

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Tvorba ošetrovateľskej dokumentácie pro standardní ošetrovací
jednotky**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
Mgr. Lenka Šedová, R.N.

Autor:
Bc. Zuzana Bradová

2009

Abstract: Creation of nursing documentation for standard nursing units.

Every medical unit has the legal duty to keep medical documentation of patients which also includes nursing documentation. Nursing documentation contains records of what was found out and done within the nursing process. Requirements for nursing documentation and principles of its keeping are fairly demanding and, therefore, it is not easy to create a simple system which would also be appropriate and complex. Currently neither the content nor the form of the forms for nursing documentation is standardized. The form of qualitative research was used in the research part of the Dissertation. We used two qualitative methods – a semi-structured survey interview with informants, including research, and an analysis of nursing documentation – the secondary data analysis method. The research group consisted of 6 informants (charge nurses) from hospitals in the Plzeň region. The results are shown in the categorization charts.

The Dissertation topic, also mentioned in the title, indicates that in the research part we mainly focused on finding the creation procedure of nursing documentation (Aim No. 1: Mapping the creation procedures and methods of nursing documentation at hospitals.) and we also investigated whether or not nurses actively participate in this process (Aim No. 2: Investigating whether or not nurses actively participate in the creation process of nursing documentation.). Subsequently, we analysed and mutually compared the basic forms of nursing documentation which are used by standard nursing units (Aim No. 3: Analysing and mutual comparing nursing documentation from individual medical units.). In order to meet the Aim No. 4 (i.e. to create a model of unified nursing documentation for standard nursing units based on the findings from the analysis of the existing documentation) we used not only our theoretical knowledge, legal regulations and company brochures offering nursing documentation but also knowledge and findings resulting from the analysis of informants' nursing documentation. The aims of the Dissertation were attained. Before starting the research we defined 4 research questions which were answered within the research. On the basis of our findings we defined 6 hypotheses which might be used as clues for thorough research of this topic at the countrywide level.

We think that the Dissertation results might be used by the informants as feedback for their own documentation or possibly as an inspiration for future adjustments and revision of nursing documentation. The documentation models we created will be given to the informants. The purpose of our work was not to find mistakes or criticise but to find an optimal form and content of documentation. The contribution of the Dissertation is both theoretical and practical.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Tvorba ošetřovatelské dokumentace pro standardní ošetřovací jednotky“ vypracovala samostatně 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 své diplomové 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.....

.....

Bc. Zuzana Bradová

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat Mgr. Lence Šedové, R.N. za odborné vedení, připomínky a cenné rady, které mi ochotně poskytla během tvorby této práce. Dále děkuji všem respondentům, tj. hlavním sestřám/náměstkyním ošetrovatelské péče z nemocnic v Plzeňském kraji, za vstřícnost, ochotu a za poskytnutí jejich ošetrovatelské dokumentace.

Obsah

Úvod	3
1 Současný stav	5
1.1 Zdravotnická dokumentace	5
1.2 Legislativní prameny zdravotnické dokumentace.....	6
1.2.1 Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.....	6
1.2.2 Novela č. 111/2007 Sb., zákona o péči o zdraví lidu.....	8
1.2.3 Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.....	9
1.2.4 Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci.....	10
1.2.4.1 Dokumentace ošetrovatelské péče dle vyhlášky.....	10
1.3 Ošetrovatelská dokumentace	11
1.3.1 Účel ošetrovatelské dokumentace.....	12
1.3.2 Zásady ošetrovatelské dokumentace a záznamy.....	13
1.3.3 Oprávnění k zaznamenávání do dokumentace.....	14
1.3.4 Odpovědnost za dokumentaci a její kontrola.....	15
1.3.5 Kvalita ošetrovatelské dokumentace.....	16
1.3.5.1 Nedostatky a chyby v dokumentaci, jejich identifikace a řešení.....	16
1.4 Integrovaná dokumentace lékařů a sester	18
1.5 Elektronická zdravotnická dokumentace.....	18
1.5.1 Elektronická ošetrovatelská dokumentace.....	19
1.6 Koncepte ošetrovatelství a ošetrovatelský proces	21
1.6.1 Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace.....	21
1.6.2 Fáze ošetrovatelského procesu.....	22
1.7 Hlavní složky ošetrovatelské dokumentace.....	22
1.7.1 Ošetrovatelská anamnéza a její náležitosti.....	22
1.7.1.1 Využití ošetrovatelského modelu při posuzování pacienta	24
1.7.2 Ošetrovatelský plán a jeho dokumentace	24
1.7.2.1 Typy plánů ošetrovatelské péče	25
1.7.2.2 Realizace a hodnocení ošetrovatelského plánu	26
1.7.3 Denní záznamy/hlášení sester.....	27

1.7.4	<i>Překladová a propouštěcí zpráva</i>	28
1.7.5	<i>Ordinační list</i>	29
1.8	<i>Specifické složky ošetrovatelské dokumentace</i>	29
1.9	<i>Tvorba formulářů ošetrovatelské dokumentace</i>	30
1.9.1	<i>Zásady pro tvorbu formulářů</i>	30
1.9.2	<i>Vybrané způsoby tvorby formulářů</i>	31
1.9.3	<i>Fáze vývoje ošetrovatelské dokumentace</i>	33
1.10	<i>Dokumentační systémy</i>	34
1.11	<i>Standardizace terminologie v ošetrovatelství</i>	35
1.12	<i>Klasifikační systémy v ošetrovatelství</i>	35
1.13	<i>Sjednocená dokumentace či dokumentace uzpůsobená potřebám oddělení?</i> 38	
2	<i>Cíle práce a hypotézy</i>	39
2.1	<i>Cíle</i>	39
2.2	<i>Výzkumné otázky</i>	39
3	<i>Metodika</i>	40
3.1	<i>Metodika a technika výzkumu</i>	40
3.1.1	<i>Rozhovor</i>	40
3.1.2	<i>Analýza dokumentace</i>	41
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	41
4	<i>Výsledky</i>	43
4.1	<i>Kategorizace dat z rozhovorů</i>	46
4.2	<i>Analýza ošetrovatelské dokumentace respondentů a kategorizace údajů</i> ...	63
5	<i>Diskuze</i>	98
5.1	<i>Diskuze k rozhovorům s hlavními sestrami</i>	99
5.2	<i>Diskuze k analýze ošetrovatelské dokumentace</i>	107
6	<i>Závěr</i>	115
7	<i>Seznam použitých zdrojů</i>	117
8	<i>Klíčová slova</i>	124
9	<i>Přílohy</i>	125

Úvod

„Ošetrovatelské dokumentaci je třeba věnovat potřebnou pozornost, stejně jako poskytování vlastní péče.“ (56)

Každé zdravotnické zařízení má ze zákona povinnost vést u pacienta zdravotnickou dokumentaci, jejíž součástí je i ošetrovatelská dokumentace. Ve vyhlášce č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci je uvedeno, že dokumentace kromě jiných náležitostí obsahuje také záznamy o ošetrovatelské péči a v příloze této vyhlášky jsou uvedeny minimální obsahy ošetrovatelské dokumentace. Dokumentace bývá nejčastěji vedena v listinné podobě nebo v kombinaci s elektronickou formou. Kvalitně vedená dokumentace je součástí postupu lege artis a dokládá správnost postupu (64, 67).

V Koncepti ošetrovatelství je zdůrazněna nutnost práce metodou ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací. Za vedení příslušné ošetrovatelské dokumentace u konkrétního pacienta odpovídá kvalifikovaná všeobecná sestra/porodní asistentka (55, 65). Kvalitní ošetrovatelská dokumentace pomáhá chránit pacienty, je předpokladem zajištění kontinuity ošetrovatelské péče, usnadňuje komunikaci a předávání informací o pacientovi mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu, poskytuje výpověď o fyzickém, emocionálním i sociálním stavu pacienta a samozřejmě je v ní zaznamenána poskytnutá a naplánovaná péče (15, 31).

Dalo by se říci, že dokumentace je vizitkou zdravotnického zařízení a je nezbytné, aby byla vytvořena a vedena v souladu s platnými předpisy. Zároveň musí mít vysokou odbornou úroveň, patřičnou formální stránku, a nesmí se podceňovat ani stránka jazyková a estetická. Kvalita dokumentace závisí na kvalitě informací, které obsahuje (15, 61).

Rozvoj moderního ošetrovatelství si žádá také odpovídající vývoj ošetrovatelské dokumentace, která musí být v souladu s platnou legislativou vztahující se ke zdravotnické dokumentaci, a která bude respektovat a odrážet nejnovější poznatky z oboru. Z tohoto je zřejmé, že ošetrovatelská dokumentace nemůže být neměnná a je potřeba ji neustále zdokonalovat. V současné době není standardizován obsah a forma jednotlivých formulářů ošetrovatelské dokumentace. Často se můžeme setkat

s dokumentací vytvořenou samotnými sestrami v rámci pracoviště, vytvořenou managementem nemocnice, se sestavou formulářů, které nabízejí komerční firmy i s jinými postupy tvorby. Kvalita takto vytvořených dokumentací je různá.

Ke zpracování tohoto tématu mě vedla zkušenost z praktické výuky, při které jsem se v různých nemocnicích setkala s několika druhy ošetrovatelské dokumentace. Ne vždy jsem měla pocit, že užívaná dokumentace respektuje potřeby pacientů a že její jednotlivé části mají logickou a metodickou posloupnost s fázemi ošetrovatelského procesu. Také různorodost obsahu a forem jednotlivých formulářů rozhodně nepřispěla k lepší orientaci v dokumentaci. Měla jsem také možnost porovnat práci s dokumentací systémem „one line“ (společné zápisy lékařů i sester v chronologickém sledu) a s oddělenou ošetrovatelskou dokumentací od lékařské.

Ve výzkumné části práce jsme se zabývaly zejména zjišťováním procesu tvorby a vývoje ošetrovatelské dokumentace v nemocničních zařízeních Plzeňského kraje a okolnostmi, které tento proces provázejí. Následně jsme analyzovaly a vzájemně porovnali poskytnuté základní formuláře ošetrovatelské dokumentace, abychom zjistily „současný stav“ ošetrovatelské dokumentace, která se užívá na standardních ošetrovacích jednotkách (formální podoba, typ, obsah atd.). Domníváme se, že smyslem práce není hledání chyb a kritika, ale nalezení optimální formy a obsahu dokumentace.

Všechny tyto znalosti získané studiem odborné literatury, platné legislativy, zkušenostmi a zejména poznatky získanými analýzou dokumentací, jsem se snažila plně využít při tvorbě vzoru ošetrovatelské dokumentace.

1 Současný stav

1.1 Zdravotnická dokumentace

Základním právním rámcem úpravy vedení zdravotnické dokumentace je zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, přesněji jeho § 67 a dále vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Při poskytování zdravotní péče jsou vedeny tyto druhy dokumentace: zdravotnická dokumentace vedená lékaři (ordinace léků, vyšetření), ošetrovatelská dokumentace (ošetrovatelská anamnéza, denní záznamy sester) a provozní dokumentace (evidence návykových látek) (61).

V § 67b zákona č. 20/1966 Sb. je přesně uvedeno, jaké náležitosti má zdravotnická dokumentace obsahovat. Jedná se o: „Osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy. Informace o onemocnění pacienta a o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a 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 v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a označení zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo. Zápis v dokumentaci musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně, je průběžně doplňován a musí být opatřen datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která ho provedla. Opravy se provádějí novým zápisem s uvedením dne opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla. Původní záznam musí být čitelný (67)“.

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci ještě více konkretizuje obsah dokumentace. Identifikace zařízení v sobě zahrnuje: název zařízení, sídlo, IČO, název oddělení a telefonní číslo. K identifikaci pacienta je nezbytné zjistit: jméno, příjmení, rodné číslo (pokud není přiděleno, tak datum narození), kód zdravotní pojišťovny, místo trvalého pobytu či jinou kontaktní adresu. Do dokumentace se také zaznamenává kontakt na osobu, kterou pacient určil, a které lze sdělit informace o zdravotním stavu pacienta. Zdravotnická dokumentace musí obsahovat jméno, příjmení a titul pracovníka, který provedl zápis do dokumentace. U zápisu musí být uvedeno datum, případně i časový údaj. Součástí zdravotnické dokumentace jsou výsledky vyšetření a obrazové

materiály. Každá samostatná část zdravotnické dokumentace musí obsahovat identifikační údaje pacienta a zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo (64). Pro ošetrovatelskou dokumentaci z toho vyplývá, že každý list musí mít hlavičku označující zdravotnické zařízení, štítek se jménem, příjmením a rodným číslem pacienta, prostor pro identifikaci zaznamenávajícího a pořadové číslo formuláře (60).

Dle Vondráčka a Wirthové zdravotnická dokumentace slouží především: „K poskytnutí informací potřebných pro zachování kontinuity poskytované zdravotní péče. K poskytnutí informací, že zdravotní péče byla poskytována oprávněnou osobou, a to správně v souladu se stanovenými postupy lege artis. Jako doklad pro účtování poskytnuté zdravotní péče a jako podkladový materiál pro vědu a výzkum (61, s. 13)“.

1.2 *Legislativní prameny zdravotnické dokumentace*

Právní předpisy jsou hierarchicky uspořádané podle právní síly a při poskytování zdravotní péče je nezbytné je dodržovat. Prameny práva s nejvyšší právní silou jsou Ústava ČR, včetně mezinárodních smluv pod č. 10 (Úmluva o lidských právech a biomedicině) a Listina základních práv a svobod. Prameny práva s právní silou jsou nejčastěji tzv. běžné zákony a prameny práva s podzákonnou právní silou představují nařízení vlády a vyhlášky. Je však třeba uplatňovat i normy obecné a normy profesionální etiky (57). Tyto právní normy většinou zpřesňuje a zpřísňuje zdravotnické zařízení formou vnitřního řádu nemocnice, směrnice či standardu. Tento vnitřní předpis obvykle specifikuje pojem zdravotnická dokumentace, definuje její části a určuje tiskopisy schválené managementem nemocnice (15).

V následujících podkapitolách budou uvedeny nejen právní předpisy týkající se zdravotnické dokumentace, ale i související předpisy, které je třeba při vedení zdravotnické dokumentace a při poskytování ošetrovatelské péče respektovat.

1.2.1 *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu*

V souvislosti s tématem práce bude pozornost věnována zejména právním úpravám povinné mlčenlivosti uvedené v § 55 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví

lidu, a dále právním úpravám zdravotnické dokumentace, které jsou uvedeny v tomtéž zákoně v § 67.

V zákoně je ustanovena povinnost zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o nichž se zdravotnický pracovník dozvěděl v souvislosti s výkonem povolání. Tato povinnost platí i pro osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Existují výjimky prolomení povinné mlčenlivosti dané zvláštním předpisem. Mlčenlivost je nutno zachovávat i poté, co zdravotník své povolání již nevykonává. Zachovávání mlčenlivosti se týká nejen údajů předávaných verbálně, ale i údajů zpřístupněných v písemnostech – dokumentaci (67).

Zdravotnická dokumentace může být vedena na záznamovém nosiči ve formě textové, grafické nebo audiovizuální. Údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci musí být vedeny v listinné formě nebo elektronické formě (57, 67). „Novela zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, stanovila zdravotnickým zařízením poskytujícím zdravotní péči pacientům povinnost vést zdravotnickou dokumentaci. Tato novela z roku 2001 zakotvila praxi, která byla předtím uplatňována pouze jako zvyklost provádět záznam o pacientovi a o péči, která mu byla poskytována (56)“. Tato díkce dokládá důležitost zdravotnické dokumentace jednak pro zajištění kontinuity poskytované péče, ale také jako doklad skutečnosti, že péče byla poskytována lege artis.

V současné době je za definici pojmu „postup lege artis“ považováno ustanovení § 11 odst. 1, věta první zákona o péči o zdraví lidu: „Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (67)“. Mach v knize *Medicína a právo* prezentuje názor, že pojem lege artis není v českém právním řádu jednoznačně definován a je diskutabilní (22). Císařová se Sovovou zmiňují, že jednání lege artis je takový způsob léčení, prevence a diagnostiky, který je v souladu s nejvyšším stupněm vědeckého poznání a praxe. Doslovně to podle nich v překladu znamená „zákonným způsobem“, přičemž však nejde o žádný zákon, který by určoval, jakým způsobem se má při léčbě postupovat (4).

Zákon dále stanovuje, které identifikační údaje má zdravotnická dokumentace obsahovat a vyjadřuje se k podobě zápisu a provedení opravy v dokumentaci. V zákonném předpisu jsou dále zmíněny podmínky práce a uchovávání dat na paměťových médiích výpočetní techniky (67).

1.2.2 Novela č. 111/2007 Sb., zákona o péči o zdraví lidu

Po novele č. 111/2007 Sb., zákon o péči o zdraví lidu zakotvuje právo pacienta na přístup ke zdravotnické dokumentaci. Tato novela se dotýká práce téměř všech zdravotníků – poprvé se v rámci legislativy výslovně zakotvuje právo pacienta a osob blízkých na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci a na nahlížení do dokumentace v přítomnosti zdravotnického pracovníka. Před novelou měl sice pacient právo na poskytnutí informací shromážděných v dokumentaci, ale výslovně nebylo upraveno právo na nahlížení do dokumentace a na pořizování opisu, výpisu nebo kopií. Při nahlížení do dokumentace nebo při pořizování opisů musí být chráněny osobní údaje třetích osob. Další novinka, kterou přinesla novela, je právo pacienta na určení osoby, která může být informována o jeho zdravotním stavu, popřípadě vyslovení zákazu podávání těchto informací jakékoli osobě. Samozřejmě se zákaz nevztahuje na osoby, které mohou podle zákona do dokumentace nahlížet, a to v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence (lékaři, sestry atd.) (3, 9).

Pokud pacient dal souhlas s hospitalizací, pak tento souhlas v sobě zahrnoval i souhlas s tím, že do dokumentace mohou nahlížet všichni, kteří se podílejí na poskytování péče. „Pokud je zdravotnické pracoviště výukové, pak do dokumentace mohou nahlížet rovněž ti, kteří se ve zdravotnickém zařízení připravují na výkon svého povolání nebo si zvyšují svoji odbornost, ale pouze po písemném souhlasu pacienta (61, s. 31)“. „Pokud je pacient v takovém zdravotním stavu, že nemůže určit osoby, které mohou být o jeho zdravotním stavu informovány, mají právo na aktuální informace o jeho zdravotním stavu osoby blízké (67)“. Z hlediska výkonu profese všeobecné sestry a porodní asistentky (dále v textu označovány jako sestra) je na místě znát osoby, které pacient určil, že mohou či nemohou získat informace o jeho zdravotním stavu.

Pokud pacient vznesl na sestru požadavek o nahlédnutí do dokumentace, sestra o tom musí informovat své nadřízené (především primáře, vrchní sestru). Sama nesmí dokumentaci nikomu poskytovat. Sestra je dále oprávněna učinit záznam o tom, že pacient nahlížel do dokumentace (61). Pro sestru z výše uvedeného vyplývá, že je nezbytné vést dokumentaci a provádět v ní záznamy korektně, průkazně, vyhnout se subjektivním domněnkám a vulgarizmům. Zkrátka vést dokumentaci tak, aby mohla být dokladem o správném postupu *lege artis*, protože chybný či nevhodně formulovaný zápis může být důvodem pro volání sestry k odpovědnosti (59).

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

Tento zákon je odrazem čl. 10 odst. 3 Listiny základních práv a svobod, který říká: „Každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě (9)“. Zákon definuje pojmy osobní údaj a citlivý údaj. Osobním údajem se při poskytování ošetrovatelské péče rozumí jméno a příjmení pacienta, rodné číslo, výsledky vyšetření a další údaje spojené se zdravotním stavem. Při poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče se ošetřující dozvídá také řadu citlivých údajů, které by s největší pravděpodobností nemocný při běžném styku na veřejnosti nesdělil (diagnóza, příznaky a projevy nemoci, náboženské a filozofické přesvědčení atd.). Zákon dále definuje zpracovávání osobních údajů. Citlivé údaje je možné zpracovávat, jestliže se jedná o poskytování zdravotní péče. Základní formou zpracování osobních a citlivých údajů ve zdravotnictví je zdravotnická dokumentace (9, 57, 66).

Sestra se při získávání ošetrovatelské anamnézy a provádění záznamů do dokumentace podílí na zpracovávání citlivých osobních údajů. Kvalifikovaný zdravotnický pracovník si uvědomuje nezbytnost těchto údajů pro zhodnocení stavu pacienta a pro naplánování péče, ovšem pacient je v této oblasti laik, a je vhodné mu dopředu vysvětlit, z jakého důvodu od něj získáváme právě tyto informace. Za jeden ze základních předpokladů důvěry mezi pacientem a sestrou se považuje ochrana osobních a citlivých údajů, zachování povinné mlčenlivosti ze strany pracovníků a ochrana dokumentace před zneužitím (57).

1.2.4 Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci

K zákonu o péči o zdraví lidu přibyla v roce 2007 prováděcí vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, která byla ještě před svým vstoupením v platnost novelizována vyhláškami č. 479/2006 a č. 64/2007 Sb. Tato vyhláška je u nás prvním právním předpisem, který se zmiňuje o existenci ošetrovatelské dokumentace (37). Jak uvádí Těšinová: „Tato úprava vedení zdravotnické dokumentace a nakládání s ní vychází ze zákonného ustanovení § 67b zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a až do této doby nebyly nikde stanoveny bližší podrobnosti vedení zdravotnické dokumentace, podmínky jejího uchovávání a skartace (50)“.

V této vyhlášce je podrobněji upraven způsob vedení, zpracovávání a zacházení s dokumentací, její obsah, povinné součásti a podmínky jejího uchovávání a skartace včetně vymezení skartačních lhůt. Zdravotnická dokumentace musí vždy obsahovat identifikační údaje zdravotnického zařízení, pracovníka provádějícího záznam a samozřejmě i identifikaci pacienta (včetně rodného čísla) a údaje o jeho zdravotním stavu. Vyhláška nově ukládá povinnost provedení záznamů o: informovaném souhlasu či odmítnutí péče (negativní reverz), souhlasu pacienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu a záznamu o nahlédnutí do dokumentace (36, 51, 64).

Záznamy do zdravotnické dokumentace je nutné provádět vždy bezodkladně poté, co nastane některá ze skutečností, kterou je třeba do dokumentace zaznamenávat. V případě lůžkové péče je nutné informace o aktuálním vývoji zdravotního stavu pacienta doplňovat nejméně jednou za 24 hodin. Při podstatné změně zdravotního stavu se záznam s časovým údajem doplní neprodleně. Na tyto skutečnosti by měla sestra při práci s dokumentací pamatovat (36, 45, 50, 64).

