam? 10. P1 Obsahuje každý formulář ošetrovatelské dokumentace identifikaci zdravotnického zařízení a oddělení? 11. P1 Obsahuje každý formulář ošetrovatelské dokumentace pořadové číslo formuláře (list č.)? 12. P1 Jsou všechny záznamované údaje do formulářů ošetrovatelské dokumentace čitelné? 13. P1 Je na oddělení jmenový seznam ošetrovatelského týmu, který do ošetrovatelské dokumentace provádí záznamy? 14. P4 Je jasně z teplotky, která sestra medikaci připravila a podala/provedla výkon? 15. P1 Jsou údaje psané noční službou černě? 16. P1 Je u každého pacienta/klienta na oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? 17. P11 Používá zdravotnický personál na oddělení signalizační jezdce, dle zvyklostí oddělení? A. P1 Chybné záznamy v ošetrovatelské dokumentaci jsou opraveny pouze jednoduchým vodorovným škrtnutím? B. P1 Obsahuje přepis datum, čas a parař/podpis/iniciály sestry, která záznam opravila?						
Pohledem do ošetrovatelského plánu.							
Pohledem do dokumentace.							
Dorazem na oš. personál; pohledem do dokumentace.							
Pohledem do dokumentace.							
Bodové hodnocení – ano 1 bod; ne – 0 bod, nelze hodnotit ×	Provedíte součet bodů v kolonkách						
Hodnocení: 20 – 18 bodů = výborné 17 – 15 bodů = průměrné ↓ 15 a méně bodů = slabé							

Po provedení auditu zašlete formulář spolu s protokolem o provedení auditu hlavní sestře.



Kontrolní kritéria k auditu „Ošetrovateľská dokumentace“
16. 2. 2007; 6. 4. 2007

Příloha č. 11 Kritéria auditu

Oddělení: Auditor:	Staniční: Auditor:	Datum sledování Dokumentace	Hodnocení					
			6	7	8	9	10	
METODA		KONTROLNÍ KRITÉRIA						
Pohledem do dokumentace.	1. S3 Používá sestra základní formuláře určené pro zajištění kvalitní a kontinuální péče?							
	2. P3 Je ošetrovateľská anamnéza vypísána do 24 hodin?							
	3. P3 Obsahuje ošetrovateľská anamnéza podpis pacienta/klienta (popř. rodinných příslušníků u dětí)?							
	4. P7 Jsou ošetrovateľské diagnózy vypísány do 48 hodin?							
Pohledem do ošetrovateľského plánu.	5. P7 Obsahuje ošetrovateľský plán datum stanovení ošetrovateľské diagnózy?							
	6. P7 Obsahuje ošetrovateľský plán ošetrovateľský cíl každé ošetrovateľské diagnózy?							
	7. P7 Obsahuje ošetrovateľský plán písemný plán ošetrovateľských intervencí?							
	8. P6 Hodnocení ošetrovateľského plánu je prováděno minimálně 1x týdně?							
Pohledem do dokumentace.	9. P1 Lze z ošetrovateľské dokumentace jasně identifikovat sestru, která provedla záznam?							
	10. P1 Obsahuje každý formulář ošetrovateľské dokumentace identifikaci zdravotnického zařízení a oddělení?							
	11. P1 Obsahuje každý formulář ošetrovateľské dokumentace pořadové číslo formuláře (list č.)?							
	12. P1 Jsou všechny zaznamenané údaje do formulářů ošetrovateľské dokumentace čitelné?							
Donazem na oš. personál; pohledem do dokumentace.	13. P1 Je na oddělení jmenový seznam ošetrovateľského týmu, který do ošetrovateľské dokumentace provádí záznamy?							
Pohledem do dokumentace.	14. P4 Je jasné z teplotky, která sestra medikaci připravila a podala/provedla výkon?							
	15. P1 Jsou údaje psané noční službou černě?							
	16. P1 Je u každého pacienta/klienta na oddělení vedena ošetrovateľská dokumentace?							
	17. P11 Používá zdravotnický personál na oddělení signalizační jezdce, dle zvyklostí oddělení?							
	A. P1 Chyběné záznamy v ošetrovateľské dokumentaci jsou opravovány pouze jednoduchým vodorovným škrtnutím?							
	B. P1 Obsahuje přepis datum, čas a parařfu podpis/initialy sestry, která záznam opravila?							
Bodové hodnocení – ano 1 bod; ne – 0 bod, nelze hodnotit ×		Proved'te součet bodů v kolonkách						
Hodnocení: 20 – 18 bodů = výborně		17 - 15 bodů = průměrné						
		↓ 15 a méně bodů = slabě						

Po provedení auditu zašlete formulář spolu s protokolem o provedení auditu hlavní sestře.