1.2.4.1 Dokumentace ošetrovatelské péče dle vyhlášky

Pro ošetrovatelskou péči je důležité, že v příloze č. 1 vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, nazvané Minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace, je pod bodem 11 uvedena i dokumentace ošetrovatelské péče včetně

náležitostí, které má obsahovat. Je pozitivem, že soupis nezbytných záznamů respektuje fáze ošetrovatelského procesu (29, 51, 64).

Záznam o ošetrovatelské péči podle písmene a) výše zmíněné vyhlášky, musí obsahovat ošetrovatelskou anamnézu, zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení jeho potřeb pro stanovení dalšího postupu ošetrovatelské péče a ošetrovatelského plánu. Toto koresponduje s první fází ošetrovatelského procesu. Další povinnou součástí je dle písmene b) ošetrovatelský plán, kde se uvede popis aktuálních či potencionálních ošetrovatelských problémů - ošetrovatelských diagnóz. Kromě diagnostiky se uvedou i postupy poskytování ošetrovatelské péče včetně časového údaje a musí se dokumentovat také hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče, popřípadě změny v ošetrovatelském plánu. Pod tímto písmenem je tedy obsaženo dokumentování druhé až páté fáze ošetrovatelského procesu. Záznamy pod písmenem c) představují ošetrovatelskou propouštěcí zprávu a doporučení k dalšímu postupu v případě předání pacienta do další ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská propouštěcí zpráva se nemusí vypracovávat, je-li v propouštěcí zprávě z ústavní péče doporučení na poskytnutí potřebné zdravotní péče, včetně ošetrovatelské péče. Prostřednictvím vypracované překladové/propouštěcí zprávy je zajištěn požadavek na kontinuitu poskytované péče (64).

1.3 Ošetrovatelská dokumentace

Podle vyhlášky č. 385/2006 Sb. obsahuje zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta také záznamy o ošetrovatelské péči, popis a průběh ošetrování a doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu. Z tohoto vyplývá, že ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace. Ošetrovatelskou dokumentací se rozumí všechny písemné, grafické a popřípadě i jiné záznamy prováděné sestrou, které se týkají nejen pacientů, ale které mají příčinnou souvislost s poskytováním ošetrovatelské péče. V ošetrovatelské dokumentaci je průběžně zaznamenáváno to, co bylo zjištěno nebo realizováno metodou ošetrovatelského procesu. Tím se činnost sester a porodních asistentek posouvá do kontrolovanější a viditelnější roviny (24, 60).

Efektivní vedení ošetrovatelské dokumentace je závislé na tom, zda sestry chápou její účel, zda znají ošetrovatelský proces, mají osvojené potřebné dovednosti pro práci s dokumentací (získání anamnézy, identifikace problémů...) a v neposlední řadě je také důležitý postoj lékařů k ošetrovatelské dokumentaci (54).

Ošetrovatelská dokumentace je smysluplná tehdy, pokud slouží jako informační zdroj všem členům týmu, kteří poskytují nemocnému nejen ošetrovatelskou, ale i celkovou zdravotní péči (16).

1.3.1 Účel ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace má dvojí profesionální účel - administrativní a klinický. V administrativním rozeznává zodpovědnost kvalifikované všeobecné sestry/porodní asistentky od ostatních členů týmu, poskytuje kritéria pro hodnocení péče (zlepšování kvality), poskytuje právní ochranu sestry, vyhovuje zákonům, vyhláškám, směrnicím, popřípadě akreditačním a profesním standardům, poskytuje data pro další vzdělávání a výzkum – kazuistiky, posuzování nových metod. Klinickým účelem je poskytování aktuálního přehledu o vývoji zdravotního stavu, potřebách, pozitivních či negativních reakcích pacienta na léčbu a ošetrování (30, 31, 55).

Autorky Novotná s Šefčíkovou uvádějí: „Ošetrovatelská dokumentace by měla umožnit jednak dokumentovat poskytovanou ošetrovatelskou péči a jednak poskytovat řadu významných informací, které si sestry potřebují mezi sebou předat (31)“.

Dále dokumentace slouží k zajištění kontinuity poskytované péče (např. pomocí překladové či propouštěcí ošetrovatelské zprávy), jako doklad, že ošetrovatelská péče byla poskytována dle ordinace s ohledem ke zdravotnímu stavu pacienta a v souladu se stanovenými standardními postupy. Je zdrojem dynamických informací o potřebách jedince a poskytuje chronologický přehled poskytované péče a jejích výsledků (44, 61).

„Dokumentace poskytuje důkaz, že pacientovi je poskytována individuální péče metodou ošetrovatelského procesu (28, s. 135)“.

1.3.2 Zásady ošetrovatelské dokumentace a záznamy

Každý pacient musí mít vedenou individuální zdravotnickou a ošetrovatelskou dokumentaci, která je dokladem o poskytované péči. Jak již bylo uvedeno výše, aby dokumentace byla v souladu s platnými právními normami, musí být vedena průkazně, pravdivě a čitelně, a být průběžně doplňována dle potřeb a aktuálního stavu pacienta. Je vhodné, aby dokumentace byla uložena na určeném místě, kde bude chráněna před neoprávněným nakládáním, ale zároveň bude dostupná všem pověřeným osobám (členům ošetrujícího týmu). Každý formulář musí obsahovat identifikační údaje pacienta (jméno, příjmení, rodné číslo) a pracoviště a pořadové číslo formuláře. Na následujících řádcích budou zmíněny zejména požadavky na formální a obsahovou úpravu písemné dokumentace (7, 30, 62, 64).

Záznamy do dokumentace je potřeba činit nesmazatelným psacím prostředkem (ne perem a obyčejnou tužkou), zdůraznění důležitých skutečností je možné provést barevně (např. alergie). Používání barev a zvýrazňovače je možné po dohodě na stanici, musí však být všem členům týmu jasné, za jakých podmínek a pro jaký účel se barvy používají. V záznamech lze používat zkratky, ale měly by to být pouze zkratky standardizované, uvedené v seznamu zkratek. Opravy chybného záznamu se provádějí dle platných předpisů, tzn. nový zápis se provede tak, aby ten původní byl čitelný (jednoduchým přeškrtnutím, nesmí být zakryt korektorem či přelepen) a zároveň se k záznamu uvede datum opravy, identifikace a podpis osoby, která opravu provedla. Nevyplněné kolonky musí být přeškrtnuty, aby do nich nebylo možno provést dodatečný neoprávněný zápis. Dokumentace a formuláře by měly být vytvořeny tak, aby toto zaznamenávání podporovaly.

Záznamy v dokumentaci musí být pravdivé, pakliže tomu tak není, nepravdivost jednoho záznamu znehodnotí celou dokumentaci. Nesmí se stát, aby byly údaje účelově zkreslovány. Další požadavek se týká srozumitelnosti záznamů (což lze dosáhnout používáním standardizované ošetrovatelské terminologie), čitelnosti písma, stručnosti, ale zároveň úplnosti a v neposlední řadě také věcnosti záznamů (např. popis velikosti defektu). Nepřípustné je užívání vulgarismů a slangových výrazů. Sestry v každé směně musí přesně dokumentovat stav pacienta, jeho reakce na poskytovanou péči, intervence

a léčbu, a jsou povinny objektivně dokumentovat přesně to, co viděly, slyšely a vykonaly v souvislosti s péčí o pacienta. Subjektivní domněnky nemají v dokumentaci místo. Záznamy musí být průběžně doplňovány podle chronologického postupu při poskytování péče. Každý záznam musí obsahovat datum, popřípadě i čas a je třeba ho autorizovat - označit ho podpisem a jmenovkou (razítko či napsání hůlkovým písmem) (7, 28, 30, 31, 54, 61, 62).

Výše bylo zmíněno, že sestry musí přesně dokumentovat stav pacienta, případně náhlou a neočekávanou změnu stavu. Mezi podstatné informace, které je třeba zaznamenávat, patří: změny v chování, vědomí, změna ve fyziologických funkcích, jakýkoli symptom, který není v mezích normy (horečka, silná bolest), výkony, které sestra provádí a vizita lékařů či porady ošetřovatelského týmu (28).

1.3.3 Oprávnění k zaznamenávání do dokumentace

Do ošetřovatelské dokumentace jsou oprávněni zaznamenávat údaje pracovníci, kteří získali odbornou způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Ve vyhlášce č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, je uvedeno: „Zdravotnický pracovník bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti vede zdravotnickou dokumentaci a pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení (65)“. Jedná se nejčastěji o všeobecnou sestru, porodní asistentku, ergoterapeuta, zdravotně-sociálního pracovníka, nutričního terapeuta atd. Další členové ošetřovatelského týmu (zdravotničtí asistenti, ošetřovatelé, sanitáři), kteří pracují pod odborným dohledem, mohou pracovat se zdravotnickou dokumentací a s informačním systémem zdravotnického zařízení, ale pod dohledem kvalifikovaného pracovníka, který je zodpovědný za vedení dokumentace (65).

Na každém oddělení by měl být k dispozici jmenný seznam pracovníků, kteří jsou oprávněni zapisovat záznamy do ošetřovatelské dokumentace. Seznam musí obsahovat jméno, příjmení, titul a parafu. Studenti připravující se na výkon budoucího povolání jsou oprávněni učinit zápis do dokumentace o výkonu, který provedli. Tento zápis by měl být, stejně jako výkon, proveden pod dohledem kvalifikovaného

pracovníka, který také zodpovídá za kvalitu záznamu a stvrzuje ho svým podpisem/parafou. Studenti musí respektovat formu i obsah dokumentace daného zdravotnického zařízení, i když škola uznává jiný způsob vedení dokumentace (61).

1.3.4 Odpovědnost za dokumentaci a její kontrola

Stejně tak, jak stoupají odborné požadavky a odpovědnost kladená na sestry při přímém poskytování ošetrovatelské péče, tak stoupá i odpovědnost sester za kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace. Sestra musí veškerou svoji činnost prováděnou u pacienta dokumentovat do příslušných formulářů, které slouží ostatním členům týmu jako zdroj informací k posuzování vývoje zdravotního stavu pacienta. Za kvalitu a vedení ošetrovatelské dokumentace na svěřeném úseku zodpovídá určená osoba (staniční sestra na své stanici atd.) Za konkrétní záznam u konkrétního pacienta odpovídá sestra, která záznam provedla. Jestliže jsou chyby v dokumentaci systémové a stejné chyby se vyskytují u více sester na stanici, zodpovídá každá sestra za svůj chybný záznam včetně sestry staniční odpovídající za chod stanice (i přesto, že ona chybný záznam neučinila). Za systémovou chybu oddělení nese odpovědnost vrchní sestra (29, 61).

Dokumentaci je oprávněn i povinen kontrolovat vedoucí zaměstnanec. Tuto povinnost mu ukládá Zákoník práce a pracovní náplň činností vedoucích zaměstnanců. Kontrolu může vykonávat i pracovník, který je kontrolou dokumentace pověřen. Staniční sestra má provádět kontrolu na své stanici, vrchní sestra na svém oddělení a hlavní sestra/náměstkyně ošetrovatelské péče v celém zdravotnickém zařízení. Za chod oddělení jako celku zodpovídá primář, proto má také oprávnění provést kontrolu dokumentace sám, či o její provedení požádat vrchní sestru. Při kontrole dokumentace by se měla posuzovat jak stránka formální (čitelnost, úprava), tak i obsahová věcnost záznamů. O výsledcích kontroly by měl být učiněn záznam. Kontrola dokumentace poskytuje zpětnou vazbu a pomáhá zvyšovat úroveň vedení dokumentace (56, 60, 61).

1.3.5 Kvalita ošetrovateľskej dokumentácie

Kvalita zdravotní péče je založena na profesionálných štandardoch, smerniciach, zákonoch a vyhláškach. Nástrojom kontinuálneho zvyšovania kvality jsou štandardy a audity. Ošetrovateľské štandardy stanovujú měřiteľná kritéria, ktorými se určuje kvalita ošetrovateľskej péče. Každé zdravotnícké zariadení by mělo mít vypracovaný štandard vedení ošetrovateľskej dokumentácie, který vychází ze zákonných a podzákonných norem, Koncepcie ošetrovateľství a rámcového štandardu vydaného Ministerstvom zdravotníctví. Lokální štandard odrážá špecifika konkrétneho zariadení, do príloh je vhodné umístit vzory jednotlivých formulářů. Každý zaměstnanec je povinen řídit se štandardy ošetrovateľskej péče a vedoucí pracovníci jsou oprávněni průběžně či zpětně hodnotit na svém pracovišti dodržování přijatých štandardů (např. na základě auditu ošetrovateľskej dokumentácie). Audit a jeho kritéria vyplývají ze štandardu vedení ošetrovateľskej dokumentácie a stanovených kritérií (10, 18, 52, 55).

Z hlediska kvality musí být ošetrovateľská dokumentácia v súlade s platnou legislatívou, musí být úplná, objektivní, srozumitelná, dostupná, stručná a čitelná. Záznamy musí být uskutečňované dle zásad zmíněných v kapitole 1.3.2

Macháčková nastiňuje ve své práci postup při provádění auditů ošetrovateľskej dokumentácie a v závěru konstatuje: „Výsledky auditu ošetrovateľskej dokumentácie byly při druhém auditu lepší než při prvním, prokázalo se tedy potvrzení hypotézy, že audit ošetrovateľskej dokumentácie zvyšuje kvalitu vedení ošetrovateľskej dokumentácie (23, s. 80)“.

1.3.5.1 Nedostatky a chyby v dokumentácii, jejich identifikace a řešení

Předpokladem pro správné vedení dokumentácie a pro vyvarování se chyb je bezpochyby znalost zásad vedení dokumentácie, právních předpisů, které ji upravují, ale také i znalost práce metodou ošetrovateľského procesu. Gomolčáková zmiňuje, že podle statistických údajů slovenského Úradu pre dohľad nad zdravotníckou starostlivosťou pripadá téměř 40 % pochybení při poskytování péče na oblast vedení zdravotnícké a ošetrovateľskej dokumentácie (11).

Jednou z metod ke zjištění úrovně vedení dokumentace je provedení retrospektivního auditu. Švandrlíková, která použila chorobopisy již propuštěných nemocných, uvádí: „Formou kazuistik jsem poukázala na chyby a nepřesnosti, které se v těchto chorobopisech vyskytly. O tomto problému jsme potom vedli diskusi na klinickém semináři. Diskusí o těchto problémech dospíváme společně k nápravě, abychom se do budoucna vyvarovali chyb a nepřesností a zlepšili tak současně péči o nemocné (49)“. Tento způsob řešení nedostatků je vysoce efektivní, sestry se neobávají sankcí a naopak jsou motivované ke zkvalitnění záznamů. Podobnou zkušenost mají i autorky Kollárová, Požonská a Derňárová, které též provedly retrospektivní audit dokumentace. Jimi vykonaná kvalitativní a kvantitativní obsahová analýza odhalila slabé stránky při vedení dokumentace. Cílem nebylo kritizovat práci sester, ale povzbudit je k odstranění nedostatků při vedení ošetrovatelské dokumentace a zahrnout tuto problematiku do pravidelných vzdělávacích aktivit sester (17).

Mezi časté chyby při vedení dokumentace patří: neprovedení záznamu o závažné skutečnosti, která mohla vést k poškození zdraví pacienta, nedostatečné záznamy a to pouze subjektivních potíží bez doplnění objektivního stavu, nepravdivé údaje a zápisy s neodbornou terminologií, nekompletnost ošetrovatelské dokumentace, chybějící podpis a identifikace sestry. Dalším podstatným, i když méně hmatatelným nedostatkem, je malá motivace personálu k práci s dokumentací, která může být zapříčiněna nedostatečným proškolením a přenosem informací. Také metodicky chybná dokumentace a nepraktické formuláře mohou vzbuzovat argumenty v neprospěch smysluplného dokumentování ošetrovatelské reality (47, 56).

Vondráček zmiňuje, že zdrojem chyb může být také přemíra zkratk používaných ve zdravotnické dokumentaci. Nadužívání zkratk, se kterým se běžně setkáváme, je podle něho nešvar, díky kterému dochází k nedorozumění mezi zaměstnanci. Zavádějící a nebezpečné je zejména užívání zkratk léků, které by se mělo úplně vyloučit. Vhodné je vnitřním předpisem stanovit a standardizovat seznam nejčastěji užívaných zkratk. Ty by se neměly používat v překladových/propouštěcích zprávách zasílaných s pacientem do jiného zdravotnického zařízení (58).

Za velmi rizikové je třeba považovat přepisování ordinací sestrou z původního zdroje jinam. Na některých pracovištích se stále ordinace přepisují do různých medikačních tabulek či knih hlášení apod. Tento postup je vysoce rizikový a vytváří prostředí pro chybný zápis či nepřesnou interpretaci zápisu (27).

Jedním ze systémových nedostatků dokumentace může být i nadbytečnost formulářů či používání jednoho dokumentu v několika rozličných verzích. Tento nadbytek může vést k duplicitě záznamů a k chybování v práci s daty (6).

1.4 Integrovaná dokumentace lékařů a sester

V současné době se preferuje užívání tzv. integrované „one line“ dokumentace. Pod tímto pojmem se rozumí jedna společná dokumentace, do které provádějí zápisy současně lékaři i sestry v časové posloupnosti (60).

Staňková uvádí, že oddělená ošetrovatelská dokumentace plní svůj účel jen částečně, protože ostatní pracovníci ji používají jen zřídka (41). Autorka Gomolčáková zmiňuje zkušenost ze Slovenské republiky, že rozdělení dokumentace na lékařskou a ošetrovatelskou nepřineslo požadovaný efekt. Vzhledem k této skutečnosti vyslovuje potřebu sjednocení zdravotnické dokumentace a vytvoření společné dokumentace pro lékaře a sestru (11). Samozřejmě, že při zavedení společné dokumentace je nezbytné se s ní naučit zacházet tak, aby si navzájem lékaři a sestry při práci s dokumentací nepřekáželi (54).

Podle zkušeností autorek Beňové a Sokolové s užíváním společné dokumentace, je komunikace mezi lékařem a ošetřujícím týmem lepší, jednotlivé výkony a informace o pacientovi jsou přehlednější, odbouralo se přepisování ordinací a duplicita záznamů (2). Typickým zástupcem společné dokumentace je ordinační list/průběžný klinický záznam (viz podkapitola 1.7.5).

1.5 Elektronická zdravotnická dokumentace

V úvodu práce bylo zmíněno, že zdravotnická dokumentace může být vedena jak v písemné, tak v elektronické formě (nejčastěji v kombinaci). V dnešní době

vyspělých počítačových a informačních technologií je už téměř povinností zaznamenávat data nejen v písemné, ale i v elektronické podobě. Na vedení elektronické zdravotní dokumentace se vztahují legislativní povinnosti. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu výslovně umožňuje vést zdravotnickou dokumentaci v elektronické podobě a počítá s několika variantami, jak tak může být učiněno. Zároveň uvádí podmínky zaručeného elektronického podpisu, podmínky opatření archivace a zálohování elektronických dat. Samozřejmě i na údaje v elektronické zdravotní dokumentaci se vztahuje zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a je na zdravotnickém zařízení a správci (dle podmínek uzavřené smlouvy), aby zabránili úniku dat a neoprávněnému užití (9, 66, 67).

1.5.1 Elektronická ošetrovatelská dokumentace

Zavedení elektronické formy ošetrovatelské dokumentace by se mělo stát samozřejmou součástí nemocničních informačních systémů. Zařazení ošetrovatelské dokumentace do prostředí nemocničního informačního systému společně s lékařskou dokumentací pomáhá zajistit jednotnost a přehlednost celé dokumentace. Cílem vedení ošetrovatelské dokumentace i v elektronické podobě je co nejvíce usnadnit práci sester a zároveň zkvalitnit dokumentaci (21).

Výhody elektronické dokumentace se promítají do několika oblastí. Jednou z nich je dokonalejší zajištění ochrany osobních údajů, kdy každý člen týmu má přístup pouze k takovým částem dokumentace – informacím, které odpovídají jeho vzdělání, pracovnímu zařazení a kompetencím. Každý pracovník, který se do nemocničního informačního systému přihlásí, vkládá nebo upravuje vložená data v dokumentaci, nezůstává anonymní, protože systém automaticky zaznamená čas a jméno pracovníka, který do systému vstoupil. Další možnou výhodou oproti písemné dokumentaci je znesnadnění provádění změny v dokumentaci, kdy informace vložené do elektronického systému nelze přeškrtnat, znehodnotit, vyhodit nebo ztratit. Podstatnou výhodou elektronické ošetrovatelské dokumentace je její strukturování a využívání standardní terminologie a standardních ošetrovatelských plánů, které významně šetří čas. Nedochozí k lidové tvořivosti při formulaci ošetrovatelských diagnóz. A v případě

propuštění nebo překlada pacienta do jiného zařízení sestra kromě stručné překladové zprávy posílá aktuální plán ošetrovatelské péče, což posiluje kontinuitu poskytované péče. Mezi výhodami se nemůže opomenout účelná práce s fotodokumentací, zejména u kožních defektů (39).

Jak je uvedeno v prospektu firmy STAPRO „výhodou vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace je evidence důležitých údajů o pacientovi v nemocničním informačním systému, kde je možné kdykoliv nahlédnout do historických dat a zjistit potřebné informace o pacientovi, případně ze strukturovaně zadaných dat vytvářet statistické výstupy (32)“.

V současné době je u nás již několik druhů nemocničních informačních systémů, které obsahují i elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci. Na následujících řádcích bude uveden příklad elektronické ošetrovatelské dokumentace firmy STAPRO. V sekci ošetrovatelská dokumentace tohoto klinického informačního systému je k dispozici několik flexibilních formulářů pro strukturované zadávání dat. Součástí ošetrovatelské anamnézy je i zhodnocení nutričního stavu, soběstačnosti, rizika vzniku dekubitu a míry rizika pádu. Sestra pouze zadává údaje a systém je sám dle tabulek vyhodnocuje. Systém umožňuje vedení ošetrovatelského plánu v elektronické podobě, ve kterém se specifikují ošetrovatelské diagnózy, k nim příslušné ošetrovatelské cíle a intervence. Všechny tyto položky jsou zadány ve standardizované podobě a sestra je většinou pouze označuje bez nutnosti vepisovat obsáhlé údaje. Tento elektronický formulář se zakládá při příjmu pacienta a v průběhu hospitalizace se obměňuje dle aktuálních potřeb nemocného. Samozřejmostí je možnost vytisknutí jednotlivých formulářů a zakládání do písemné složky nemocného. Při vývoji systému a formulářů byly jednotlivé pracovní postupy konzultovány s odborníky v oblasti ošetrovatelské dokumentace a položky systému byly nastaveny na základě analýzy dokumentace v několika nemocnicích (32).

„Formuláře lze díky výpočetní technice snadno upravit do jakékoli náročné i nenáročné podoby záznamu. Nejdůležitější je však jeho obsah (28, s. 96)“.