Příloha 3 Seznam kontrolovaných oddělení

Název oddělení	Používaná zkratka
Dětské oddělení	DEO
Doléčovací a rehabilitační jednotka	DRJ
Gynekologicko-porodnické oddělení	GynPor
Chirurgické oddělení	CHIR
Interní oddělení	INT

Příloha 4 Kritéria auditu

Příloha 4 Kritéria auditu

Kontrolní kritéria k auditu „Ošetrovatelská dokumentace“ 16. 2. 2007; 6. 4. 2007



Oddělení: Auditor:	Stаницe:	Datum sledování Dokumentace	Hodnocení				
			1	2	3	4	5
KONTROLNÍ KRITÉRIA							
Pohledem do dokumentace.	1. S3 Používá sestra základní formuláře určené pro zajištění kvality a kontinuální péče? 2. P3 Je ošetrovatelská anamnéza vypsána do 24 hodin? 3. P3 Obsahuje ošetrovatelská anamnéza podpis pacienta/klienta (popř. rodinných příslušníků u dětí)? 4. P7 Jsou ošetrovatelské diagnózy vypsány do 48 hodin? 5. P7 Obsahuje ošetrovatelský plán datum stanovení ošetrovatelské diagnózy? 6. P7 Obsahuje ošetrovatelský plán ošetrovatelský cíl každé ošetrovatelské diagnózy? 7. P7 Obsahuje ošetrovatelský plán písemný plán ošetrovatelských intervencí? 8. P6 Hodnocení ošetrovatelského plánu je prováděno minimálně 1x týdně? 9. P1 Lze z ošetrovatelské dokumentace jasně identifikovat sestru, která provedla záznam? 10. P1 Obsahuje každý formulář ošetrovatelské dokumentace identifikaci zdravotnického zařízení a oddělení? 11. P1 Obsahuje každý formulář ošetrovatelské dokumentace pořadové číslo formuláře (list č.)? 12. P1 Jsou všechny zaznamenané údaje do formulářů ošetrovatelské dokumentace čitelné? 13. P1 Je na oddělení jmenný seznam ošetrovatelského týmu, který do ošetrovatelské dokumentace provádí záznamy? 14. P4 Je jasně z teploty, která sestra medikaci připravila a podala/provedla výkon? 15. P1 Jsou údaje psané noční službou černé? 16. P1 Je u každého pacienta/klienta na oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace? 17. P11 Používá zdravotnický personál na oddělení signalizační jezdec, dle zvyklosti oddělení? A. P1 Chyběné záznamy v ošetrovatelské dokumentaci jsou opravovány pouze jednoduchým vodorovným škrtnutím? B. P1 Obsahuje přepis datum, čas a paraful/podpis/iniciály sestry, která záznam opravila?						
Pohledem do ošetrovatelského plánu.							
Pohledem do dokumentace.							
Dorazem na oš. personál; pohledem do dokumentace							
Pohledem do dokumentace.							
Bodové hodnocení – ano 1 bod; ne – 0 bod, nelze hodnotit × Hodnocení: 20 – 18 bodů = výborné 17 - 15 bodů = průměrné ↓ 15 a méně bodů = slabé Po provedení auditu zašlete formulář spolu s protokolem o provedení auditu hlavní sestře.							



Kontrolní kritéria k auditu „Ošetrovateľská dokumentace“
16. 2. 2007; 6. 4. 2007

Metoda	Stanice:	Datum sledování Dokumentace	Hodnocení					
			6	7	8	9	10	
KONTROLNÍ KRITÉRIA								
Pohledem do dokumentace.	1. S3 Používá sestra základní formuláře určené pro zajištění kvalitní a kontinuální péče?							
	2. P3 Je ošetrovateľská anamnéza vypísána do 24 hodin?							
	3. P3 Obsahuje ošetrovateľská anamnéza podpis pacienta/klienta (popř. rodinných příslušníků u dětí)?							
	4. P7 Jsou ošetrovateľské diagnózy vypísány do 48 hodin?							
Pohledem do ošetrovateľského plánu.	5. P7 Obsahuje ošetrovateľský plán datum stanovení ošetrovateľské diagnózy?							
	6. P7 Obsahuje ošetrovateľský plán ošetrovateľský cíl každé ošetrovateľské diagnózy?							
	7. P7 Obsahuje ošetrovateľský plán písemný plán ošetrovateľských intervencí?							
	8. P6 Hodnocení ošetrovateľského plánu je prováděno minimálně 1x týdně?							
Pohledem do dokumentace.	9. P1 Lze z ošetrovateľské dokumentace jasně identifikovat sestru, která provedla záznam?							
	10. P1 Obsahuje každý formulář ošetrovateľské dokumentace identifikaci zdravotnického zařízení a oddělení?							
	11. P1 Obsahuje každý formulář ošetrovateľské dokumentace pořadové číslo formuláře (list č.)?							
	12. P1 Jsou všechny záznamy údajů do formulářů ošetrovateľské dokumentace čitelné?							
Dotazem na oš. personál; pohledem do dokumentace.	13. P1 Je na oddělení jmenový seznam ošetrovateľského týmu, který do ošetrovateľské dokumentace provádí záznamy?							
Pohledem do dokumentace.	14. P4 Je jasně z teplotky, která sestra medicaci připravila a podala/provedla výkon?							
	15. P1 Jsou údaje psané noční službou čemé?							
	16. P1 Je u každého pacienta/klienta na oddělení vedena ošetrovateľská dokumentace?							
	17. P11 Používá zdravotnický personál na oddělení signální jezdec, dle zvyklosti oddělení?							
	A. P1 Chyběné záznamy v ošetrovateľské dokumentaci jsou opravovány pouze jednoduchým vodorovným škrtnutím?							
	B. P1 Obsahuje přepis datum, čas a parařafu/podpis/iniciály sestry, která záznam opravila?							
Bodové hodnocení – ano 1 bod; ne – 0 bod; nelze hodnotit ×								
Proved'te součet bodů v kolonkách								
Hodnocení: 20 – 18 bodů = výborné		17 - 15 bodů = průměrné		↓ 15 a méně bodů = slabé				
Po provedení auditu zařete formulář spolu s protokolem o provedenému auditu hlavní sestře.								

Příloha 5 Anketní otázky

Dobrý den,
jmenuji se Eva Macháčková. Jsem studentkou 3. ročníku ZSF-JU v Českých
Budějovicích.

Anketa je anonymní. Výsledky budou použity ke zpracování mé bakalářské práce
s názvem: *Vliv auditu ošetrovatelské dokumentace na kvalitu vedení ošetrovatelské
dokumentace*. Prosím Vás o pečlivé přečtení všech otázek a pravdivé označení popř.
doplnění odpovědí.

Děkuji za Váš čas. Eva Macháčková

1. Kolik je Vám let?

- do 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 a více let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
- SZŠ + specializace
- VOŠ
- VŠ – Bc.
- VŠ – Mgr.
- jiné (prosím doplňte)

.....

3. Na jakém oddělení pracujete?

- Interní oddělení
- Doléčovací rehabilitační jednotka
- Chirurgické oddělení
- Gynekologicko-porodnické oddělení
- Dětské oddělení

4. Jak dlouho pracujete s ošetrovatelskou dokumentací Optiplan?

- prosím, doplňte údaj

.....

5. Myslíte si, že kvalita ošetrovatelské péče se zvyšuje s vypracováním standardu „Jednotné vedení ošetrovatelské dokumentace“?

- ano

proč?.....

- ne

proč?.....

- nevím

6. Myslíte, že kvalita vedení ošetrovatelské dokumentace se zvyšuje zavedením auditu ošetrovatelské dokumentace do praxe?

- ano

proč?.....

- ne

proč?.....

- nevím

7. Myslíte, že kvalita poskytované ošetrovatelské péče se zvyšuje zavedením auditu ošetrovatelské dokumentace do praxe?

- ano

proč?.....

- ne

proč?.....

- nevím

8. Obsahuje, podle Vás ošetrovatelská dokumentace Optiplán komplexně vypracované formuláře vedoucí k poskytování individuální ošetrovatelské péče?

- ano → (pokračujete otázkou č. 8)
- ne → (přeskočte na otázku č. 9)
- nevím

9. Jaké formuláře Vám v ošetrovatelské dokumentaci chybí?

.....
.....

10. Jsou podle Vás kritéria auditu ošetrovatelské dokumentace sestaveny tak, aby prověřily všechny důležité náležitosti?

- ano
- ne
- nevím
- neznám kritéria auditu
- jiné.....

11. Jste motivována vedoucími pracovníky ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského procesu?

- ano - jak?.....
- ne
- nevím

Příloha 6 Protokol k provedenímu auditu



Příloha 6 Protokol k provedenímu auditu

PROTOKOL K PROVEDENÉMU AUDITU

Oddělení, stanice:	Datum auditu:
Sledovaná oblast:	Auditor:

Zjištěné nedostatky:

Datum:

Zpracovala:

1x archivuje staniční sestra stanice, na kterém se audit prováděl

1x zaslat hlavní sestře

Příloha 7 Navrhovaná nápravná opatření



Příloha 7 Navrhovaná nápravná opatření

NAVRŽENÁ NÁPRAVNÁ OPATŘENÍ

„Jednotný postup vedení ošetrovatelské dokumentace na standardních odděleních“

Oddělení, stanice:	Datum auditu:
Za řešení nedostatků odpovídá:	Nedostatky budou odstraněny do:
Staniční sestra:	Zpracováno dne:

Přijatá opatření:

1x archivuje staniční sestra ošetrovatelské jednotky, na kterém se audit prováděl
1x zaslat hlavní sestře