1.6 *Koncepce ošetrovatelství a ošetrovatelský proces*

V roce 2004 vydalo Ministerstvo zdravotnictví ve svém Věstníku (částce 9) Koncepci ošetrovatelství, což je metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetrovatelské péče. Tato Koncepce vychází z původní Koncepce ošetrovatelství z roku 1998, přičemž reaguje na vstup České republiky do Evropské unie s také na změnu právního prostředí – přijetí zákona č. 96/2004 Sb. a jeho prováděcích vyhlášek. V Koncepci je kromě jiného definováno ošetrovatelství jako obor, jeho cíle a charakteristické rysy. Jedním z význačných rysů moderního ošetrovatelství je poskytování individualizované péče a uspokojování potřeb nemocného prostřednictvím ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací, jako základního metodického postupu personálu při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním prostředím (35, 55).

1.6.1 *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*

V souvislosti s tématem práce zde nebude detailně rozebrána charakteristika ošetrovatelského procesu, jeho výhody, význam atd. Na následujících řádcích bude pozornost věnována jednotlivým fázím procesu a jejich dokumentování. Ošetrovatelský proces lze nejlépe realizovat v organizačním systému primárních sester či skupinové péče. V těchto systémech je také snáze určitelná odpovědnost sester za vedení dokumentace u svěřených nemocných. Dokumentace jakožto součást běžné ošetrovatelské praxe by měla jasně ilustrovat ošetrovatelský proces. Je nutné podotknout, že ačkoli je dokumentace důležitou součástí ošetrovatelského procesu, řešení problémů nemocných nezávisí na tom, jak kdo umí psát (15, 41).

Výsledky průzkumného grantu zaměřeného na úroveň dokumentování jednotlivých fází ošetrovatelského procesu, které prezentovaly autorky Kotasková s Tóthovou ve svém příspěvku, jsou potěšující. Ve většině z oslovených nemocnic na území republiky sestry dokumentují jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu a údaje zaznamenávají tak, aby je bylo možné dohledat (19).

1.6.2 Fáze ošetrovatelského procesu

První fází ošetrovatelského procesu je posouzení nemocného. Jejím cílem je získat co nejvíce informací potřebných k zajištění kvalitní péče. Na základě zhodnocení pacienta pak sestra ve spolupráci s nemocným určí nejzávažnější problémy ošetrovatelské péče a potřeby, které je nutné uspokojit. Podle nalezených příznaků, rizikových faktorů a souvislostí se určují ošetrovatelské diagnózy se specifickým číselným kódem. Tato druhá fáze se nazývá ošetrovatelská diagnostika. Po zhodnocení nemocného a identifikování problémů následuje třetí fáze a tou je plánování péče, kde se stanovují cíle a očekávané výsledky ošetrovatelské péče v reálném časovém horizontu a intervence, které je potřeba vykonat pro jejich dosažení. Čtvrtou fází je vlastní realizace aktivní ošetrovatelské péče. Závěrečnou fází procesu je vyhodnocení efektivity poskytnuté ošetrovatelské péče, zjištění, zda bylo dosaženo stanoveného cíle a popřípadě korekce ošetrovatelského plánu. Všechny tyto činnosti probíhají nejen ve spolupráci s nemocným, ale i s ostatními členy ošetrovatelského týmu včetně studentů. Jednotlivé fáze mohou samozřejmě probíhat souběžně (8, 16, 26, 42, 44, 55).

1.7 Hlavní složky ošetrovatelské dokumentace

Jsou to ty základní složky ošetrovatelské dokumentace, které odrážejí dokumentování všech fází ošetrovatelského procesu, a které musí dokumentace obsahovat tak, aby byla v souladu s vyhláškou č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci (55, 64).

1.7.1 Ošetrovatelská anamnéza a její náležitosti

Jak již bylo zmíněno výše, jedná se o součást první fáze ošetrovatelského procesu a zároveň první část ošetrovatelské dokumentace, kterou sestra vyplňuje (za standardních podmínek) při příjmu nemocného na ošetrovací jednotku. V této fázi sestra shromažďuje údaje o pacientovi studiem zdravotnické dokumentace, rozhovorem, pozorováním, fyzikálním vyšetřením aj., ale i pacient by měl mít prostor vyjádřit svůj vlastní názor a popsat své potřeby. Užívají se též hodnotící škály, techniky a testy

(podrobněji viz kapitola 1.11). Ošetřovatelská anamnéza by měla být odebrána dle stavu pacienta, optimálně do 8 hodin, nejdéle ovšem do 24 hodin. Shromážděné údaje (subjektivní i objektivní) sestra zaznamenává do formuláře určeného vnitřním předpisem zařízení (30, 44).

Při odebírání anamnézy se postupuje taktně, s ohledem na zdravotní stav nemocného a jeho pocity. Je potřebné vysvětlit nemocnému účel a získat si ho ke spolupráci. Není výjimkou, že někteří nemocní vnímají negativně sběr anamnestických údajů o své osobě. Nejvíce diskutovanou položkou v anamnéze bývá dle Vondráčka a Wirthové dotaz na náboženství a víru (61).

Obvykle se ošetřovatelské posouzení skládá ze dvou částí. V první části se získává ošetřovatelská anamnéza – tedy informace o základních bio-psycho-sociálních, kulturních a duchovních potřebách pacienta. Dle Staňkové je vhodné do informačního okruhu zařadit i medicínskou problematiku (např. alergie, vedlejší účinky léků v minulosti, nynější farmakoterapii). Druhou částí je posouzení aktuálního stavu potřeb pacienta, kam se řadí i screeningové sesterské vyšetření a hodnotící posuzovací škály (nástroje). Aktuální stav potřeb se posoudí tím, že se rozpoznají určující znaky, související a rizikové faktory. Marečková se domnívá, že nalezené diagnostické prvky je nutné dokumentovat do speciálního formuláře, který je strukturován do diagnostických domén (24, 42).

V rámci ošetřovatelského posouzení se získávají základní údaje pacienta, minulé problémy, současné problémy, provádí se zhodnocení pacienta a diferenciální ošetřovatelská diagnostika. Údaje do ošetřovatelské anamnézy je možné doplňovat v průběhu hospitalizace tak, jak se bude prohlubovat vzájemná spolupráce s pacientem a bude narůstat jeho důvěra v ošetřovatelský personál. Je vhodné, aby formulář kromě základních předtištěných oblastí obsahoval i prázdné místo, které může sestra využít pro zaznamenání doplňujících informací. Je nepřijatelné, aby anamnézu vyplňoval pacient sám (31, 54).

1.7.1.1 Využití ošetřovatelského modelu při posuzování pacienta

Pro systematický sběr ošetřovatelské anamnézy se využívají ošetřovatelské modely. Ovšem nejedná se pouze o využití modelu, ale také o užívání standardizované ošetřovatelské terminologie (jazyka) při dokumentaci péče. V současné době se preferuje posuzování pacienta podle strukturované anamnézy dle třinácti specifických oblastí chování a projevů člověka, tzv. diagnostických domén NANDA - International taxonomie II. Domény jsou členěny na diagnostické třídy zahrnující ošetřovatelské diagnózy. „Jako strukturu pro databázi informací o klientovi, které je možné zpracovat v intencích libovolného konceptuálního modelu, vyvinula Gordonová systém Funkčních vzorců zdraví (68, s. 174)“.

Taxonomie II vychází z výše zmíněného modelu Funkčních vzorců zdraví M. Gordonové, který jak uvádí Mastiliaková, představuje standardní model. Každý z těchto vzorců zdraví (podpora zdraví, výživa, vylučování,...) Gordonová rozpracovala do podoby funkčních, dysfunkčních a potenciálně dysfunkčních vzorců zdraví. Úlohou sestry je konstatovat, zda jsou vzorce zdraví pacienta funkční a najít ty, které jsou dysfunkční či potenciálně dysfunkční a zaměřit se na jejich řešení a prevenci (24, 25, 28, 63, 68).

„Při rozpoznávání ošetřovatelských problémů (diagnóz) v určité doméně se soustředíme na nalezení určujících znaků, souvisejících nebo rizikových faktorů dysfunkčních potřeb, které pod tuto doménu spadají (24, s. 44)“.

1.7.2 Ošetřovatelský plán a jeho dokumentace

Tvorbu ošetřovatelského plánu provádí sestra zcela samostatně, bez indikace lékaře, ovšem s logickou návazností k ordinované terapii. Sestavuje se na základě analýzy informací získaných z anamnézy, a pokud jsou nalezeny problémy a stanoveny ošetřovatelské diagnózy, je nutné naplánovat jejich řešení (24).

Měl by být sepsán do 24 hodin po přijetí pacienta a v průběhu hospitalizace s ním sestra neustále pracuje a modifikuje ho dle vývoje stavu pacienta a jeho potřeb. Na plánování péče a stanovení priorit se může významnou mírou podílet i sám pacient,

jelikož on je osobou, která je středem zájmu všech členů ošetrovatelského týmu. Plán obsahuje stanovené ošetrovatelské diagnózy, cíle (očekávané výsledky), ošetrovatelské intervence, které jsou potřeba k dosažení jednotlivých cílů, prostor pro záznam realizace intervencí a také vyhodnocení, kde zaznamenáváme dosažený výsledek. Plán musí obsahovat datum, časový údaj o poskytnutí péče a frekvenci kontroly navrhovaných opatření a měl by zde být vymezen prostor pro jméno a podpis sestry. Kontrola plánu probíhá nejméně jedenkrát týdně (30, 31, 54).

Do ošetrovatelského plánu jsou zařazeny aktuální a potenciální problémy (ošetrovatelské diagnózy) pacienta, poměrně nově také diagnózy orientované na zlepšení zdraví – edukační. Sesterská diagnóza je klinický závěr sesterského posouzení o reakcích jednotlivce na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy. Dnes nejběžněji užívaná trojsložková strukturální ošetrovatelská diagnóza se skládá ze standardního názvu a definice – v současnosti dle taxonomie NANDA - International II, z příčin a související faktorů (čímž diagnózu individualizujeme) a z charakteristických projevů (25, 28, 30, 68).

Dle Marečkové je vhodné ošetrovatelské diagnózy opatřit standardizovaným číselným kódem, který je uveden ve výše zmíněné taxonomii. Domnívá se, že využití kódů by mělo být významnou prevencí záměny (24).

Dokumenty by měly být konstruovány tak, aby se obsah plánu mohl podle potřeby měnit a doplňovat, a aby každý, kdo se podílí na péči o pacienta, mohl z plánu vyčíst, které potřeby byly nebo nebyly uspokojeny. Zatím neexistuje univerzální tiskopis pro ošetrovatelský plán, protože obsah i grafická podoba se mohou lišit pro různé skupiny pacientů (24, 44). „Vždy by však měl formulář pro plán zajistit návaznost jednotlivých fází ošetrovatelského procesu (42, s. 43)“.

1.7.2.1 Typy plánů ošetrovatelské péče

Ošetrovatelské plány je možné rozlišovat podle časového horizontu jejich plnění na krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé. Vstupní plány vznikají při přijetí pacienta do ošetrovatelské péče a průběžné ošetrovatelské plány jsou prvotní vstupní plány doplněné již o výsledky hodnocení. Krátkodobý plán je individuální plán péče užívaný

na standardních odděleních, který se obvykle stanovuje na 24 hodin, poté se vyhodnotí, popřípadě reviduje a péče je opět naplánována. Dlouhodobý plán v sobě zahrnuje celé období péče o nemocného včetně období rekonvalescence. Dalším typem je denní plán péče. Používá se u těch nemocných, kde je vhodné podrobně naplánovat denní činnost nemocného (hodinu po hodině). Péče podle tohoto plánu výrazně zlepšuje kvalitu života pacienta. Užívá se nejčastěji u zmateného pacienta, seniora atd. (24, 26, 28, 42).

Zcela specifický je standardní ošetřovatelský plán. Jeho základ tvoří základní struktura péče a ošetřovatelského procesu u vymezené skupiny nemocných s určitou lékařskou nebo ošetřovatelskou diagnózou, bez individuálních potřeb nemocného. Ve formuláři jsou vypsány nejvíce frekventované a nejobvyklejší ošetřovatelské diagnózy spolu s příslušnými očekávanými výsledky a intervencemi. Standardní ošetřovatelské plány šetří čas a jejich použití zvyšuje kvalitu poskytované péče. Sestra může plán na základě anamnézy doplnit o individuální problémy pacienta a tím ho tzv. individualizuje (15, 30, 42, 54).

Při procesu adaptace na individualizovaný plán je potřeba zejména upravit etiologické faktory, stanovit reálné ošetřovatelské cíle a určit specifické intervence pro konkrétního nemocného (53).

1.7.2.2 Realizace a hodnocení ošetřovatelského plánu

Poskytování individuální péče musí být zaznamenáváno v příslušném formuláři určeném ve vnitřním předpisu nemocnice. Globálně je za všechny vykonané činnosti a za jejich dokumentaci zodpovědná přidělená primární či skupinová sestra pacienta. Také každý záznam označí datem, časem a autorizuje ho (28, 54). „Veškerá poskytnutá péče musí být zaznamenána tak, aby kterýkoli člen ošetřovatelského týmu věděl, co bylo provedeno a čeho již bylo dosaženo (44, s. 84)“.

Formulář pro záznam realizace ošetřovatelského plánu není u nás jednotný. Na některých pracovištích se do formuláře potvrzují provedené intervence týkající se léčby, ošetřování a rehabilitace. Nejčastěji opakující se intervence mohou být ve formuláři předtíštěny a ostatní individuálně doplňovány. Provedené intervence se zaznamenávají obvykle svíslou čárkou do kolonky s příslušným datem a podpisem sestry. Úkony, které

pacient provádí od začátku hospitalizace samostatně, se do tohoto formuláře nezaznamenávají. Jinde formulář obsahuje jednotlivé oblasti péče o pacienta (např. hygiena, péče o invazivní vstupy) a provedené intervence se zaznamenávají označením čárkou. Samozřejmě, že ošetřovatelský tým neprovádí a nezaznamenává jen péči, která byla předem naplánována, ale v závislosti na změně aktuálních potřeb pacienta poskytuje a zaznamenává i péči neplánovanou (30, 31, 42).

Hodnocení ošetřovatelského plánu tvoří integrální součást celého ošetřovatelského procesu. Zahrnuje v sobě reakci pacienta na ošetřovatelskou péči a vyznačuje pokrok či zaostávání od naplánovaných cílů. Sestra je zodpovědná za hodnocení celkového zdravotního stavu pacienta, avšak na hodnocení participuje i pacient a ostatní členové týmu. Hodnocení se provádí porovnáváním zaznamenaných očekávaných výsledků a skutečného stavu pacienta. Hodnocení se zaznamenává do dokumentace pacienta, obvykle je vedle uvedených položek v plánu péče umístěna kolonka pro vyhodnocení. Sestry provádějí hodnocení soustavně, nejméně jednou za každou směnu. Jestliže se nepodařilo splnit vytyčené cíle, je třeba provést revizi plánu. Naopak při dosažení cíle je důležité toto označit v plánu s informací, že navržená opatření se již nerealizují. Většinou se tak děje připsáním slova „stop“, autorizací záznamu a uvedením času a data (24, 26, 42, 44).

Tato část dokumentace může být samostatně, či může být součástí velkoformátového formuláře pro záznam ošetřovatelského plánu.

1.7.3 Denní záznamy/hlášení sester

Tato součást ošetřovatelské dokumentace může být buď na samostatném formuláři, nebo může být součástí hodnocení plánu péče tak, jak to zmiňují autorky Novotná s Šefčíkovou z táborské nemocnice (30, 31).

Také název pro tento formulář může být různý: denní záznamy sester, hlášení sester, ošetřovatelský záznam, záznam vývoje stavu pacienta aj. V těchto záznamech primární či skupinová sestra uvádí informace o individuálních potřebách a problémech pacienta, které se vyskytnou během konkrétní směny a které jsou nezbytné pro udržení potřebného přehledu. Tyto informace se týkají důležitých změn zdravotního stavu,

reakcí pacienta na výkony, léčbu a ošetrovatelské intervence. Pokud je to možné, hlášení se píše v průběhu služby. Sestře v další směně se předávají ústně informace, které byly do hlášení zaznamenány. Záznamy musí respektovat všechny zásady pro vedení dokumentace zmíněné v kapitole 1.3.2 (30, 31, 54).

1.7.4 Překladová a propouštěcí zpráva

Jak bylo již výše zmíněno, dle vyhlášky č. 385/2006 Sb., obsahuje zdravotnická dokumentace záznamy o ošetrovatelské péči včetně ošetrovatelské propouštěcí zprávy nebo doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu v případě předání pacienta do další ošetrovatelské péče. Touto situací se rozumí zejména překlad nemocného na jiné oddělení (podmínky mohou být specifikovány vnitřním předpisem zařízení), překlad do jiného zařízení, propuštění domů s potřebou návštěv a péče sester z agentury domácí péče. K zajištění kontinuity péče tedy slouží propouštěcí a překladové ošetrovatelské zprávy, které obsahují potřebné informace pro pacienta, rodinu a sestry. V nich je nezbytné zaznamenat shrnutí ošetrovatelské anamnézy, aktuální údaje o poslední poskytnuté péči (hodina, množství a forma aplikace léků, poslední převaz a způsob ošetření atd.), aktuální údaje o zdravotním stavu pacienta (schopnost sebepéče, orientace, dekubity a rány). Ve zprávě by neměly chybět údaje o ošetrovatelském plánu a závěrečné zhodnocení (přetrvávající problémy, cíle a navrhované intervence), údaje, zda byla zahájena edukace a v jaké oblasti, zda proběhl kontakt se sociální sestrou a také zda-li jsou osoby, které nemocný určil, informovány o jeho překladu. Někteří autoři zmiňují, že v překladové/propouštěcí zprávě mají být i informace o vydání uložených cenností a soupis věcí pacienta (30, 42, 54, 61, 64).

Zpráva má obvykle podobu zaškrťování příslušných kolonek ve formuláři, přičemž sestra má možnost i samostatného vyjádření. Je vhodné data formálně uspořádat tak, aby bylo možné jednoduše porovnat zdravotní stav nemocného při propuštění s jeho stavem při přijetí. Formulář je obvykle průpisný, jelikož zpráva musí být ve dvojím vyhotovení (jedna se ponechává ve zdravotnické dokumentaci nemocného, druhá se odesílá s pacientem). Zaznamenané informace sestra stvrzuje svým podpisem (30, 54).

1.7.5 Ordinační list

Tato část dokumentace, užívaná společně lékaři a sestrami, je běžnou součástí moderních dokumentačních a organizačních systémů. Je obdobou dekurzu. Můžeme se setkat s více názvy pro tento formulář, např.: průběžný klinický záznam, ordinační list, terapeutický list atd. Tento formulář je obvykle rozpracován na jeden týden. První částí dokumentace jsou ordinace lékařské. Lékař zde rozepíše příslušné ordinace s časovým určením a způsobem podání/aplikace. Pro větší přehlednost se ordinace zapisují do příslušných kolonek pro ordinace injekcí, perorální léčby, antibiotické léčby, infuzní léčby, přípravu na vyšetření, konzilia atd. Sestra v tomto záznamu provádí plnění ordinací dle pokynů a zřetelně označí jejich provedení odškrtnutím/parafou. Sestra může do záznamu zapisovat naměřené fyziologické hodnoty, bilanci tekutin, ošetrovatelskou kategorii aj. Obvykle na druhé straně tohoto formuláře je místo pro lékařskou vizitu a rozvahu (2, 30, 54).

1.8 Specifické složky ošetrovatelské dokumentace

Na základě individuálních problémů a potřeb pacienta může sestra použít i další složky ošetrovatelské dokumentace, které ji rozšiřují, objektivizují údaje, napomáhají ke komplexnějšímu zhodnocení a k zajištění kvalitní individualizované péče o pacienta. Ošetrovatelské posouzení pacienta lze doplnit o potřebné měřicí a hodnotící techniky, které mohou být buď na samostatném formuláři, či jsou součástí formuláře pro ošetrovatelskou anamnézu (na druhé straně, ve dvojlistu apod.). Metody jsou rozděleny do základních tematických skupin. Jedná se o hodnocení bolesti, měření kvality psychiky (test kognitivních funkcí, Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí), měření soběstačnosti (Barthelův test základních všedních činností, test ošetrovatelské zátěže) a měření rizika komplikací (hodnocení rizika vzniku dekubitu dle Nortonové). Na výsledky z hodnotících technik často navazuje další část ošetrovatelské dokumentace týkající se např. plánu prevence a péče o dekubity a jiné rány. Mezi další formuláře patří např.: záznam diabetika, akutní karta, bilance tekutin, edukační list, sledování nutričního stavu, záznam o mimořádné události atd. (43, 52, 54).

1.9 Tvorba formulářů ošetrovatelské dokumentace

Formuláře jsou předem předtištěné části ošetrovatelské dokumentace v písemné formě, do kterých lze zaznamenávat potřebné údaje buď vepisováním, nebo označováním uvedených možností. Lze konstatovat, že předtištěné formuláře minimalizují počet chyb a snižují časové nároky. Z důvodu časové úspory je snaha ošetrovatelské záznamy formalizovat. Formalizování znamená, že se dokumenty sestavují tak, aby sestra mohla vybírat z nabízených možností, čímž šetří svůj čas, který by jinak věnovala pracovnímu vytváření vlastních formulací atd. (41).

V materiálu o vedení ošetrovatelské dokumentace, který vydala v roce 2002 Česká asociace sester je uvedeno: „Do doby, než bude schválena celostátní dohoda o standardech a formátu, se může dokumentace lišit v závislosti na potřebách pacienta/klienta. Dokumentace však musí dodržovat logickou a metodickou posloupnost se zřetelnými mezníky a cíli procesu vedení dokumentace v rámci ošetrovatelského procesu (7)“.

Při tvorbě formulářů je nutné mít na paměti, že správným nastavením formulářů lze docílit nejen zlepšení kvality ošetrovatelské péče, ale také vyšší odpovědnosti za zdokumentování prováděných úkonů (40).

1.9.1 Zásady pro tvorbu formulářů

Formuláře musí být vytvořeny tak, aby byly v souladu s platnými právními normami, měly by mít prostor pro identifikaci nemocného, zdravotnického zařízení, času/data a osoby, která provádí zápisy či chronologické záznamy. Obecnou podmínkou je, aby formuláře odpovídaly skutečným potřebám, zjednodušovaly práci sester a aby jejich přínos převyšoval vynaloženou námahu na vyplnění. Jak je uvedeno v materiálu Lemon, dokumentace by neměla být příliš obsáhlá a dokumentování ošetrovatelského procesu by nemělo pro sestru znamenat překážku v práci. Z vyplňování formulářů by se neměla stát rutinní bezmyšlenkovitá činnost, která je izolovaná od samotné péče o pacienta (44, 61).

Praktické zásady tvorby formulářů vycházejí ze skutečnosti, zda je formulář vůbec potřebný. Může ho vytvořit kompetentní zaměstnanec, avšak nesmí být v rozporu s obecně závaznými předpisy. Je třeba brát v úvahu, že formulář nesmí obsahovat diskriminační údaje a nesmí shromažďovat údaje, které nejsou potřebné k zajištění ošetrovatelské péče nebo jsou dokonce v rozporu s platnými předpisy. Důležité je, aby ve více formulářích nebyly zaznamenávány a shromažďovány duplicitní údaje. Forma formuláře musí respektovat požadavek na jednoduché vyplnění. Samozřejmostí je, že označení formuláře musí odpovídat jeho obsahu. Při tvorbě formuláře je třeba zvažovat časovou dotaci, kterou si musí sestra vyčlenit na jeho vyplnění. Vzhledem ke skutečnosti, že dokumentace může být v případě kolize podrobena rozboru, je nezbytné, aby tiskopis měl co největší vypovídající schopnost pro doložení správného postupu a pro řádnou obhajobu sestry. Při sestavování formuláře je třeba také brát v úvahu, jak bude jeho případné vyplňování vnímat pacient, kterého se týká (13, 31, 60, 61).

Forma a velikost formuláře by měla být praktická a měla by umožňovat jednoduchou manipulaci. Pokud nejsou jednotlivé formuláře součástí organizačního dokumentačního systému, je vhodné, aby byl formát shodný s ostatními dokumenty ve složce nemocného. Často je množství zaznamenaných informací ovlivněno velikostí kolonky, která je jim vyhrazena a autoři doporučují konstruování formulářů tak, aby je sestry rády používaly a nevyhýbaly se práci s nimi. Pro lepší a rychlejší orientaci je vhodné barevné odlišení jednotlivých formulářů dle předem určeného systému (44, 54).

1.9.2 Vybrané způsoby tvorby formulářů

Jednou z možností, jak mohou zdravotnická zařízení získat formuláře ošetrovatelské dokumentace, je oslovení a objednání produktů komerčních firem. V současné době se můžeme setkat např. s tiskopisy, které vyrábí specializovaná firma a které jsou součástí dokumentačních a organizačních systémů (více v následující podkapitole 1.10). Firmy nabízejí tiskopisy základní (ilustrující ošetrovatelský proces) a nadstavbové, které lze zavést v případě potřeby zaznamenávání určitého stavu (hodnocení bolesti, plán péče o dekubity atd.). Jak je popsáno na internetových stránkách produktu HINZ, při vývoji nové dokumentace podává návrhy profesionální

zdravotník a grafik je poté upraví a vloží do grafického programu. Takto připravené záznamy se testují v praxi, kde jsou připomínkovány, poupraveny a následně vloženy do konečné podoby. Avšak tato podoba dokumentace nemusí být konečná a je možné ji poupravit, aktualizovat a sestavu formulářů lze přizpůsobit potřebám a požadavkům jednotlivých pracovišť (40).

Jak je uvedeno v příspěvku Novotné a Šefčíkové, lze si dokumentaci a jednotlivé formuláře v rámci konkrétní nemocnice vytvořit týmovou spoluprací a vzájemnou konzultací nejen mezi jednotlivými pracovníky, ale i s pacienty. V takovém případě se do vývoje dokumentace promítne nejen požadavek na sjednocení obsahu a formy jednotlivých formulářů v rámci nemocnice, ale také nastavení dokumentace tak, aby vyhovovala potřebám jak nemocných, tak i charakteru jednotlivých standardních oddělení. Tyto autorky dále popisují další možné alternativy postupu při tvorbě dokumentace, které jsou časté i v jiných nemocnicích. Zmiňují zejména vycházení z vlastních zkušeností s ošetrovatelskou dokumentací používanou v jejich nemocnici, ale i v jiných lůžkových zdravotnických zařízeních. Čerpaly informace z dostupné literatury, přednášek a konferencí zaměřených na problematiku ošetrovatelské dokumentace a ze zkušeností, které získaly na akreditovaných pracovištích (31).

Autorka Chloubová zmiňuje účast studentů magisterského programu Ošetrovatelství na tvorbě ošetrovatelské dokumentace pro standardní ošetrovací jednotky. Studenti mají nemálo teoretických vědomostí a ve spojení se zkušenostmi sester z praxe může po vzájemné konzultaci a připomínkování vzniknout kvalitní dokumentace a formuláře (13).

Podat návrh na vytvoření formuláře může v podstatě každá registrovaná sestra bez ohledu na funkční zařazení a vzdělání. Je vhodné tento postup konzultovat a diskutovat se svými spolupracovníky v rámci týmu a se svými nadřízenými a společnými silami tak vytvořit potřebný formulář. Může se jednat o jakoukoli složku ošetrovatelské dokumentace, kterou iniciující osoba pokládá za nebytnou vytvořit a zavést v závislosti na požadavcích praxe a potřebách pacientů. Při tomto způsobu se může velmi dobře využít kreativních schopností pracovníků, kteří jsou ochotni přijímat změny a inovaci a mají touhu dokumentaci vytvářet a neustále vylepšovat. Při tomto

způsobu tvorby o vhodnosti a zavedení formuláře do praxe rozhoduje hlavní sestra zdravotnického zařízení (48, 61).

Další z možností, jak vytvořit formuláře pro ošetrovatelskou dokumentaci, je překlad již existujících formulářů z ciziny. Ovšem Vondráček uvádí: „Prosté překládání a přepisování formulářů z ciziny nesvědčí o dobré znalosti problematiky a neprospívá věci. Navíc budí dojem, že čeští zdravotníci nejsou schopni samostatně věc řešit, což jistě není pravdou (60, s. 13)“. Zahraniční formuláře mohou sestřám dobře posloužit jako inspirace a vodítko, ale jinak je třeba respektovat charakteristiku českého zdravotnictví a ošetrovatelství.

1.9.3 Fáze vývoje ošetrovatelské dokumentace

Vývoj dokumentace si vyžaduje určitou metodickou posloupnost. Kvalitativně dobře zajištěná tvorba a testování dokumentace se dá realizovat např. podle následujících kroků, které zveřejnil Kozoň s Hanzlíkovou ve svém příspěvku. Tito autoři uvádějí deset kroků (v procesuálním pořadí), které jsou důležité pro vznik ošetrovatelských dokumentů. Nejdříve je nutné vybrat formulář či dokument, který je potřeba vytvořit. Poté se analyzují potřeby skupiny pacientů a charakter oddělení, pro které se dokumentace tvoří. Velmi důležitou, avšak podle autorů často opomíjenou rolí, je kvalitní rešerše literatury, její analýza a syntéza. V návaznosti na předchozí kroky se vytvoří návrh dokumentu. Tato první verze je obvykle vytvořena skupinou interních odborníků, kteří mají v dané oblasti zkušenosti a mají motivaci k vylepšení vlastní práce. První návrh je posouzen externími odborníky a na základě jejich připomínek vytvoří hlavní autorský tým druhou, vylepšenou verzi dokumentace. Na tento krok navazuje fáze zkušebního použití v klinické praxi (autoři uvádějí nejméně 30 případů, po dobu 1 – 3 měsíců). Zkušební období se vyhodnotí, analyzují se použité dokumenty a uskuteční se rozhovor s uživateli. Pozitiva dokumentů a návrhy na odstranění negativ je třeba využít k vylepšení a zapracování do třetí verze dokumentu. K tomu, aby se mohl nově vytvořený dokument oficiálně užívat, je nutné, aby jeho platnost schválila hlavní sestra a aby byl zapracován do příslušného vnitřního předpisu. Je nutné také provádět periodické kontroly a aktualizaci, což obvykle připadá autorům (20).

1.10 Dokumentační systémy

Při studiu dostupných materiálů byly nalezeny dvě firmy, které vyrábějí dokumentační a organizační systémy, které se používají v České republice. Nemusí se jednat o výčet konečný. Jedná se o dokumentační systémy HINZ a Optiplan, které prosazují filosofii společného vedení lékařské a ošetrovatelské dokumentace. Autorky Kjučuková a Borková ve svém příspěvku z r. 2001 zmiňují: „Systém HINZ je dnes plně zaveden na většině západoevropských pracovišť a od poloviny 90. let byl zaveden také do 80 % všech fakultních nemocnic a 60 % okresních nemocnic v České republice. Význam zavedení dokumentace HINZ má tři základní hlediska - především se jedná o otázku kvality v procesu ošetrovatelské péče, ekonomiky a o oblast komunikace. V poslední době se ovšem stále častěji hovoří o jeho významu i z hlediska práva (14)“.

Základní prvkem systému HINZ i Optiplan je plastový pořadač neboli organizátor, do jehož úchytnů se upevňují karty pacientů (viz příloha 15). Pro běžnou stanici se obvykle používají 3 až 4 pořadače, což umožňuje rozdělení pokojů pro skupinovou péči. Deska pořadače je pevná, což zajišťuje nejen bezpečné uložení pořadačů, ale také slouží jako pevný podklad při zápisu u lůžka pacienta. Systém je velmi mobilní a přehledný. V pevné desce pořadače je uložena barevná legenda – signalizační lišta, která je připravena na potřeby pracoviště. Deska je zkrácena o prostor, který vyplňují barevné signalizační jezdce umístěné na každé kartě pacienta. Bez zbytečného otevírání pořadačů umožňují zjistit aktuální informace o momentálním průběhu poskytované léčebné péče a potřebách pacientů. Vysunutí nebo zasunutí příslušného jezdce dává aktuální vizuální informaci o situaci na oddělení a v průběhu směny upozorňuje na důležité informace o potřebách pacientů na stanici. Plán signálů je uveden na vnitřní straně plastového pořadače. Pořadače s jednotlivými kartami by měly být uloženy v mobilním vizitním vozíku, kde má sestra po ruce jednak dokumentaci, jednak ošetrovatelské pomůcky a léky a může tak pohodlně provádět záznamy přímo na pokojích pacientů (30, 40, 46, 54).

Dokumentační systémy HINZ a Optiplan jsou orientované k pacientovi, umožňují rychlý přístup k aktuálním informacím, dokumentují a uchovávají záznamy o všech fázích ošetrovatelského procesu a poskytují důkaz o provedené péči. Systémy

zajišťují bezpečné provádění ordinací, návaznost péče a nedovolují duplicitu záznamů, čímž se výrazně snižuje riziko chyb. Poskytují úplné, chronologicky řazené a rychle dostupné informace celému ošetřujícímu týmu. Zajišťují zrychlený tok informací mezi zdravotníky. Plně vyhovují zákonným normám o vedení zdravotnické dokumentace a vyhláškám o jejím uchovávání, poskytují právní ochranu. Umožňují zlepšení tří stupňové komunikace: pacient – sestra – lékař (5, 46, 54). Z výše uvedeného vyplývá, že tyto systémy respektují vývoj v oblasti ošetřovatelské péče a jsou v souladu s Konceptí ošetřovatelství ČR. Systémy lze nastavit zcela přesně na potřeby daného oddělení.

1.11 Standardizace terminologie v ošetřovatelství

Trendem současné doby je zavádění klasifikačních systémů a standardizované terminologie v ošetřovatelství. Vytvoření jednotné terminologie je důležité pro nalezení společného jazyka všech sester potřebného pro jasné vymezení ošetřovatelské profese. Standardizovaná terminologie se v budoucnosti bude používat stále více, úměrně s tím, jak budou jednotlivá zařízení a státy přecházet na elektronickou databázi ošetřovatelské dokumentace. Tím se také otevrou dveře pro snadnější sběr dat, vyhodnocování efektivity poskytované péče a nákladů, vzájemné porovnávání a výzkumné aktivity. Rozvoj klasifikací též připravuje půdu pro výzkumné aktivity v této oblasti (24, 28).

„Aby bylo možno srovnávat údaje o ošetřovatelské péči – činnostech, které sestry provádějí u klientů/pacientů s cílem zlepšování jejich zdraví, bylo nezbytné vytvořit standardní (unifikovaný) rámec pro získávání základních informací o zdravotním stavu klienta/pacienta, tzv. ošetřovatelský model. Proto vznikl např. model Gordonové a jeho modifikace „Minimální soubor údajů (Nursing Minimum Data Set)“ (28, s. 140)“.

1.12 Klasifikační systémy v ošetřovatelství

Asociace NANDA (původně North American Nursing Diagnosis Association - Severoamerická asociace pro ošetřovatelskou diagnostiku) je profesionální organizace

sester pro standardizaci ošetrovatelské terminologie, která byla založena v roce 1982 a jejímž cílem je vývoj nomenklatury (názvosloví), kritérií a taxonomie ošetrovatelských diagnóz. V roce 2002 se NANDA změnila na NANDA International (Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku). Impulzem byla reakce na rozšiřující se mezinárodní členství a ohlas terminologie ve světě. Původně uspořádaný rámec diagnóz, tzv. taxonomie I, vycházela z 9 Vzorců lidských reakcí. Nyní je taxonomie II členěna do 13 diagnostických domén vycházejících z modelu Funkčních vzorců zdraví M. Gordonové, který se v praxi ukázal jako uplatnitelnější. NANDA taxonomie II rozvíjí a zpřesňuje předchozí taxonomii, avšak převážná část ošetrovatelských diagnóz zůstala zachována. Přidány byly zejména ošetrovatelské diagnózy zaměřené na zlepšení zdraví – edukační. Co se na první pohled změnilo, je překlad a samotná formulace názvů diagnóz, která nyní svým pořadím koresponduje s původním zněním, a tudíž není tak krkolomně sestavena jako známe např. z taxonomie I v Kapesním průvodci zdravotní sestry (24, 28, 38, 63).

NANDA – International je zevrubný a široce uplatnitelný diagnostický systém, který lze uplatnit ve všech ošetrovatelských specializacích. Neustále probíhá výzkum v oblasti terminologie a testování v praxi. Na těchto činnostech a novém vývoji se kromě ošetrovatelských profesionálů podílí také informatici, statistici aj., ale organizace vyzývá samotné sestry, aby se podílely na rozvoji terminologie, popřípadě revizi či navržení nových diagnóz. Systém specifikuje diagnózy podle určujících znaků, souvisejících či rizikových faktorů a označuje je číselnými kódy. Vizí do budoucna v oblasti klasifikace ošetrovatelských diagnóz je vytvoření obdoby Mezinárodní klasifikace nemocí v medicíně (12, 24).

Obdobou organizace NANDA je evropská asociace ACENDIO (Asociace pro společné evropské ošetrovatelské diagnózy, zákroky a výsledky). Jejimi hlavními cíli je vytvoření standardní terminologie zahrnující všechny aspekty ošetrovatelství, podpora implementace terminologie do praxe a vytvoření pole pro spolupráci na rozvíjení terminologie i pro členy ostatních profesních sdružení z evropských zemí (24, 28, 63).

Klasifikačním systémem, propojeným s NANDA diagnózami, je Klasifikace ošetrovatelských intervencí (NIC), která má svoji základnu na Univerzitě Iowa ve

Spojených státech Amerických. Systém se opírá o vědecko-výzkumný základ a využívá zpětnou vazbu z klinické praxe. Pod 7 doménami je strukturováno 30 tříd a v nich jednotlivé ošetrovatelské intervence s kódem. Standardizovaný název a definici intervence není možné měnit, avšak aktivity pod danou intervencí je potřeba modifikovat dle potřeb nemocného. Intervence se zde dělí na přímé a nepřímé – na základě ordinace lékaře. Zde strukturované intervence jsou použitelné v celé oblasti ošetrovatelské péče. Pojem ošetrovatelská intervence má podle autorů NIC širší význam - jedná se o název okruhu péče, pod který spadá soubor ošetrovatelských činností potřebných k řešení dysfunkční lidské potřeby (problému pojmenovaného názvoslovím NANDA). Systém NIC je využitelný v ošetrovatelské dokumentaci (zejména elektronické) a je vhodný i ke sledování efektivity poskytované péče. Rozvoj klasifikace NIC se uskutečňuje paralelně s rozvojem Klasifikace ošetrovatelských výsledků – NOC.

Dalším klasifikačním systémem propojeným s NANDA diagnózami je Klasifikační systém očekávaných výsledků ošetrovatelské péče, který je dalším z projektů specializovaného Centra pro ošetrovatelskou klasifikaci a klinickou efektivity na Univerzitě Iowa. Tato klasifikace je vyvíjena pro vyhodnocování efektivity ošetrovatelských výsledků – cílů. Standardizované výsledky jsou rovněž vyvinuty pro použití v různých sférách péče o nemocného či zdravého jedince, rodinu nebo komunitu. Jednotlivé výsledky jsou strukturovány v 7 doménách a 31 třídách, pod nimiž jsou zařazeny definované výsledky s číselným kódem. Pokud se zde zabýváme očekávanými výsledky, což jsou v podstatě měřitelné stavy, je samozřejmé, že v systému jsou zahrnuté i soubory indikátorů a NOC hodnotící škála pro vyhodnocení dosaženého stavu pacienta. NOC hodnotící škála pro určení soběstačnosti pacienta má 5 kategorií (od č. 1 – závislý jedinec po č. 5 – plně samostatný), podobně jako kategorizace funkčních úrovní Gordonové (ale jsou řazeny zrcadlově) (24, 28, 38, 63).

Propojení činností a výsledků klasifikací NANDA - International, NIC a NOC zastřešuje Aliance NNN (název odvozen od prvních písmen slov). „Tímto vzniká produkt se standardními názvy ošetrovatelských diagnóz, ke kterým jsou propojeny

vhodné ošetrovatelské cíle a intervence. Odborná literatura hovoří o vzniku unifikovaného ošetrovatelského jazyka (24, s. 60)“.

1.13 Sjedená dokumentace či dokumentace uzpůsobená potřebám oddělení?

Odborná zdravotnická veřejnost řeší otázku, zda-li je vhodné a možné vytvořit jednotnou vzorovou dokumentaci, která by byla uplatnitelná v celé České republice. Názory se různí. Marečková uvádí: „Optimální variantou, navyšující přenosnost informací mezi odborníky i pracovišti a podporující kontinuální ošetrovatelskou péči, by mohla být standardizovaná národní verze formulářů. K takovému kroku v ošetrovatelství bude ještě zapotřebí série odborných diskuzí, vývoje, testování a předně dobré vůle (24, s. 53)“. Staňková se domnívá, že pokud chceme, aby dokumentace byla smysluplná, musí vyhovovat potřebám jednotlivých oddělení a musí být upravena pro potřeby odlišných skupin nemocných. Proto má mít každé pracoviště možnost vypracovat a používat takovou dokumentaci, která bude zachycovat informace uplatnitelné v daném oboru (41).

Například Vondráček a Wirthová vyslovují názor, že formulář ošetrovatelské anamnézy „by měl být specifický a odpovídat požadavkům na anamnestické údaje oboru, kterému slouží jako podklad pro kvalitní poskytování ošetrovatelské péče (61, s. 71)“. Tento názor zastává i Mastiliaková, podle které je možné obsah jednotlivých oblastí anamnézy specifikovat dle potřeb pacientů na konkrétním oddělení (28).

Autoři v publikaci Ošetrovatelská dokumentace v praxi zmiňují, že by bylo výhodné, pokud by se povedlo ujednotit ošetrovatelskou dokumentaci. Zároveň však pochybují o tom, zda-li je tato myšlenka v podmínkách českého zdravotnictví vůbec proveditelná, mimo jiné proto, že je potřeba akceptovat specifika jednotlivých pracovišť (60). Nezbytné je užívat standardizovanou terminologii (jazyk) v dokumentaci ošetrovatelské péče.

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle

- 1) Zmapovat postupy a metody tvorby ošetrovatelské dokumentace v nemocnicích.
- 2) Zjistit, zda se sestry aktivně zapojují do procesu tvorby ošetrovatelské dokumentace.
- 3) Analyzovat a vzájemně porovnat ošetrovatelskou dokumentaci z jednotlivých nemocničních zařízení.
- 4) Na základě poznatků získaných z analýzy stávající dokumentace vytvořit vzor jednotné ošetrovatelské dokumentace pro standardní ošetrovací jednotky.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Mají jednotlivé nemocnice zavedený standard pro vedení ošetrovatelské dokumentace?
- 2) Užívají se na standardních odděleních informační a dokumentační systémy (např. HINZ, Optiplan)?
- 3) Korespondují jednotlivé části ošetrovatelské dokumentace s fázemi ošetrovatelského procesu?
- 4) Jak je členěna ošetrovatelská anamnéza? Je rozdělena do oblastí podle modelu Gordonové a obsahuje sesterský screening?

3. Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

3.1.1 Rozhovor

Ve výzkumné části diplomové práce byla použita forma kvalitativního výzkumu. Použily jsme dvě kvalitativní metody – rozhovor s respondenty a studium a analýzu ošetrovatelské dokumentace – metoda sekundární analýzy dat.

Pro respondenty byl vytvořen polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval 15 otázek. Otázka č. 10 byla filtrační a zjišťovala, jakým způsobem dané zařízení získalo ošetrovatelskou dokumentaci. Pokud se jednalo o vlastní tvorbu, bylo respondentům položeno 5 upřesňujících otázek (v přepisu rozhovorů značeny jako A, viz přílohy 1 až 6). Jestliže si nemocnice objednala dokumentaci od komerčních firem, byla položena 1 doplňující otázka (v přepisu označena jako B). Pokud bylo zapotřebí, pokládala jsem respondentům v průběhu rozhovoru doplňující (sondážní) otázky. Většina otázek v rozhovoru byla zaměřena na zjištění formy a současného stavu ošetrovatelské dokumentace v daném nemocničním zařízení a na zjištění postupu vývoje a tvorby dokumentace, včetně identifikace osob, které se na tomto procesu podílely. Dvě poslední otázky zjišťovaly názor respondentů na vytvoření jednotné (standardní) národní dokumentace a na postoj ke standardizaci ošetrovatelské terminologie. Při sestavování rozhovoru bylo využito poznatků získaných ze studia odborné literatury, ze současných trendů ošetrovatelství a z platné legislativy upravující oblast zdravotnické dokumentace.

Sběr dat, tj. individuální rozhovory s využitím předlohy, byly uskutečněny při osobním kontaktu v období od ledna do února 2009. Po souhlasu respondentů byly nahrány na záznamník s výjimkou jednoho, který byl na přání respondenta zaznamenán písemně. Informace získané rozhovorem tvořily výzkumný podklad pro sestavení kategorizačních tabulek, ve kterých jsou zařazeny slovní údaje (odpovědi) do určených kategorií umožňující snadnější porovnání mezi respondenty.

3.1.2 Analýza dokumentace

Další metodou použitou ve výzkumné části byla analýza písemné ošetrovatelské dokumentace, vzájemné porovnávání a kategorizace dat. Výchozím podkladem a indikátorem pro analýzu ošetrovatelské dokumentace, konkrétně ošetrovatelské anamnézy, byl model Funkčních vzorců zdraví M. Gordonové se 13 diagnostickými doménami. Celkově byla analýza dokumentace zaměřena na to, do jaké míry korespondují jednotlivé formuláře s fázemi ošetrovatelského procesu. Hlavní složky (formuláře) ošetrovatelské dokumentace byly získány v období od ledna do března 2009 při osobním kontaktu s respondenty rozhovorů.

Při práci s dokumentací bylo nezbytné zajistit anonymitu a ochranu před zneužitím, kopírováním a neoprávněným nakládáním, jelikož ošetrovatelská dokumentace je specifické „know how“ zdravotnického zařízení, které si ji vytvořilo, či komerční firmy, která dokumentaci dodala a vlastní na produkt licenci. Z tohoto důvodu nejsou v práci ani v přílohách zveřejněny kopie dokumentace, protože pouhé zakrytí loga by nebylo dostatečnou ochranou. Respondenti byli informováni a ujištěni o zachování anonymity a o tom, že jimi poskytnutá ošetrovatelská dokumentace bude využita jen pro výzkumné potřeby práce.

Syntézou výsledků zjištěných z analýzy ošetrovatelské dokumentace a z poznatků získaných studiem odborné literatury byl vytvořen návrh ošetrovatelské dokumentace uplatnitelný na standardních odděleních pro dospělé. Jednotlivé formuláře ošetrovatelské dokumentace byly vytvořeny v programu Microsoft Office Word 2007.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Respondenty výzkumu byly hlavní sestry/náměstkyně ošetrovatelské péče (dále jen hlavní sestry) jakožto představitelky ošetrovatelského top managementu nemocnic na území Plzeňského kraje. Na základě informací z Adresáře zdravotnických zařízení České republiky, který vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, jsme nejdříve vybraly ty respondenty, kteří budou splňovat naše kritéria. Výběr respondentů byl záměrný. Požadavkem bylo, aby se jednalo o lůžkové

zdravotnické zařízení na území Plzeňského kraje, které převážně poskytuje akutní péči dospělým pacientům. Osloveny byly hlavní sestry všech 8 nemocnic, které vyhovovaly výše zmíněným kritériím. Hlavním sestrám byla adresována, většinou cestou elektronické pošty, žádost o spolupráci na výzkumu, kde byly seznámeny s hlavními cíli práce, výzkumnými otázkami a s průběhem spolupráce včetně časového harmonogramu. Z původně 8 oslovených hlavních sester nemocnic souhlasilo s účastí na výzkumu 6 hlavních sester – respondentů. Respondenty jsme si standardně označily R1 až R6 (1).

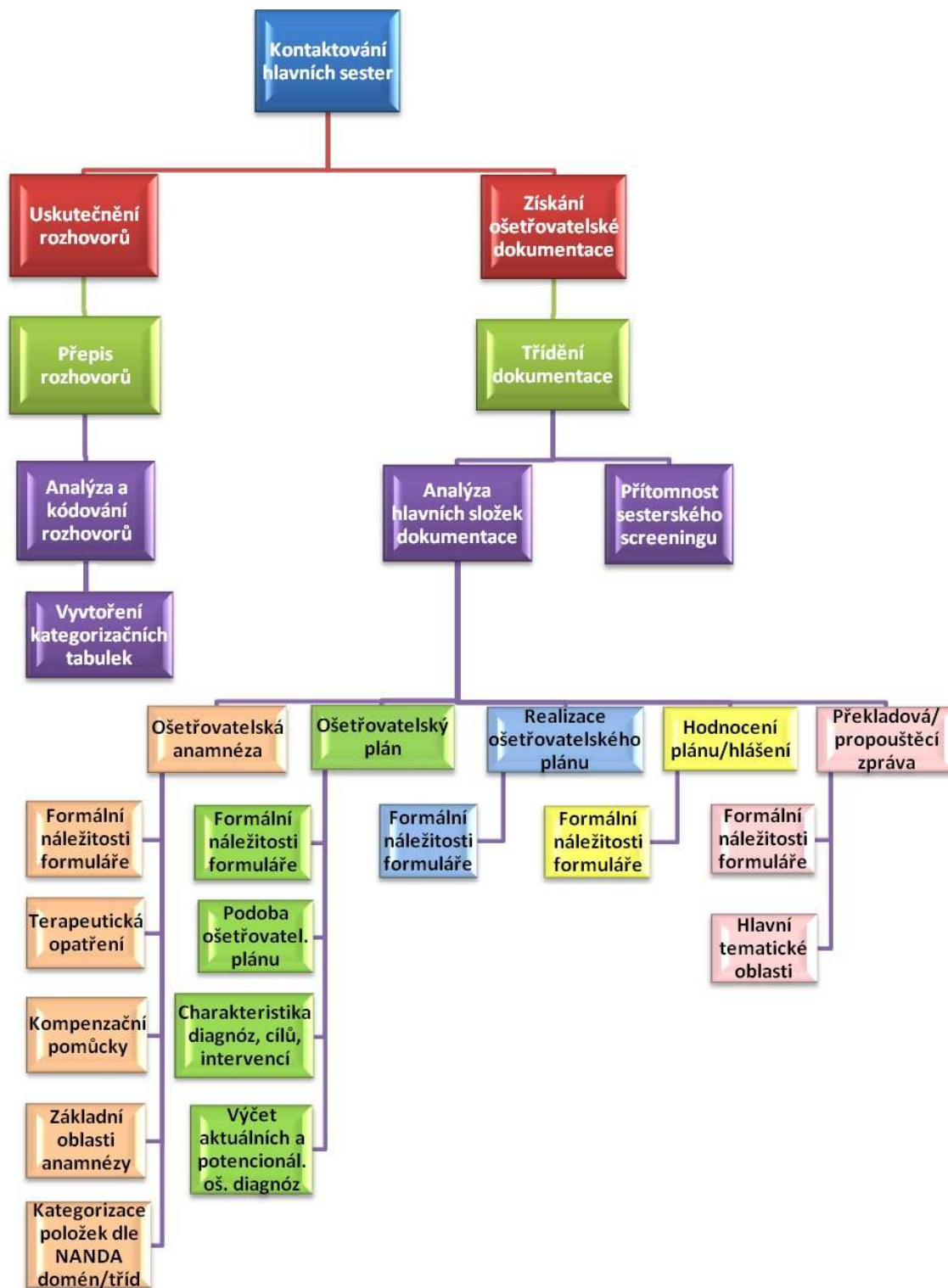
Mezi respondenty jsou ve 4 případech zastoupeny nemocnice tzv. „okresního typu“ poskytující základní péči na odděleních chirurgie, interny, gynekologie a porodnictví, dětském a v následné péči. Jedno lůžkové zdravotnické zařízení je zaměřeno pouze na interní obory (interna, neurologie, rehabilitace). Jedním z respondentů byla též Fakultní nemocnice Plzeň, která je největším zdravotnickým zařízením v Plzeňském kraji a poskytuje jak základní, tak i speciální a superspeciální lůžkovou péči.

Z důvodu zajištění anonymity a snížení možnosti identifikace zde záměrně nezveřejňujeme názvy zdravotnických zařízení, která spolupráci na výzkumu odmítla a názvy zařízení, která jsou respondenty našeho výzkumu. Na základě dohody s náměstkyní ošetrovatelské péče jsme udělaly výjimku prolomení anonymity u Fakultní nemocnice Plzeň, která se svou charakteristikou významně odlišuje od ostatních respondentů. Fakultní nemocnici jsme si označily jako respondenta číslo 6, v práci se tedy bude objevovat pod kódem R6.

Naším záměrem bylo získat od respondentů základní (hlavní) složky písemné ošetrovatelské dokumentace (formuláře) potřebné k analýze. Za základní složky ošetrovatelské dokumentace jsme si definovaly ty záznamy, které odrážejí dokumentování všech fází ošetrovatelského procesu, a které musí dokumentace obsahovat tak, aby byla v souladu s vyhláškou č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci (55, 64).

4. Výsledky

Znázornění postupu práce v diagramu



Seznam kategorizačních tabulek

Tabulka 1	Rok zavedení dokumentace
Tabulka 2	Motivace/impulz k zavedení ošetrovatelské dokumentace
Tabulka 3	Hlavní iniciátor vzniku/zavedení ošetrovatelské dokumentace
Tabulka 4	Společná (spojená) dokumentace lékařů a sester
Tabulka 5	Postoj lékařů k ošetrovatelské dokumentaci
Tabulka 6	Používání a vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace
Tabulka 7	Existence standardu vedení ošetrovatelské dokumentace
Tabulka 8	Využití ošetrovatelské dokumentace ke zpětnému hodnocení kvality
Tabulka 9	Důležitost korespondování ošetrovatelské dokumentace s fázemi ošetrovatelského procesu při jejím zavádění/tvorbě
Tabulka 10	Ovlivnění stávající podoby ošetrovatelské dokumentace vyhláškou č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci
Tabulka 11	Způsoby získání/tvorby ošetrovatelské dokumentace
Tabulka 12	Spolupráce s firmou
Tabulka 13	Názor na dokumentační a organizační systém HINZ
Tabulka 14	Podklady k tvorbě vlastní ošetrovatelské dokumentace
Tabulka 15	Externí konzultace vlastní dokumentace
Tabulka 16	Osoby podílející se na tvorbě ošetrovatelské dokumentace
Tabulka 17	Aktivní zapojení řadových sester do tvorby dokumentace
Tabulka 18	Vycházení z potřeb pacientů/specifika péče při tvorbě dokumentace
Tabulka 19	Výhledové zdokonalování dokumentace, přidání formulářů
Tabulka 20	Odlišná dokumentace dle specifík nemocných x sjednocená
Tabulka 21	Postup zavádění dokumentace na standardní ošetrovací jednotky
Tabulka 22	Názor na vytvoření jednotné ošetrovatelské dokumentace v ČR
Tabulka 23	Postoj ke standardizaci ošetrovatelské terminologie
Tabulka 24	Hlavní složky ošetrovatelské dokumentace
Tabulka 25	Přítomnost sesterského screeningu, hodnotících škál
Tabulka 26	Formální náležitosti ošetrovatelské anamnézy
Tabulka 27	Základní oblasti ošetrovatelských anamnéz

Tabulka 28	Terapeutická opatření
Tabulka 29	Kompenzační pomůcky
Tabulka 30	Doména podpora zdraví
Tabulka 31	Doména výživa
Tabulka 32 A	Doména vylučování, třída močový a trávicí systém
Tabulka 32 B	Doména vylučování, třída pulmonální systém
Tabulka 33 A	Doména aktivita – odpočinek, třída spánek - odpočinek
Tabulka 33 B	Doména aktivita – odpočinek, třída aktivita - pohyb
Tabulka 33 C	Doména aktivita – odpočinek, oblast sebepéče
Tabulka 33 D	Doména aktivita – odpočinek, třída kardiopulmonální odezva
Tabulka 34 A	Doména vnímání – poznávání, oblast orientace a vědomí
Tabulka 34 B	Doména vnímání – poznávání, třída komunikace
Tabulka 34 C	Doména vnímání – poznávání, třída čítí - vnímání
Tabulka 35	Doména vnímání sebe sama
Tabulka 36	Doména vztahy
Tabulka 37	Doména sexualita
Tabulka 38	Doména zvládnání zátěže, odolnost vůči stresu
Tabulka 39	Doména životní principy
Tabulka 40	Doména bezpečnost - ochrana
Tabulka 41	Doména komfort
Tabulka 42	Doména růst a vývoj
Tabulka 43	Formální náležitosti ošetřovatelského plánu
Tabulka 44	Podoba ošetřovatelského plánu
Tabulka 45	Charakteristika ošetřovatelských diagnóz, cílů a intervencí
Tabulka 46	Potencionální ošetřovatelské diagnózy v plánech péče respondentů
Tabulka 47	Aktuální ošetřovatelské diagnózy (jednosložkové) v plánech péče
Tabulka 48	Formální náležitosti a podoba formuláře realizace ošetřovatel. plánu
Tabulka 49	Formální náležitosti a podoba formuláře hodnocení plánu péče/hlášení
Tabulka 50	Formální náležitosti sesterské překládové/propouštěcí zprávy
Tabulka 51	Hlavní tematické oblasti překládových/propouštěcích zpráv

4.1 Kategorizace dat z rozhovorů

Tabulka 1 Rok zavedení dokumentace

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
2000					1*	1	2
2004			1		1		2
2005		1		1		1*	3
Neví	1						1
Celkový výskyt	1	1	1	1	2	2	8

Tato tabulka prezentuje v kategorizované podobě odpovědi respondentů na otázku, od jakého roku mají zavedenou ošetrovatelskou dokumentaci. Nejčastější kategorií (3x) je odpověď od roku 2005, respondent č. 6* uvedl, že dokumentaci měli zavedenou již v roce 2000, ale ve finální verzi v celém zdravotnickém zařízení byla ošetrovatelská dokumentace až v roce 2005. Kategorie 2004 se vyskytla u dvou odpovědí. Stejně tak kategorie 2000, avšak respondent č. 5* uvedl, že v tomto roce byla dokumentace spuštěna na jednom oddělení, v roce 2004 poté v celém zařízení. Kategorie odpovědi *nevím*, byla zvolena jednou. Respondenti 5 a 6 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4 odpověděli v jediné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 8.

Tabulka 2 Motivace/impulz k zavedení ošetrovatelské dokumentace

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Legislativní požadavky	1	1		1	1	1	5
Koncepce ošetrovatelství	1		1		1		3
Právní ochrana sestry	1	1					2
Právní ochrana pacienta		1					1
Zajištění kvality péče						1	1
Celkový výskyt	3	3	1	1	2	2	12

V této tabulce jsou prezentovány v kategorizované podobě odpovědi respondentů na otázku, co je motivovalo k zavedení ošetrovatelské dokumentace. Nejčastější kategorie odpovědi byly *legislativní požadavky* (5krát), následuje kategorie *Koncepce ošetrovatelství*, která se vyskytla 3krát. *Právní ochrana sestry* byla uvedena 2krát. Nejméně zastoupené kategorie odpovědí jsou *právní ochrana pacienta* (1krát) a *zajištění kvality péče* (1krát). Respondenti č. 1 a 2 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 5 a 6 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondenti č. 3 a 4 odpověděli v jediné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

Tabulka 3 Hlavní iniciátor vzniku/zavedení ošetrovatelské dokumentace

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Předchůdkyně na postu hlavní sestry	1				1	1	3
Současná hlavní sestra		1	1	1	1		4
Vrchní sestry	1	1	1				3
Staniční sestry	1						1
Sestry pracující u lůžka	1	1					2
Celkový výskyt	4	3	2	1	2	1	13

Tato tabulka prezentuje v kategorizované podobě odpovědi respondentů na otázku: Kdo byl hlavním iniciátorem vzniku/zavedení dokumentace ve vaší nemocnici? Nejčastější kategorie odpovědi *současná hlavní sestra* byla uvedena celkem 4krát. Shodně 3krát byly uvedeny kategorie odpovědí *bývalá hlavní sestra* a *vrchní sestry*. Kategorie odpovědi *sestry pracující u lůžka* byla uvedena 2krát. Jednou byla zaznamenána kategorie odpovědi *staniční sestry*. Respondent č. 1 odpověděl v kategoriích celkem 4krát. Respondent č. 2 odpověděl v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 3 a 5 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondenti č. 4 a 6 odpověděli v jediné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 13.

Tabulka 4 Společná (spojená) dokumentace lékařů a sester

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Zcela oddělená	1		1				2
Oddělená, kromě společného dekurzu		1					1
Společná dokumentace lékařů a sester - dokumentační systém HINZ				1	1	1	3
½ formulářů společných, ½ odděleně						1	1
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	2	7

V tabulce jsou uvedeny v kategorizované formě odpovědi na otázku, zda je ošetrovatelská dokumentace společná se zdravotnickou (lékařskou), či je oddělená. Nejčastěji byla zvolena kategorie *společná dokumentace lékařů a sester – dokumentační systém HINZ*, která byla zvolena celkem 3krát. Druhou nejčastější kategorií byla odpověď *zcela oddělená*, která byla zmíněna 2krát. Kategorie odpovědi *oddělená, kromě společného dekurzu* byla uvedena 1krát, stejně tak jako kategorie *½ formulářů společných, ½ odděleně*. Respondent č. 6 odpověděl v kategoriích celkem 2krát. Ostatní respondenti odpověděli v jediné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 7.

Tabulka 5 Postoj lékařů k ošetrovatelské dokumentaci

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Negativní postoj lékařů, nezájem	1		1				2
Nechtěli používat společný dekurz		1	1		1		3
Nesprávně pracovali s dokumentací HINZ						1	1
Vlna nevole a odpor lékařů při zkušebním zavádění oš. dokumentace			1				1
Nedívají se do záznamů sester	1		1	1			3
Celkový výskyt	2	1	4	1	1	1	10

V této tabulce jsou předloženy kategorie odpovědí respondentů z průběhu celého rozhovoru (nikoli konkrétní otázky), které se týkají názoru a postoje lékařů k ošetrovatelské dokumentaci sester, které zazněly v průběhu rozhovoru. Dvě nejčastěji

zmíněné kategorie odpovědí: lékaři *nechtěli používat společný dekurz a nedívají se do záznamů sester*, byly uvedeny každá celkem 3krát. Kategorie odpovědi *negativní postoj lékařů, nezájem*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědí *nesprávně pracovali s dokumentací HINZ a vznikla vlna nevole a odpor lékařů při zkušebním zavádění ošetrovatelské dokumentace*, byly uvedeny každá shodně 1krát. Respondent č. 3 odpověděl v kategoriích celkem 4krát. Respondent č. 1 odpověděl v kategoriích 2krát. Respondenti č. 2, 4, 5 a 6 odpověděli v jediné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 10.

Tabulka 6 Používání a vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Ne	1	1	1	1	1		5
Ano						1	1
Chtěli bychom ji – usnadní sestřím práci	1						1
Celkový výskyt	2	1	1	1	1	1	7

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované podobě odpovědi na otázku, zda respondenti vedou kromě písemné ošetrovatelské dokumentace i elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci. Jak je vidět, nejčastější kategorií odpovědi je *ne*, která byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědi *ano* byla uvedena celkem 1krát, stejně tak jako kategorie odpovědi *chtěli bychom ji mít – usnadní sestřím práci*. Respondent č. 1 odpověděl v kategoriích celkem 2krát. Respondenti č. 2, 3, 4, 5 a 6 odpověděli v jediné kategorii – 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 6.

Tabulka 7 Existence standardu vedení ošetrovatelské dokumentace

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Ano	1			1	1	1	4
Ne		1	1				2
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	6

Tato tabulka prezentuje, zda má zdravotnické zařízení vytvořený standard pro vedení ošetrovatelské dokumentace. Nejčastější kategorií odpovědí je *ano*, která byla uvedena celkem 4krát. Kategorie *ne*, byla zmíněna 2krát. Všichni respondenti odpověděli v kategoriích 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 6.

Tabulka 8 Využití ošetrovatelské dokumentace ke zpětnému hodnocení kvality

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Máme standard, audit neproběhl	1			1			2
Audit ne, pouze kontrola záznamů	1		1	1			3
Nemáme standard, neprovádíme audit		1	1				2
Ano, audity provádíme pravidelně					1	1	2
Nedostatky řešíme pohovorem	1		1				2
Napravení nedostatku + vypracování plánu navržených opatření						1	1
Celkový výskyt	3	1	3	2	1	2	12

V kategorizované podobě jsou zde uvedeny odpovědi respondentů na otázku, jestli jim ošetrovatelská dokumentace slouží ke zpětnému hodnocení kvality poskytované péče např. formou retrospektivního auditu. Nejčastěji vyskytující se kategorií odpovědi je *audit ne, pouze kontrola záznamů*, která byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědi *máme standard, ale audit neproběhl*, byla uvedena 2krát. Odpověď *nemáme standard a neprovádíme audit*, byla zmíněna 2krát, stejně tak jako kategorie odpovědi *ano, audity provádíme pravidelně*. Kategorie odpovědi *nedostatky řešíme pohovorem*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *napravení nedostatku + vypracování plánu navržených opatření*, byla uvedena 1krát. Respondenti č. 1 a 3 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 4 a 6 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondenti č. 2 a 5 odpověděli v jediné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

Tabulka 9 Důležitost korespondování ošetrovatelské dokumentace s fázemi ošetrovatelského procesu při jejím zavádění/tvorbě

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Ano, bylo to důležité	1	1	1	1	1	1	6
Máme kompletní dokumentaci všech fází ošetrovatelského procesu	1			1	1	1	4
Nedokumentujeme celý ošetrovatelský proces		1	1				2
Celý proces provádějí sestry ústně			1				1
Celkový výskyt	2	2	3	2	2	2	13

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: když jste tvořili/zaváděli dokumentaci, bylo pro vás důležité, aby její jednotlivé části korespondovaly s fázemi ošetrovatelského procesu? Nejčastější kategorie odpovědi *ano, bylo to důležité*, byla uvedena celkem 6krát, zmínil ji každý respondent. V odpovědích na tuto otázku respondenti rovněž uváděli kategorii - *máme kompletní dokumentaci všech fází ošetrovatelského procesu*, což bylo uvedeno 4krát. Kategorie odpovědi *nedokumentujeme celý ošetrovatelský proces*, byla uvedena 2krát. Respondent č. 3 odpověděl v kategoriích celkem 3krát. Ostatní respondenti odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 13.

Tabulka 10 Ovlivnění stávající podoby ošetrovatelské dokumentace vyhláškou č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Ano, ovlivnila	1	1			1	1	4
Ani ne			1				1
Ne, dokumentace všechny náležitosti splňovala již před vydáním vyhlášky				1			1
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	6

V této tabulce jsou předloženy v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku, zda ovlivnila nějakým způsobem podobu stávající dokumentace vyhláška

č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Nejčastější kategorie odpovědi je *ano, ovlivnila*, která byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *ani ne* byla uvedena 1krát, stejně tak jako kategorie odpovědi *ne, dokumentace všechny náležitosti splňovala již před vydáním vyhlášky*. Všichni respondenti odpověděli v kategoriích 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 6.

Tabulka 11 Způsoby získání/tvorby ošetrovatelské dokumentace

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Vlastní tvorba	1	1	1			1	4
Objednání od firmy – dokumentace HINZ				1	1	1	3
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	2	7

Tabulka prezentuje v kategoriích odpovědi všech respondentů na otázku, jakým způsobem zdravotnická zařízení získala ošetrovatelskou dokumentaci. Nejčastější kategorie odpovědi je *vlastní tvorba*, která byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědi *objednání od firmy – dokumentace HINZ*, byla zmíněna 3krát. Respondent č. 6 odpověděl v kategoriích 2krát, ostatní respondenti 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 7.

Tabulka 12 Spolupráce s firmou

R = respondent, objednání od firmy	R4	R5	R6	Součet
Byla možnost úpravy firemních formulářů	1	1	1	3
Systém nám nabídl, oslovili nás jako první		1	1	2
Záměrně jsme kontaktovali firmu	1			1
Nemůžeme implementovat formuláře do našeho modulu elektronické ošetř. dokumentace			1	1
Respektovali naše návrhy	1	1	1	3
Za každou úpravu se platí	1			1
S firmou jsme na konečné podobě pracovali rok	1			1
Celkový výskyt	5	3	4	12

V této tabulce jsou zahrnuty odpovědi pouze těch respondentů, kteří si ošetrovatelskou dokumentaci objednali od komerční firmy. Jedná se o respondenty č. 4, 5 a 6, kteří používají dokumentační a organizační systém HINZ (viz tabulka 11). Respondent č. 6 používá jak dokumentaci vlastní, tak i od firmy. Tato tabulka v kategorizované podobě prezentuje odpovědi respondentů týkající se oblasti spolupráce s komerční firmou. Nejčastější kategorie odpovědí jsou: *byla možnost úpravy firemních formulářů* a *respektovali naše návrhy*, které byly uvedeny shodně 3krát. *Systém nám nabídl, oslovili nás jako první* – tato kategorie odpovědi byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *záměrně jsme oslovili firmu*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *nemůžeme implementovat formuláře do našeho modulu elektronické ošetrovatelské dokumentace*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *za každou úpravu se platí* a *s firmou jsme na konečné podobě dokumentace pracovali rok*, byly uvedeny shodně každá 1krát. Respondent č. 4 odpověděl v kategoriích celkem 5krát. Respondent č. 6 odpověděl v kategoriích 4krát a respondent č. 5 celkem 3krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12

Tabulka 13 Názor na dokumentační a organizační systém HINZ

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Inspirace pro vlastní dokumentaci	1	1					2
Chtěli bychom si ho pořídit		1					1
Drahá záležitost		1	1	1			3
Krok do neznáma			1				1
Spokojenost				1	1		2
Nemusí se vymýšlet nic nového				1			1
Nepříliš vyhovující						1	1
Příliš anonymní (vytahování jezdců)						1	1
Závažně se při něm chybovalo						1	1
Hodí se pro stabilní tým						1	1
Celkový výskyt	1	3	2	3	1	4	14

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi všech respondentů týkající se názorů a zkušeností s dokumentačním systémem HINZ. Kategorie odpovědi *drahá záležitost*, byla zmíněna 3krát. Kategorie odpovědi *inspirace pro vlastní dokumentaci*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *spokojenost*, byla uvedena také 2krát. Kategorie odpovědi *chtěli bychom si ho pořídit*, byla zmíněna 1krát. Odpověď, že se jedná o *krok do neznáma*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *nemusí se vymýšlet nic nového*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *nepříliš vyhovující, příliš anonymní (vytahování jezdců), závažně se při něm chybovalo a hodí se pro stabilní tým*, byla zmíněna vždy 1krát. Respondent č. 6 odpověděl v kategoriích celkem 4krát, zatímco respondenti č. 2 a 4 odpověděli v kategoriích celkem 3krát a respondent č. 3 celkem 2krát. Respondenti č. 1 a 5 odpověděli v jediné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 14.

Tabulka 14 Podklady k tvorbě vlastní ošetrovatelské dokumentace

R = respondent, vlastní tvorba	R1	R2	R3	R6	Součet
Inspirace z jiné dokumentace	1	1	1		3
Odborná literatura	1	1		1	3
Semináře a kurzy v Brně	1		1		2
Platná legislativa				1	1
Neinspirovali jsme se z jiné dokumentace				1	1
Celkový výskyt	3	2	2	3	10

V této tabulce jsou znázorněny odpovědi pouze těch respondentů, kteří si ošetrovatelskou dokumentaci tvořili sami, tzn. neobjednali si ji od firmy. Jedná se o respondenty č. 1, 2, 3 a 6 (viz tabulka 11), kteří odpovídali na otázku, z jakých podkladů vycházeli či kde se inspirovali při tvorbě vlastní dokumentace. Nejčastější kategorie odpovědi je *inspirace z jiné dokumentace*, uvedena celkem 3krát a zároveň *odborná literatura*, uvedena taktéž 3krát. Kategorie odpovědi *semináře a kurzy v Brně*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědí *platná legislativa* a *neinspirovali jsme se z jiné dokumentace*, byly uvedeny shodně 1krát. Respondent č. 1 a č. 6 odpověděl v kategoriích 3krát, zatímco respondent č. 2 a č. 3 odpověděl v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

Tabulka 15 Externí konzultace vlastní dokumentace

R = respondent, vlastní tvorba	R1	R2	R3	R6	Součet
Ano, v rámci Sdružení fakultních nemocnic				1	1
Ne		1	1		2
Nevím	1				1
Celkový výskyt	1	1	1	1	5

V této tabulce jsou prezentovány odpovědi pouze od respondentů, kteří si ošetrovatelskou dokumentaci tvořili sami, tzn. neobjednali si ji od firmy. Jedná se o respondenty č. 1, 2, 3 a 6 (viz tabulka 11), kteří odpovídali na otázku, zda se obraceli na nezávislé odborníky mimo vlastní instituci za účelem konzultace dokumentace. Celkem 2krát byla zvolena odpověď *ne*. Další kategorie odpovědi je *ano, v rámci Sdružení fakultních nemocnic*, která byla uvedena 1krát, stejně tak jako odpověď *nevím* (1krát). Všichni respondenti odpověděli v jediné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 5.

Tabulka 16 Osoby podílející se na tvorbě ošetrovatelské dokumentace

R = respondent, vlastní tvorba	R1	R2	R3	R6	Součet
Hlavní sestra	1	1	1	1	4
Vrchní sestry	1	1	1		3
Řadové sestry, které mají zájem	1		1	1	3
Pracovnice Centra řízení kvality				1	1
Členky pracovních skupin/realizačních týmů				1	1
Celkový výskyt	3	2	3	4	12

Tato tabulka prezentuje pouze odpovědi od respondentů, kteří si ošetrovatelskou dokumentaci tvořili sami, tzn. neobjednali si ji od firmy. Jedná se o respondenty č. 1, 2, 3 a 6 (viz tabulka 11), kteří odpovídali na otázku, kdo se podílel na tvorbě vlastní ošetrovatelské dokumentace. Nejčastější kategorie odpovědi je *hlavní sestra*, která byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *vrchní sestry* byla uvedena 3krát, stejně jako

kategorie odpovědi *řadové sestry, které mají zájem*. Kategorie odpovědi *pracovnice Centra řízení kvality* byla uvedena 1krát, rovněž tak kategorie odpovědi *členky pracovních skupin/realizačních týmů*. Respondent č. 6 odpověděl v kategoriích celkem 4krát. Respondenti č. 1 a 3 odpověděli v kategoriích celkem 3krát, zatímco respondent č. 2 odpověděl v kategoriích 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 5.

Tabulka 17 Aktivní zapojení řadových sester do tvorby dokumentace

R = respondent, vlastní tvorba	R1	R2	R3	R6	Součet
Ano	1	1	1	1	4
Připomínky k dokumentaci	1				1
Nápady na vylepšení		1	1	1	3
Skepticismus vůči ošetr. dokumentaci			1		1
Každé pracoviště má tým iniciativních sester				1	1
Celkový výskyt	2	2	3	3	10

V tabulce jsou předloženy v kategorizované formě odpovědi respondentů, kteří si ošetrovatelskou dokumentaci tvořili sami, tzn. neobjednali si ji od firmy. Jedná se o respondenty č. 1, 2, 3 a 6 (viz tabulka 11), kteří odpovídali na otázku, zda se řadové sestry samy aktivně zapojily do tvorby dokumentace, případně její úpravy. Nejčastější kategorie odpovědi je *ano*, která byla uvedena celkem 4krát. Následuje kategorie odpovědi, že sestry měly *nápady na vylepšení* dokumentace (3krát). Další kategorie odpovědí se vyskytovaly po jedné: *připomínky k dokumentaci*, *skepticismus vůči ošetrovatelské dokumentaci* a *každé pracoviště má tým iniciativních sester* (vždy 1krát). Respondenti č. 3 a 6 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 1 a 2 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

Tabulka 18 Vycházení z potřeb pacientů/specifika péče při tvorbě dokumentace

R = respondent, vlastní tvorba	R1	R2	R3	R6	Součet
Ano		1	1		2
Ne	1				1
Spíše ne, snaha o multifunkční využití				1	1
Celkový výskyt	1	1	1	1	4

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů, kteří si ošetrovatelskou dokumentaci tvořili sami, tzn. neobjednali si ji od firmy. Jedná se o respondenty č. 1, 2, 3 a 6 (viz tabulka 11), kteří odpovídali na otázku, zda oří tvorbě dokumentace vycházeli z potřeb pacientů a charakteru oddělení. Odpověď *ano*, byla zvolena 2krát. Odpověď *ne*, byla uvedena 1krát, stejně tak jako kategorie odpovědi *spíše ne, snaha o multifunkční využití*. Všichni respondenti odpověděli v jediné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 4.

Tabulka 19 Výhledové zdokonalování dokumentace, přidání formulářů

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Ano, dle potřeby	1	1	1		1	1	5
Nové formuláře nemáme v plánu		1		1			2
Celkový výskyt	1	2	1	1	1	1	7

V tabulce jsou uvedeny v kategorizované formě odpovědi všech respondentů na otázku: Vyuvíjíte/zdokonalujete postupem času dokumentaci, její jednotlivé složky, popřípadě zavádíte nové formuláře? Nejčetnější kategorií odpovědi je *ano, dle potřeby*, která byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědi *nové formuláře nemáme v plánu*, byla uvedena 2krát. Respondent č. 2 odpověděl v kategoriích celkem 2krát, ostatní respondenti 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 7.

Tabulka 20 Odlišná dokumentace dle specifik nemocných x sjednocená

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Stejná na všech odděleních	1						1
Krátkodobá a dlouhodobá hospitalizace		1		1	1	1	4
Odlišná dle potřeb pacientů			1		1		2
Odlišná dle systému péče o pacienty						1	1
Multifunkční dokumentace						1	1
Celkový výskyt	1	1	1	1	2	3	9

Tabulka znázorňuje, zda mají respondenti vytvořenou odlišnou ošetrovatelskou dokumentaci pro jednotlivá specifika nemocných, či je dokumentace jednotná pro celé zařízení. Nejčastější odpověď je, že dokumentace má odlišnou formu pro *krátkodobou a dlouhodobou hospitalizaci*. Tato kategorie odpovědi byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi dokumentace je *odlišná dle potřeb pacientů*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi stejná na všech odděleních byla uvedena 1krát. Dalšími kategoriemi odpovědí, z nichž každá byla uvedena 1krát jsou: *stejná na všech odděleních*, *odlišná dle systému péče o pacienty* a *multifunkční dokumentace – multioborové ošetrovatelské plány pro všechny chirurgické a interní obory*. Respondent č. 6 odpověděl v kategoriích celkem 3krát. Respondent č. 5 odpověděl v kategoriích celkem 2krát. Ostatní respondenti odpověděli v jediné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 9.

Tabulka 21 Postup zavádění dokumentace na standardní ošetrovací jednotky

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Zkušební provoz	1	1	1	1	1		5
Zkušební provoz nemusí být						1	1
Dlouhodobá záležitost	1						1
Připomínkování, návrhy na zlepšení	1	1	1	1	1	1	6
Po zkušebním provozu/připomínkování se dokumentace poupravila	1	1		1	1	1	5
Postupné zavádění hlavních formulářů		1			1*		2
Po zkušební době jsme původní kompletní dokumentaci zredukovali			1				1
Postupné zavádění na jednotlivých odděleních				1			1
Zavedení dokumentace naráz v celém zařízení					1		1
Distribuce systémem řízené dokumentace						1	1
Celkový výskyt	4	4	3	4	5	4	24

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku, která zjišťovala postup zavádění dokumentace na standardní ošetrovací jednotky. Nejčastější kategorie odpovědi je, že proběhlo *připomínkování a návrhy na zlepšení*, která byla uvedena celkem 6krát. Dalšími nejčetnějšími kategoriemi odpovědí jsou: *zkušební provoz* a *po zkušebním provozu/připomínkování se dokumentace poupravila*, které byly uvedeny shodně každá 5krát. Kategorie odpovědi *postupné zavádění hlavních formulářů* byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *zkušební provoz nemusí být*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *dlouhodobá záležitost*, byla uvedena 1krát. Stejně tak jako kategorie odpovědi: *po zkušební době jsme původní kompletní dokumentaci zredukovali*, *zavedení dokumentace naráz v celém zařízení* a *distribuce systémem řízené dokumentace*, které byly uvedeny shodně vždy 1krát. Kategorie odpovědi *postupné zavádění hlavních formulářů* byla uvedena 2krát, přičemž respondent č. 5* upřesnil, že tato odpověď se týká prvotního zavedení ošetrovatelské dokumentace na jednom oddělení. V celém zařízení byla poté dokumentace zavedena naráz. Respondent č. 5 odpověděl v kategoriích celkem 5krát. Respondenti č. 1, 2, 4 a 6 odpověděli

v kategoriích celkem 4krát. Respondent č. 3 odpověděl v kategoriích 3 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 24.

Tabulka 22 Názor na vytvoření jednotné ošetrovatelské dokumentace v ČR
(standardizace formulářů)

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Nesouhlasím, není vhodné	1	1	1	1			4
Respektovat specifika pacientů/odd.	1	1	1	1			4
Na seminářích o ošetř. dokumentaci nám říkali - přizpůsobit danému odd.		1					1
Společná pro zařízení stejného typu					1	1	2
Ano, sjednocení a standardizace						1	1
Standardizace je podporovaná na ministerské půdě						1	1
Standardizace – způsob jak zajistit, aby indikátory kvality ošetrovatelské dokumentace byly všude stejné						1	1
Celkový výskyt	2	3	2	2	1	4	14

Tabulka prezentuje v kategorizované formě názory respondentů na vytvoření jednotných standardních formulářů ošetrovatelské dokumentace pro standardní ošetrovací jednotky v ČR. Nejčastějšími kategoriemi odpovědí je *nesouhlasím, není vhodné* a je nutné *respektovat specifika pacientů/oddělení*, které byly uvedeny shodně každá 4krát. Kategorie odpovědi dokumentace má být *společná pro zařízení stejného typu* byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *na seminářích o ošetrovatelské dokumentaci nám říkali – přizpůsobit danému oddělení*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *ano, sjednocení a standardizace dokumentace* a *standardizace je podporovaná na ministerské půdě*, byly uvedeny každá 1krát. Kategorie odpovědi *standardizace – způsob jak zajistit, aby indikátory kvality ošetrovatelské dokumentace byly všude stejné*, byla uvedena 1krát. Respondent č. 6 odpověděl v kategoriích celkem 4krát. Respondent č. 2 odpověděl v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 1, 3 a 4 odpověděli v kategoriích 2krát. Respondent č. 5 odpověděl v jediné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 14.

Tabulka 23 Postoj ke standardizaci ošetrovatelské terminologie

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Celkem negativní	1						1
Příliš tomu nerozumím		1	1	1			3
Nemáme dokumentaci podle určitého modelu		1				1	2
Uznávám hodnotící škály/screening		1					1
Neodmítám, je to trend			1				1
Otázka je, zda jsou ošetrovatelské diagnózy přínosem				1			1
Kladně, je to přínosné					1	1	2
Standardizovaná terminologie - lepší orientace					1		1
Profesní organizace standardizaci podporují						1	1
Modely se aplikují na odd., kde jsou vrchní sestry jejich zastánkyněmi						1	1
Celkový výskyt	1	3	2	2	2	4	14

Zde jsou předloženy v kategorizované podobě odpovědi respondentů na otázku, jak se staví ke standardizaci ošetrovatelské terminologie. Nejčastější kategorie odpovědi je *příliš tomu nerozumím*, která byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi *nemáme dokumentaci podle určitého modelu*, byla zmíněna celkem 2krát. Stejně tak jako odpověď *kladně, je to přínosné*, která byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *celkem negativně*, byla zmíněna 1krát. Kategorie odpovědi *uznávám hodnotící škály/screening* byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *neodmítám, je to trend* a *otázka je, zda jsou ošetrovatelské diagnózy přínosem*, byly uvedeny shodně každá 1krát. Další kategorie byly vždy uvedeny 1krát, jedná se o kategorie odpovědi: *profesní organizace standardizaci podporují* a *různé modely se aplikují na odděleních, kde jsou vrchní sestry jejich zastánkyněmi*. Respondent č. 6 odpověděl v kategoriích 4krát. Respondent č. 2 odpověděl v kategoriích 3krát. Respondenti č. 3, 4 a 5 odpověděli v kategoriích celkem 2krát a respondent č. 1 odpověděl v jediné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 15.

4.2 Analýza ošetrovateľskej dokumentácie respondentů a kategorizace údajů

Tabulka 24 Hlavní složky ošetrovateľskej dokumentácie

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Ošetrovateľská anamnéza	1	1	1	1	1	1	6
Ošetrovateľský plán	1	1		1	1	1	5
Realizace ošetrovateľského plánu	1	1		1	1	1	5
Hodnocení plánu péče/ hlášení sester	1	1		1	1	1	5
Sesterská překladová/ propouštěcí zpráva	1	1	1	1	1	1	6
Celkový výskyt	5	6	2	6	5	5	29

V této tabulce jsou znázorněny výsledky z analýzy formulářů ošetrovateľskej dokumentácie. V kategorizované formě je zde znázorněno, které hlavní složky ošetrovateľskej dokumentácie respondenti používají v návaznosti na dokumentování fází ošetrovateľského procesu. Z tabulky je patrné, že všichni respondenti kromě respondenta č. 3 dokumentují všechny fáze ošetrovateľského procesu. Ošetrovateľskou anamnézu má všech 6 respondentů. Ošetrovateľský plán mají kromě respondenta č. 3 všichni respondenti, stejně tak je tomu s formulářem pro záznam realizace ošetrovateľského plánu, který mají taktéž všichni respondenti s výjimkou respondenta č. 3. Formulář hodnocení plánu péče či hlášení sester má 5 respondentů (respondent č. 1, 2, 4, 5 a 6), tento formulář nemá zavedený respondent č. 3. Sesterskou překladovou/propouštěcí zprávu má všech 6 respondentů. Celkový počet nalezených kategorií je 98.

Tabulka 25 Přítomnost sesterského screeningu, hodnotících škál

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Součást formuláře ošetřovatelská anamnéza							
Nepřítomnost bolesti	1	1		1	1	1	5
Přítomnost bolesti	1	1		1	1	1	5
Intenzita (škála)	1	1		1	1	1	5
Charakter	1	1			1		3
Lokalizace	1	1		1	1		4
Využití úlevové polohy						1	1
Zmírňující prostředky						1	1
Změny kůže (otoky, oper. rána):	1	1		1	1	1	5
Dekubity	1	1		1	1	1	5
Stupeň	1	1		1	1		4
Lokalizace (nákres)	1	1		1	1		4
Soběstačnost – Barthelův test				1		1	2
Nutriční skóre				1		1	2
Riziko pádu - skóre				1			1
Riziko vzniku dekubitu - Norton				1			1
Aktivita, mobilizace (škála)	1	1					2
Kategorie ošetřovatelské péče (I. – V.) + kritéria pro zařazení						1	1
Fyzikální vyšetření (TK, P, TT)	1		1				2
Na jiném/samostatném formuláři							
Riziko vzniku dekubitu – Norton - v rámci Plánu péče o dekubitus	1	1	1	1	1	1	6
Soběstačnost – Barthelův test	1						1
Základní nutriční screening – Nottingham test	1						1
Celkový výskyt	14	11	2	13	10	11	61

V této tabulce je znázorněna přítomnost sesterského screeningu a hodnotících škál užívaných v ošetřovatelství v dokumentaci respondentů. Přímo součástí formuláře ošetřovatelské anamnézy je kategorie *ne/přítomnost bolesti*, která se vyskytuje v dokumentaci respondentů č. 1, 2, 4, 5 a 6. Z toho všech 5 respondentů hodnotí

podkategorii intenzity bolesti dle číselné škály, 4 respondenti sledují lokalizaci bolesti, 3 charakter a 1 respondent zaznamenává využívání úlevové polohy a zmírňující prostředky. Kategorie údajů *změny kůže* a *dekubity* se vyskytují u 5 respondentů, tj. respondentů č. 1, 2, 4, 5 a 6, z toho podkategorii stupeň a lokalizaci dekubitu hodnotí 4 respondenti. Hodnocení *soběstačnosti* tzv. *Barthelův test* mají jak součást anamnézy respondenti č. 4 a 6, stejně tak tito respondenti hodnotí i základní *nutriční skóre*. Respondenti č. 1 a 2 mají v anamnéze kategorii *hodnocení aktivity a mobilizace* (na škále). Kategorie *fyzikální vyšetření (TK, P, TT)* se vyskytla u 2 respondentů (R1 a R3). Respondent č. 4 hodnotí ještě dvě kategorie - *skóre rizika pádu a riziko vzniku dekubitu* a respondent č. 6 hodnotí *kategorii ošetrovatelské péče s kritérii pro zařazení*. Na odděleném samostatném formuláři respondenti nejčastěji hodnotí *riziko vzniku dekubitu – Norton, v rámci formuláře Plán péče o dekubitus*. Tato kategorie byla nalezena celkem 6krát a to u všech respondentů. Respondent č. 1 má na samostatném formuláři *hodnocení soběstačnosti – Barthelův test* a *základní nutriční screening – Nottinghamm test*. V ošetrovatelských dokumentacích respondentů bylo nalezeno celkem 61 kategorií odpovědí, přičemž nejméně z nich, tj. 2 kategorie byly nalezeny u respondenta č. 3.

Analyza ošetrovateľskej anamnézy

Tabulka 26 Formální náležitosti ošetrovateľskej anamnézy

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Datum	1	1	1	1	1	1	6
Identifikace oddělení	1		1	1	1		4
Identifikace pacienta/štítek	1	1	1	1	1	1	6
Identifikace sestry	1	1	1	1	1	1	6
Identifikace zdravot. zařízení	1	1		1	1	1	5
Pořadové číslo formuláře		1		1	1		3
Informace o uchování cenností	1	1	1	1	1	1	6
Podpis pacienta	1	1	1		1	1	5
Seznámení s Domácím řádem, Právy pacientů	1	1			1	1	4
Souhlas s podáváním informací - komu		1			1		2
Souhlas s výukou studentů	1	1			1		3
Celkový výskyt	9	10	6	7	11	7	50

Tato tabulka prezentuje v kategorizované podobě údaje týkající se formální stránky a podoby formuláře ošetrovateľskej anamnézy. Nejčastějšími kategoriemi, které byly nalezeny u všech 6 respondentů, jsou: *datum*, *identifikace pacienta/štítek*, *identifikace sestry* a *informace o uchování cenností*. Celkem 5krát byla nalezena položka *identifikace zdravotnického zařízení* – ta chyběla u respondenta č. 3. Kategorii *podpis pacienta* obsahuje dokumentace všech respondentů, kromě respondenta č. 4. Dále byla celkem 4krát nalezena *položka identifikace oddělení* (respondenti č. 1, 3, 4 a 5) a také 4krát položka *seznámení s Domácím řádem a Právy pacientů* (respondenti č. 1, 2, 5 a 6). Shodně 3krát byly v dokumentaci nalezeny údaje o *pořadovém čísle formuláře* (respondenti č. 2, 4 a 5) a o *souhlasu s výukou studentů* (respondenti č. 1, 2 a 5). Kategorie *souhlas s podáváním informací a komu* byla zaznamenána celkem 2krát, a to u respondentů č. 2 a 5. V rámci analýzy formálních záležitostí ošetrovateľskej anamnézy bylo nalezeno celkem 50 kategorií odpovědí.

Tabulka 27 Základní oblasti ošetřovatelských anamnéz

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Aktivita	1	1			1		3
Alergie	1	1	1			1	4
Bolest	1	1		1	1	1	5
Důležité léky	1						1
Dýchání	1	1	1	1	1	1	6
Hygiena		1	1		1		3
Komunikace, kontakt	1	1	1	1	1	1	6
Pohyblivost	1		1	1		1	4
Předpoklad edukace	1			1		1	3
Psychický stav				1			1
Rodina - kontakt, informace	1		1	1	1	1	5
Smyslové vnímání, poruchy	1	1	1	1	1		5
Soběstačnost, dopomoc	1			1		1	3
Sociální stav	1	1	1	1	1	1	6
Spánek	1	1	1	1	1	1	6
Stav kůže, dekubity	1	1		1	1	1	5
Stav při přijetí	1	1	1				3
Termoregulace			1				1
Údaje o hospitalizaci/přijetí	1		1	1	1		4
Vědomí, orientace	1	1		1	1	1	5
Víra/etnikum						1	1
Vylučování	1	1	1	1	1	1	6
Výživa/hydratace	1	1	1	1	1	1	6
Zvláštnosti (terapeutické a kompenzační pomůcky)	1	1	1	1	1	1	6
Celkový výskyt	20	15	15	17	15	16	98

V této tabulce jsou zařazeny do kategorií hlavní oblasti či potřeby, podle kterých jsou členěny ošetřovatelské anamnézy respondentů. Nejčetnější kategorie, které mají v ošetřovatelských anamnézách uvedeny všichni respondenti, jsou kategorie: *dýchání, komunikace/kontakt, sociální stav, spánek, vylučování, výživa/hydratace a zvláštnosti* –

tj. kompenzační a terapeutické pomůcky. Každá z těchto kategorií byla nalezena celkem 6krát u všech respondentů. Další kategorie, které byly uvedeny shodně každá celkem 5krát jsou: bolest, rodina, smyslové vnímání – poruchy, stav kůže/dekubity a stav vědomí/orientace. Celkem 4krát byly nalezeny oblasti alergie, pohyblivost a údaje o hospitalizaci/přijetí. Dalšími kategorizovanými oblastmi jsou: aktivita, hygiena, předpoklad edukace, soběstačnost/dopomoc a stav při přijetí, které byly shodně nalezeny vždy 3krát. Ostatní kategorie, tj. důležité léky, psychický stav, termoregulace a víra/etnikum byly uvedeny každá vždy jedenkrát. Celkový počet nalezených kategorií – tj. základních oblastí ošetřovatelských anamnéz, je 98.

Tabulka 28 Terapeutická opatření

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Arteriální katétr						1	1
Datum zavedení						1	1
Centrální žilní katétr				1		1	2
Datum zavedení				1		1	2
Drenáž	1					1	2
Enterální sondy		1	1	1	1	1	5
Datum zavedení		1		1	1		3
Jiné – prostor pro vypsání	1						1
Kardiostimulátor						1	1
Močový katétr		1	1	1	1	1	5
Datum posl. katetrizace		1	1	1	1	1	5
Periferní žilní kanyla	1			1		1	3
Datum zavedení				1		1	2
Stomie (druh)	1	1	1	1	1	1	6
Tracheostomická kanyla						1	1
Celkový výskyt	4	5	4	9	5	13	40

Tabulka znázorňuje výskyt kategorií položek v oblasti terapeutických opatření (katétr, kanyly, sondy aj.). Z celkového počtu 6 respondentů mají všichni ve své anamnéze položku *stomie*, která byla uvedena celkem 6krát. Celkem 5krát byla uvedena kategorie *močový katétr* (včetně *data poslední katetrizace*), kromě respondenta č. 1. Kategorie *enterální sonda* byla v dokumentacích uvedena taktéž 5krát (kromě respondenta č. 1), z toho prostor pro záznam *data zavedení sondy* byl nalezen 3krát. Celkem 3krát je uvedena kategorie *periferní žilní kanyla*, z toho prostor pro zápis *data zavedení* byl nalezen 2krát. Položky uvedené vždy 2krát jsou: *centrální žilní katétr* (včetně *data zavedení*) a *drenáž*. Ostatní položky jsou zmíněny jednou, tj.: *arteriální katétr*, *jiné – prostor pro vypsání*, *kardiostimulátor* a *tracheostomická kanyla*. Celkový výskyt kategorizovaných údajů vztahujících se k terapeutickým opatřením je 40.

Tabulka 29 Kompenzační pomůcky

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Brýle/čochky	1		1	1		1	4
Hůl/berle	1			1	1	1	4
Inzulínová pumpa						1	1
Inzulínové pero						1	1
Jiné:				1			1
Kompenzační pomůcky (vypsát):		1					1
Protéza končetin	1			1	1	1	4
Sluchový aparát	1		1	1		1	4
Vozík	1			1		1	3
Zubní protéza		1		1	1	1	4
Celkový výskyt	5	2	2	7	3	8	27

Tabulka znázorňuje výskyt kategorií položek v oblasti kompenzačních pomůcek, které jsou zmíněny v ošetřovatelských anamnézách respondentů. Nejčastějšími kategoriemi pomůcek, které byly zmíněny každá vždy 4krát jsou: *brýle/čochky* (respondent č. 1, 3, 4 a 6), *hůl/berle* (respondent č. 1, 4, 5 a 6), *protéza končetin* (respondenti č. 1, 4, 5 a 6), *sluchový aparát* (respondenti č. 1, 3, 4 a 6) a *zubní protéza* (respondenti č. 2, 4, 5 a 6). Celkem 3krát je zmíněna kompenzační pomůcka *vozík* (respondenti č. 1, 4 a 6). Zbylé kategorie se vyskytují po jedné a jsou to: *inzulínová pumpa*, *inzulínové pero*, *jiné* a *prostor pro vypsání kompenzační pomůcky*. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v oblasti kompenzačních pomůcek je 27.

Tabulka 30 Doména podpora zdraví

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Informován/a o své diagnóze	1						1
Přijetí první/opakované	1	1	1	1	1		5
Alergie	1	1	1			1	4
Diabetik	1	1		1	1		4
Dieta	1	1		1	1		4
Aplikace inzulínu	1	1			1		3
Důležité léky	1						1
Podpora zdraví - obezita		1					1
Znalost důvodu přijetí		1	1		1		3
Rodina informována o hospit.	1		1				2
Předpoklad edukace	1			1		1	3
Kuřák	1		1	1		1	4
Celkový výskyt	10	7	5	5	5	3	35

Tabulka v sobě zahrnuje v kategorizované podobě údaje z ošetřovatelských anamnéz respondentů, které mají souvislost s první diagnostickou doménou, což je podpora zdraví a povědomí o zdraví. Nejčetnějším údajem je kategorie o přijetí prvním/opakovaném, která se vyskytuje celkem 5 krát u všech respondentů s výjimkou respondenta č. 6. Celkem 4 krát se vyskytují v anamnéze kategorie *alergie*, *kuřák* a *diabetik*, z toho 4krát se vyskytuje podkategorie o diabetické dietě a 3krát o nutnosti aplikace inzulínu. Údaj *rodina informována o hospitalizaci* se vyskytuje v dokumentaci respondentů 2krát. Ostatní kategorie tj. *informován/a o své diagnóze*, *důležité léky* a *podpora zdraví – obezita*, byly nalezeny každá po jedné. Nejvíce kategorií z této domény (celkem 10) bylo nalezeno u respondenta č. 1. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v doméně podpora zdraví je 35.

Tabulka 31 Doména výživa

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Normální výživa	1						1
Porucha výživy	1			1		1	3
Nechutenství	1			1		1	3
Zvracení	1					1	2
Hubnutí, ztráta hmotnosti > 3 kg	1			1		1	3
Otylost	1	1					2
Kachexie	1						1
Zubní protéza	1	1		1	1	1	5
Dieta	1	1	1	1	1	1	6
Míra soběstačnosti při jídle a pití	1	1	1	1	1	1	6
Změny na kůži	1	1		1	1	1	5
Dekubity	1	1		1	1	1	5
Zvyklosti při jídle a pití		1					1
Enterální výživa - sonda		1	1	1	1	1	5
Parenterální výživa - kanyla				1		1	2
Denní příjem tekutin		1		1			2
Hmotnost	1		1				2
Výška	1						1
BMI				1		1	2
Potřeba kontaktu s nutričním terapeutem				1		1	2
Celkový výskyt	14	9	4	13	6	13	59

V této tabulce jsou v kategorizované podobě prezentovány položky, které se týkají druhé diagnostické domény, tj. výživy. Z celkového počtu 6ti respondentů všichni zaznamenávají *dieta* a *míru soběstačnosti při jídle a pití*. Celkem 5krát byla nalezena kategorie *sonda – enterální výživa*, kromě anamnézy respondenta č. 1. Dále byly u 5 respondentů, kromě respondenta č. 3, zaznamenány údaje: *zubní protéza*, *změny na kůži* a *dekubity*. Kategorie údajů *poruchy výživy*, *nechutenství* a *hubnutí/ztráta hmotnosti* byly nalezeny shodně každá 3krát a to vždy u stejných respondentů (respondenti č. 1, 4 a 6). V ošetřovatelské anamnéze jsou zmíněny vždy 2 krát následující kategorie údajů: *zvracení*, *otylost*, *parenterální výživa/kanyla*, *denní příjem tekutin*, *hmotnost*, *BMI*

a *potřeba kontaktu s nutričním terapeutem*. Ostatní kategorie tj. *normální výživa, kachexie, zvyklosti při jídle a pití a výška*, byly nalezeny každá po jedné. Nejméně kategorií z této domény (celkem 4) bylo nalezeno u respondenta č. 3. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v doméně výživa je 59.

Tabulka 32 A Doména vylučování, třída močový a trávicí systém

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Močový a trávicí systém							
Kontinence/Inkontinence moči		1	1	1	1	1	5
Kontinence/Inkontinence stolice		1	1	1	1	1	5
Krev ve stolici	1						1
Močení bez potíží		1		1	1		3
Močový katétr		1	1	1	1	1	5
Datum zavedení		1	1	1	1	1	5
Číslo katétru		1			1		2
Poslední stolice dne				1		1	2
Potíže při močení (pálení, řezání)		1		1	1		3
Průjem	1	1	1	1	1	1	6
Retence		1		1	1		3
Stolice bez potíží		1		1	1		3
Stolice pravidelná, jak často:	1	1	1		1	1	5
Stomie	1	1	1	1	1	1	6
Užívání projímadla	1	1	1		1	1	5
Zácpa	1	1	1	1	1	1	6
Celkový výskyt	6	14	9	12	14	10	65

Tabulka znázorňuje v kategorizované podobě údaje v ošetřovatelské anamnéze, které náleží k doméně vylučování, konkrétně k třídě močový a trávicí systém. Všechny 6 respondentů má v této oblasti kategorie *průjem*, *stomie* a *zácpa*. Dalšími kategoriemi jsou *kontinence/inkontinence moči* a *kontinence/inkontinence stolice*, které se vyskytují u všech respondentů s výjimkou respondenta č. 1. U 5ti respondentů byla nalezena kategorie *močový katétr* (chybí u respondenta č. 1), přičemž podkategorie datum zavedení je u 5ti respondentů a podkategorie číslo katétru u 2 respondentů. Další kategorie *stolice pravidelná (jak často)* a *užívání projímadla* se vyskytují rovněž u 5ti respondentů, ovšem tyto kategorie chybí u respondenta č. 4. Kategorie *močení bez obtíží*, *potíže při močení*, *retence* a *stolice bez potíží* byly nalezeny u 3 respondentů, tzn. každá 3krát. Kategorie *poslední stolice* je uvedena 2krát a kategorie *krev ve stolici* je uvedena 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v této třídě je 65.

Tabulka 32 B Doména vylučování, třída pulmonální systém

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Respirační funkce – výměna plynů							
Dýchání bez obtíží	1	1	1	1	1	1	6
Potíže s dýcháním	1	1	1	1	1	1	6
Astma	1					1	2
Léky na astma						1	1
Cyanóza	1	1		1	1		4
Dušnost: klidová, námahová, noční	1	1		1	1	1	5
Kouření	1		1	1		1	4
Celkový výskyt	6	4	3	5	4	6	28

Tabulka znázorňuje v kategorizované podobě údaje v ošetřovatelské anamnéze, které náleží k doméně vylučování, konkrétně k třídě pulmonální systém. Všech 6 respondentů má v anamnéze položku týkající se hodnocení, zda je *dýchání bez obtíží* či má nemocný *potíže s dýcháním*. Tyto dvě kategorie byly nalezeny každá celkem 6krát. U 5 respondentů s výjimkou respondenta č. 3 byla nalezena kategorie *dušnost* (klidová, námahová, noční). Kategorie *cyanóza* a *kouření* byly nalezeny vždy u 4 respondentů, tj. každá celkem 4krát. Kategorie *astma* se vyskytla u 2 respondentů, z toho 1 respondent uvádí i podkategorii *léky na astma*. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v této třídě je 28.

Tabulka 33 A Doména aktivita – odpočinek, třída spánek - odpočinek

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Spánek, odpočinek							
Pravidelný, nenarušený	1	1	1	1	1		5
Narušený	1	1	1	1	1		5
Léky na spaní	1		1				2
Cítí se po spánku odpočinitý/á						1	1
Problémy se spánkem (nemůže usnout, často se budí, budí se brzy, musí na toaletu)						1	1
Celkový výskyt	3	2	3	2	2	2	14

V této tabulce jsou v kategorizované podobě prezentovány položky, které se týkají domény aktivita – odpočinek, konkrétně třídy spánek – odpočinek. Kromě respondenta č. 6, hodnotí zbylých 5 respondentů spánek ve dvou kategoriích, tj. *pravidelný/nenarušený* a *narušený spánek*. Tyto kategorie jsou nalezeny v anamnézách každá shodně 5 krát. Celkem 2 respondenti zaznamenávají kategorii *léky na spaní*. Zbylé kategorie tj. *cítí se po spánku odpočinitý/á* a *problémy se spánkem (nemůže usnout, často se budí, budí se brzy a musí na toaletu)* byly nalezeny každá po jedné. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v této třídě je 14.

Tabulka 33 B Doména aktivita – odpočinek, třída aktivita - pohyb

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet	
Aktivita, pohyb								
Aktivita a mobilizace - škála	1	1					2	
Amputace, protéza	1			1	1	1	4	
Ochrnutí				1			1	
Mobilní	1		1		1	1	4	
Částečně mobilní (vozík, berle)	1		1		1	1	4	
Imobilní (ležící)	1		1		1	1	4	
Pomoc při:	chůzi, pohybu	1			1		1	3
	návštěvě WC						1	1
	polohování	1					1	2
Pomůcky k pohybu	1	1		1		1	4	
Celkový výskyt	8	2	3	4	4	8	29	

Tabulka prezentuje v kategorizované podobě položky, které se týkají domény aktivita – odpočinek, konkrétně třídy aktivita – pohyb. Nejvíce frekventovanými kategoriemi (každá nalezena celkem 4krát) jsou: *amputace/protéza*, *pomůcky k pohybu* a hodnocení, zda je pacient *mobilní*, *částečně mobilní* či *imobilní*, z toho podkategorie pomoc při chůzi a pohybu se vyskytuje 3krát, podkategorie pomoc při polohování 2krát a pomoc při návštěvě WC 1krát. Kategorie pro zhodnocení *aktivity a mobilizace* (na škále) se vyskytuje celkem 2krát. Kategorie *ochrnutí* byla nalezena 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v této třídě je 29.

Tabulka 33 C Doména aktivita – odpočinek, oblast sebedpěče

R = respondent		R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Sebedpěče								
Soběstačný		1	1	1	1	1	1	6
Částečně soběstačný, dopomoc		1	1	1	1	1	1	6
Nesoběstačný		1	1	1	1	1	1	6
Pomoc při deficitu v oblasti:	hygieny	1	1	1	1	1	1	6
	oblékání		1		1	1	1	4
	výživy	1	1	1	1	1	1	6
	vylučování				1		1	2
Zvýšená péče, dohled		1					1	2
Celkový výskyt		6	6	5	7	6	8	38

V této tabulce jsou v kategorizované podobě prezentovány položky, které se týkají domény aktivita – odpočinek, konkrétně oblasti sebedpěče. Všechny 6 respondentů zaznamenává kategorie sebedpěče, tj. zda je pacient *plně soběstačný*, *částečně soběstačný (potřebuje dopomoc)* či *nesoběstačný*, z toho všech 6 respondentů zmiňuje podkategorii pomoc při hygieně a podkategorii pomoc při výživě, 4 respondenti podkategorii pomoc při oblékání a 2 pomoc při vylučování. Kategorie *zvýšená péče, dohled* byla nalezena u 2 respondentů. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v této oblasti je 38.

Tabulka 33 D Doména aktivita – odpočinek, třída kardiovaskulární - pulmonální odezva

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Respirační funkce – kardiovaskulární a pulmonální odezva							
Dýchání bez obtíží	1	1	1	1	1	1	6
Potíže s dýcháním		1	1	1	1	1	5
Bolesti při dýchání			1			1	2
Cyanóza	1	1		1	1		4
Dušnost: klidová, námahová, noční	1	1		1	1	1	5
Kašel	1	1	1	1	1	1	6
Jiné:	1					1	2
Celkový výskyt	5	5	4	5	5	6	30

Tabulka prezentuje v kategorizované podobě položky, které se týkají domény aktivita – odpočinek, konkrétně třídy kardiovaskulární - pulmonální odezva. Nejčetnějšími kategoriemi nalezenými v anamnézách respondentů jsou: *dýchání bez obtíží* a *kašel*, které jsou přítomny shodně každá 6krát. Následují kategorie *potíže s dýcháním* a *dušnost (klidová, námahová, noční)*, které byly nalezeny shodně každá 5krát. Celkem 4 krát je zmíněna kategorie *cyanóza*. Kategorie *bolesti při dýchání* a *jiné (možnost vypsání)* se vyskytují u dvou respondentů, tj. každá vždy 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v této třídě je 40.

Tabulka 34 A Doména vnímání – poznávání, oblast orientace a vědomí

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Orientace, vědomí							
Orientován/a	1	1		1	1	1	5
Dezorientován/a	1	1		1	1	1	5
Časem	1	1		1			3
Místem	1	1		1			3
Osobou	1			1			2
Stav vědomí	1	1	1	1	1	1	6
Při vědomí	1			1	1	1	4
Spavý	1				1		2
Porucha vědomí			1	1	1	1	4
Bezvědomí	1		1	1	1		4
Vypsát:		1					1
Celkový výskyt	9	6	3	9	7	5	39

V této tabulce jsou v kategorizované podobě prezentovány položky, které se týkají domény vnímání - poznávání, konkrétně oblasti orientace a vědomí. Všech 6 respondentů má ve svých anamnézách kategorii *stav vědomí*, z toho 4 respondenti označují podkategorie při vědomí, porucha vědomí a bezvědomí, 2 respondenti podkategorii spavý a 1 respondent má volné místo na vypsání stavu vědomí. Dalšími kategoriemi, z nichž každá byla nalezena celkem 5 krát, jsou: *orientován/a* a *dezorientován/a*, přičemž 3 respondenti v podkategoriích rozlišují ještě dezorientaci časem a místem a 2 respondenti osobou. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v této oblasti je 39.

Tabulka 34 B Doména vnímání – poznávání, třída komunikace

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Komunikace, psychický stav							
Bez omezení	1	1	1	1	1	1	6
Ztížený kontakt				1		1	2
Kontakt nelze navázat				1			1
Rozrušený	1	1	1	1	1		5
Zmatený	1	1	1	1	1		5
Úzkostlivý	1						1
Apatický	1		1		1		3
Agresivní	1						1
Celkový výskyt	6	3	4	5	4	2	24

Tabulka prezentuje v kategorizované podobě položky, které se týkají domény vnímání – poznávání, konkrétně třídy komunikace a oblasti psychického stavu. Všechny 6 respondentů má v anamnéze kategorii komunikace *bez omezení*. Kategorie *rozrušený* a *zmatený* se vyskytují u všech respondentů s výjimkou respondenta č. 6, tzn. každá kategorie celkem 5krát. Celkem 3krát byla nalezena kategorie *apatický* a v dokumentaci 2 respondentů je zmíněna kategorie *ztížený kontakt*. Ostatní kategorie tj. *kontakt nelze navázat*, *úzkostlivý* a *agresivní*, byly nalezeny každá po jedné. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v této oblasti je 24.

Tabulka 34 C Doména vnímání – poznávání, třída čítí - vnímání

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Čítí, smyslové vnímání							
Vada zraku, slepota	1	1	1	1	1		5
Vada sluchu/hluchota	1	1	1	1	1	1	6
Odezírá						1	1
Písemný kontakt						1	1
Vada řeči		1		1	1	1	4
Afatický slovník						1	1
Problém s hmatem		1					1
Kompenzační pomůcky (brýle, naslouchadlo atd.)	1	1	1	1		1	5
Celkový výskyt	3	5	3	4	3	6	24

V této tabulce jsou v kategorizované podobě prezentovány položky, které se týkají domény vnímání - poznávání, konkrétně třídy čítí – vnímání. U všech 6 respondentů byla nalezena kategorie *vada sluchu/hluchota*, z toho respondent č. 6 ještě hodnotí, odezírání a písemný kontakt. Kategorie *vada zraku* je kromě respondenta č. 6 zmíněna u všech ostatních, tj. 5krát. Anamnéza 5ti respondentů (s výjimkou respondenta č. 5) obsahuje kategorii smyslových *kompenzačních pomůcek (brýle, naslouchadlo)*. Kategorie *vada řeči* byla nalezena u 4 respondentů, z toho respondent č. 6 zmiňuje ještě podkategorii *afatický slovník*. Kategorie *problém s hmatem* se vyskytuje u jednoho respondenta, tedy 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v této třídě je 24.

Tabulka 35 Doména vnímání sebe sama

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Nenalezeny žádné kategorie							
Celkový výskyt	0	0	0	0	0	0	0

Tabulka znázorňuje, že v ošetřovatelských anamnézách respondentů nebyly nalezeny žádné položky, které by měly vztah k doméně vnímání sebe sama. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v této doméně je 0.

Tabulka 36 Doména vztahy

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Bydlí sám	1	1	1	1	1	1	6
Bydlí s někým	1	1	1	1	1	1	6
Je v péči (zdravotní, sociální zař.):		1		1	1		3
Kdo se bude o nemocného starat po propuštění:	1	1		1	1	1	5
Nejbližší příbuzný (vypsat):	1		1				2
Rodina informována	1		1				2
Předpoklad kontaktu se sociální sestrou (LDN, charitou)		1	1		1		3
Kontakt na nejbližšího příbuzného	1		1				2
Celkový výskyt	6	5	6	4	5	3	29

Tabulka prezentuje v kategorizované podobě položky, které se týkají domény vztahů. Anamnéza všech 6ti respondentů obsahuje kategorie *bydlí sám* a *bydlí s někým*, které byly nalezeny shodně každá 6krát. Kategorie *kdo se bude o nemocného starat po propuštění* (vypsání), je zmíněna celkem 5krát. Celkem 3krát se vyskytly kategorie: *je v péči* (vypsání) a *předpoklad kontaktu se sociální sestrou*. Kategorie *nejbližší příbuzný* (vypsání), *rodina informována* a *kontakt na nejbližšího příbuzného* jsou uvedeny shodně každá 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v této doméně je 29.

Tabulka 37 Doména sexualita

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Menstruace	1						1
Celkový výskyt	1	0	0	0	0	0	1

V této tabulce je v kategorizované podobě prezentována položka, která se týká domény sexuality. Kategorie *menstruace* byla nalezena 1krát u 1 respondenta č. 1. Jiné kategorie týkající se této domény nebyly v ošetřovatelských anamnézách respondentů nalezeny. Celkově se v této doméně vyskytuje 1 kategorizovaná položka.

Tabulka 38 Doména zvládnání zátěže, odolnost vůči stresu

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Přiměřený postoj k nemoci						1	1
Dobrá adaptace na nové prostředí						1	1
Spolupráce	1						1
Nespolupráce	1					1	2
Nepřiměřený postoj k nemoci						1	1
Nedostatečná adaptace						1	1
Narušení prožívání (deprese, úzkost)						1	1
Celkový výskyt	2	0	0	0	0	6	8

Tabulka prezentuje v kategorizované podobě položky, které se týkají domény zvládnání zátěže a odolnosti vůči stresu. Kategorie *nespolupráce* byla jako jediné nalezena 2krát, tj. u dvou respondentů. Ostatní kategorie tj. *přiměřený postoj k nemoci*, *dobrá adaptace na nové prostředí*, *spolupráce*, *nepřiměřený postoj k nemoci*, *nedostatečná adaptace* a *narušení prožívání (deprese, úzkost)* se vyskytují po jedné. V anamnéze respondenta č. 6 bylo nalezeno celkem 6 kategorií a u respondenta č. 1 celkem 2 kategorie. U respondentů č. 2, 3, 4 a 5 nebyly nalezeny žádné kategorie v rámci této domény. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v této doméně je 8.

Tabulka 39 Doména životní principy

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Víra						1	1
Etnikum (vypsát):						1	1
Celkový výskyt	0	0	0	0	0	2	2

V této tabulce jsou v kategorizované podobě prezentovány položky, které se týkají domény životních principů. Kategorie týkající se této domény byly nalezeny pouze u respondenta č. 6. Jedná se o kategorie *víra* a *etnikum (vypsání)*, které jsou zmíněny každá 1krát. Celkově se v této doméně vyskytují 2 kategorizované údaje.

Tabulka 40 Doména bezpečnost - ochrana

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Alergie	1	1	1			1	4
Zavedené venózní/arteriální kanyly	1			1		1	3
Zavedený močový katétr		1	1	1	1	1	5
Drenáž	1					1	2
Tracheostomická kanyla						1	1
Stomie	1	1	1	1	1	1	6
Změny kůže - defekty	1	1		1	1	1	5
Ekzémy	1			1			2
Otoky	1	1		1	1		4
Hematom	1					1	2
Odřenina						1	1
Bércový vřed						1	1
Jiné defekty:		1		1			2
Dekubity	1	1		1	1	1	5
Zhodnocení rizika pádu				1			1
Termoregulace/výkyvy teploty			1				1
Celkový výskyt	9	7	4	9	5	11	45

Tabulka prezentuje v kategorizované podobě položky, které se týkají domény bezpečnost – ochrana. U všech 6ti respondentů byla nalezena kategorie *stomie*. Dalšími nejčastějšími kategoriemi, z nichž každá byla zmíněna celkem 5krát, jsou: *zavedený močový katétr*, *dekubity* a *změny kůže – defekty*. Ze změn na kůži celkem 4 respondenti zaznamenávají podkategorii otoky, podkategorie ekzémy, hematom a jiné defekty (vypsání) mají ve svých anamnézách 2 respondenti a podkategorie bércový vřed a odřenina se vyskytuje u 1 respondenta. Kategorie *alergie* se vyskytuje celkem 4krát u 4 respondentů. Celkem u 3 respondentů se vyskytuje kategorie *zavedené venózní/arteriální kanyly* a u 2 respondentů kategorie *drenáž*. Ostatní kategorie tj. *tracheostomická kanyla*, *zhodnocení rizika pádu* a *termoregulace/výkyvy teploty* se vyskytují po jedné. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v doméně podpora zdraví je 45.

Tabulka 41 Doména komfort

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Nepřítomnost bolesti	1	1		1	1	1	5
Přítomnost bolesti	1	1		1	1	1	5
Intenzita (škála)	1	1		1	1	1	5
Charakter	1	1			1		3
Lokalizace	1	1		1	1		4
Využití úlevové polohy						1	1
Zmírňující prostředky						1	1
Celkový výskyt	5	5	0	4	5	5	24

V této tabulce jsou v kategorizované podobě prezentovány položky, které se týkají domény komfort. Kromě respondenta č. 3 byly u ostatních 5ti respondentů nalezeny kategorie *nepřítomnost bolesti* a *přítomnost bolesti*, z toho všech 5 respondentů zaznamenává podkategorii intenzita bolesti (na škále), 4 podkategorii lokalizace bolesti, 3 respondenti podkategorii charakter bolesti a 1 respondent podkategorie využití úlevové polohy a zmírňující prostředky. V ošetřovatelské anamnéze respondenta č. 3 nebyly nalezeny žádné odpovídající kategorie. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v doméně komfort je 24.

Tabulka 42 Doména růst a vývoj

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Nenalezeny žádné kategorie							
Celkový výskyt	0	0	0	0	0	0	0

Tabulka znázorňuje, že v ošetřovatelských anamnézách respondentů nebyly nalezeny žádné položky, které by měly vztah k doméně růst a vývoj. Celkový výskyt kategorizovaných údajů v této doméně je 0.

Analyza ošetrovatelského plánu

Tabulka 43 Formální náležitosti ošetrovatelského plánu

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Identifikace pacienta/štítek	1	1		1	1	1	5
Identifikace zdravot. zařízení	1	1		1	1	1	5
Identifikace oddělení		1		1	1		3
Kolonka identifikace sestry	1	1		1	1	1	5
Pořadové číslo formuláře	1	1			1	1	4
Legenda zkratk	1			1			2
Celkový výskyt	5	5	0	5	5	4	24

Tato tabulka prezentuje v kategorizované podobě údaje týkající se formální stránky formuláře ošetrovatelského plánu. Nebyly nalezeny žádné kategorie u respondenta č. 3, který nemá zaveden formulář ošetrovatelský plán. U všech 5ti respondentů, kteří užívají ošetrovatelský plán se ve formulářích vyskytují kategorie *identifikace pacienta/štítek*, *identifikace zdravotnického zařízení* a *kolonka pro identifikaci sestry*, každá z nich shodně vždy 5krát. Celkem 4krát byla nalezena kategorie *pořadové číslo formuláře*, která chybí u respondenta č. 4. Kategorie *identifikace oddělení* se vyskytuje v ošetrovatelském plánu u 3 respondentů (chybí u respondenta č. 1 a 6). Legenda zkratk je uvedena celkem 2krát a to u respondentů č. 1 a 4. Celkový výskyt kategorizovaných údajů je 24.

Tabulka 44 Podoba ošetřovatelského plánu

R = respondent		R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Standardní ošetřovatelský plán		1	1		1	1	1	5
Předem vypsané (zaškrťovací)	Ošetřovatelské diagnózy	1	1		1	1	1	5
	Cíl/e	1	1		1	1	1	5
	Ošetřovatelské intervence	1	1		1	1	1	5
Frekvence intervencí							1	1
Hodnocení a revize plánu							1	1
Ukončení, vyřešení problému		1			1		1	3
Možnost doplnění individuálních diagnóz a sestavení plánu dle potřeb		1	1		1	1	1	5
Celkový výskyt		6	5	0	6	5	8	30

V této tabulce jsou v kategorizované podobě prezentovány položky, které se týkají typu ošetřovatelského plánu, jeho konstrukce a podoby. Ve všech 5 případech se u respondentů jedná o standardní ošetřovatelský plán. Kategorie předem vypsané (zaškrťovací) *ošetřovatelské diagnózy* byla nalezena u všech 5 respondentů, stejně tak jako kategorie předem vypsané (zaškrťovací) *cíle* a předem vypsané (zaškrťovací) *ošetřovatelské intervence*, každá z těchto kategorií byla nalezena celkem 5krát. Dále byla v ošetřovatelských plánech 5 respondentů nalezena kategorie *možnost doplnění individuálních diagnóz a sestavení plánu dle potřeb*. Kategorie *ukončení, vyřešení problému* byla nalezena jako kolonka celkem 3 krát a to u respondentů č. 1, 4 a 6. Ostatní kategorie tj. *frekvence intervencí* a *hodnocení a revize plánu* se vyskytují po jedné a to u respondenta č. 6. Nebyly nalezeny žádné kategorie u respondenta č. 3, který nemá zaveden formulář ošetřovatelský plán. Celkový výskyt kategorizovaných údajů je 30.

Tabulka 45 Charakteristika ošetrovatelských diagnóz, cílů a intervencí

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Pořadové číslo diagnózy (NE kód)	1			1		1	3
Datum stanovení + identifikace sestry	1	1		1	1	1	5
Datum ukončení + identifikace sestry	1			1		1	3
Nepřesná formulace diagnóz vycházejících z Kapesního průvodce - NANDA 1 terminologie	1	1		1	1	1	5
Ošetrovatelské diagnózy, které nejsou v taxonomii		1			1		2
Jednosložkové ošetrovatelské diagnózy						1	1
Dvousložkové ošetrovatelské diagnózy	1	1		1	1		4
Trojsložkové ošetrovatelské diagnózy	1						1
Aktuální ošetrovatelské diagnózy	1	1		1	1	1	5
Potencionální ošetrovatelské diagnózy	1	1		1	1		4
Cíle bez časového určení	1	1		1	1	1	5
Intervence: výběr z nabídky i možnost samostatné formulace	1	1		1	1	1	5
Frekvence intervencí						1	1
Hodnocení – datum revize plánu						1	1
Celkový výskyt	10	8	0	9	8	10	45

Tato tabulka prezentuje v kategorizované podobě údaje charakterizující stanovení a podobu ošetrovatelských diagnóz, cílů a intervencí. U všech 5ti respondentů, kteří dokumentují ošetrovatelský plán byla nalezena kategorie *datum stanovení ošetrovatelské diagnózy s identifikací sestry*. Další kategorie, které se vyskytly celkem 5krát jsou: ošetrovatelský plán obsahuje *aktuální ošetrovatelské diagnózy a cíle bez časového určení*. U 5 respondentů byla též zaznamenána kategorie *intervence – výběr z nabídky i možnost samostatné formulace*. Celkem u všech 5 respondentů dokumentující ošetrovatelský plán byla stanovena kategorie *nepřesná formulace diagnóz vycházejících z Kapesního průvodce - NANDA 1 terminologie*. Shodně vždy 4krát (tzn. kromě respondenta č. 6) byly nalezeny kategorie *dvousložkové ošetrovatelské diagnózy a potencionální ošetrovatelské diagnózy*. Celkem 3 krát je přítomna kategorie

pořadové číslo diagnózy a také kategorie datum ukončení plánu s identifikací sestry. Kategorie ošetrovatelské diagnózy, které nejsou v taxonomii, se vyskytla u 2 respondentů, tzn. 2krát. Ostatní kategorie tj. jednosložkové ošetrovatelské diagnózy, trojsložkové ošetrovatelské diagnózy, frekvence intervencí a hodnocení – datum revize plánu se vyskytují vždy po jedné. Nenalezeny žádné kategorie u respondenta č. 3, který nemá zaveden ošetrovatelský plán. Celkový výskyt kategorizovaných údajů je 50.

Tabulka 46 Potencionální ošetrovatelské diagnózy v plánech péče respondentů

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Riziko vzniku hypoglykémie, hyperglykémie		1			1		2
Riziko vzniku infekce	1	1		1	1		4
Riziko vzniku kardiopulmonálních komplikací, poruchy vědomí		1			1		2
Riziko vzniku krvácivých projevů		1			1		2
Riziko vzniku poruchy kožní integrity	1	1			1		3
Riziko vzniku sníženého objemu tělesných tekutin		1			1		2
Riziko vzniku tromboembolické nem.		1			1		2
Riziko vzniku úrazu		1		1	1		3
Riziko vzniku zvýšeného objemu tělesných tekutin		1			1		2
Celkový výskyt	2	9	0	2	9	0	22

V této tabulce je znázorněn výčet potencionálních ošetrovatelských diagnóz, tak jak je mají respondenti uvedené v plánech ošetrovatelské péče. Nejčetnější kategorií je riziko vzniku infekce, která byla nalezena celkem 4krát. Kategorie riziko vzniku poruchy kožní integrity a riziko vzniku úrazu byly zmíněny v plánech každá shodně 3krát. Ostatní kategorie: riziko vzniku hypoglykémie/hyperglykémie, riziko vzniku kardiopulmonálních komplikací, riziko vzniku krvácivých projevů, riziko vzniku tromboembolické nemoci a riziko vzniku zvýšeného objemu tělesných tekutin, se vyskytují vždy 2krát a to u respondentů č. 2 a 5. Nenalezeny žádné kategorie potencionálních diagnóz u respondentů č. 3 a 6. Celkový výskyt kategorizovaných údajů je 22.

Tabulka 47 Aktuální ošetrovatelské diagnózy (jednosložkové) v plánech péče respondentů

R = respondent		R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Bolest		1	1		1	1	1	5
Deficit sebepéče		1	1		1	1	1	5
V oblasti	Výživy	1	1		1	1	1	5
	Vyprazdňování	1	1		1	1		4
	Hygieny	1	1		1	1	1	5
	Oblékání		1		1	1		3
Dušnost			1			1		2
Dýchání nedostatečné		1						1
Hypertermie			1			1	1	3
Imobilizační syndrom			1			1		2
Inkontinence moče							1	1
Nedostatek informací		1						1
Omezení průchodnosti DC			1			1		2
Porucha hydratace					1			1
Porucha kožní integrity		1					1	2
Porucha polykání			1			1		2
Poruchy dýchání							1	1
Poruchy spánku		1	1			1		3
Poruchy vyprazdňování moče		1	1			1		3
Poruchy vyprazdňování stolice, zácpa		1	1			1	1	4
Poruchy výživy			1			1		2
Snížená mobilita							1	1
Strach a úzkost		1	1		1	1	1	5
Celkový výskyt		12	16	0	8	16	11	63

V tabulce je znázorněn v kategorizované podobě výčet aktuálních ošetrovatelských diagnóz, tak jak je mají respondenti uvedené v plánech ošetrovatelské péče. U všech 5ti respondentů, kteří mají zaveden ošetrovatelský plán, byly nalezeny (vždy 5krát) kategorie ošetrovatelských diagnóz *bolest*, *strach a úzkost* a *deficit sebepéče*, z toho podkategorii v oblasti výživy a hygieny zaznamenává 5 respondentů, podkategorii oblasti vyprazdňování 4 respondenti a podkategorii oblasti oblékání 3 respondenti.

Celkem 4krát se vyskytuje kategorie *poruchy vyprazdňování stolice, zácpa*. Dále jsou celkem u 3 respondentů zmíněny kategorie *hypertermie, poruchy spánku* a *poruchy vyprazdňování moče*, každá vždy 3krát. Kategorie *porucha kožní integrity* je zmíněna 2krát, a to u respondentů č. 1 a 6. Kategorie *dušnost, imobilizační syndrom, omezená průchodnost DC, porucha polykání* a *poruchy výživy* byly nalezeny každá vždy 2krát shodně u respondentů č. 2 a 5. Ostatní kategorie tj. *dýchání nedostatečné, inkontinence moče, nedostatek informací, porucha hydratace, poruchy dýchání* a *snížená mobilita* jsou uvedeny každá po jedné. Nebyly nalezeny žádné kategorie potencionálních diagnóz u respondenta č. 3. Celkový výskyt kategorizovaných údajů je 63.

Analyza formuláře realizace ošetrovatelského plánu

Tabulka 48 Formální náležitosti a podoba formuláře realizace ošetrovatelského plánu

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Identifikace pacienta/štítek		1		1	1	1	4
Identifikace zdravot. zařízení	1	1		1	1	1	5
Identifikace oddělení				1	1		2
Pořadové číslo formuláře	1	1			1	1	4
Kolonka identifikace sestry - za každou směnu	1	1			1		3
Datum	1	1		1	1	1	5
Rozčlenění na kolonky dle směn	1	1		1	1	1	5
Předepsané oblasti/intervence	1	1		1	1	1	5
Volné místo pro připsání úkonu	1	1		1	1	1	5
„Čárkový formulář“	1	1		1	1	1	5
Legenda zkratk				1		1	2
Celkový výskyt	8	9	0	9	10	9	45

Tato tabulka prezentuje v kategorizované podobě údaje týkající se formální stránky formuláře realizace ošetrovatelského plánu. Ve formuláři realizace ošetrovatelského plánu všech 5 respondentů, kteří ho užívají, byly nalezeny následující kategorie (každá vždy 5krát): *identifikace zdravotnického zařízení*, *datum*, *rozčlenění na kolonky dle směn*, *předepsané oblasti/intervence*, *volné místo pro připsání úkonu* a *čárkový formulář*. *Identifikace pacienta/štítek* a *pořadové číslo formuláře* jsou kategorie, které byly nalezeny shodně každá 4krát. Celkem 3krát byla nalezena kategorie *kolonka identifikace sestry – za každou směnu* a to u respondentů č. 1, 2 a 5. Kategorie *identifikace oddělení* je zastoupená u 2 respondentů, stejně tak jako *legenda zkratk* u respondentů č. 4 a 6. Nebyly nalezeny žádné kategorie údajů u respondenta č. 3. Celkový výskyt kategorizovaných údajů je 45.

Analýza formuláře hodnocení plánu péče/hlášení sester

Tabulka 49 Formální náležitosti a podoba formuláře hodnocení plánu péče/hlášení sester

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Identifikace pacienta/štítek	1	1		1	1	1	5
Identifikace zdravot. zařízení	1	1		1	1	1	5
Identifikace oddělení	1			1	1		3
Pořadové číslo formuláře	1	1			1	1	4
Kolona identifikace sestry	1						1
Datum/čas	1	1		1	1	1	5
Rozčleněno dle směn		1		1	1	1	4
Forma volného záznamu informací (není předtištěno)	1	1		1	1	1	5
Na samostatném formuláři - není součástí ošetřovatelského plánu	1	1		1	1		4
Součást ošetřovatelského plánu						1	1
Ošetřovatelská kategorie		1			1	1	3
Celkový výskyt	8	8	0	7	9	8	40

V tabulce jsou znázorněny v kategorizované podobě údaje týkající se formální stránky formuláře hodnocení plánu péče či hlášení sester. Nejčetněji jsou zastoupeny kategorie *identifikace pacienta/štítek*, *identifikace zdravotnického zařízení*, *datum/čas* a *forma volného záznamu informací (není předtištěno)*, které byly uvedeny každá celkem 5krát a to u všech 5 respondentů dokumentujících hodnocení ošetřovatelské péče. Celkem 4krát byly nalezeny kategorie *pořadové číslo formuláře*, *rozčleněno dle směn* a *na samostatném formuláři – není součástí ošetřovatelského plánu*. Kategorie *identifikace oddělení* a *ošetřovatelská kategorie* se nachází u 3 respondentů. Ostatní kategorie tj. *kolona identifikace sestry* a *součást ošetřovatelského plánu* se vyskytují po jedné. Nebyly nalezeny žádné kategorie údajů u respondenta č. 3. Celkový výskyt kategorizovaných údajů je 40.

Analyza formuláře sesterské překladové/propouštěcí zprávy

Tabulka 50 Formální náležitosti sesterské překladové/propouštěcí zprávy

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Identifikace pacienta/štítek	1	1	1	1	1	1	6
Identifikace zdravot. zařízení	1		1	1	1	1	5
Identifikace oddělení	1		1	1		1	4
Pořadové číslo formuláře		1		1	1		3
Kolonka identifikace sestry	1	1	1	1	1	1	6
Datum/čas překladu	1		1	1		1	4
Datum hospitalizace (od – do)			1				1
Cennosti	1	1	1		1	1	5
Oděv		1			1		2
Kontakt na rodinné příslušníky			1			1	2
Informace rodiny o překladu	1		1	1		1	4
Identifikační náramek/lokalizace						1	1
Způsob dopravy		1		1	1		3
Předání do péče, komu (vypsát):		1		1	1		3
Podpis nemocného		1		1	1		3
Nemocný obdržel (vypsát):		1		1	1		3
Celkový výskyt	7	9	9	11	10	9	55

Tato tabulka prezentuje v kategorizované podobě formální náležitosti formuláře sesterské překladové/propouštěcí zprávy. Nejčetnější kategorie jsou *identifikace pacienta/štítek* a *kolonka pro identifikaci sestry*, které byly nalezeny u všech 6 respondentů. Celkem 5krát se vyskytuje kategorie *identifikace zdravotnického zařízení*, která chybí u respondenta č. 2. Další kategorie *identifikace oddělení*, *datum/čas překladu* a *informace rodiny o překladu* se vyskytují každá vždy 4krát. Kategorie *pořadové číslo formuláře*, *způsob dopravy*, *předání do péče (komu)*, *podpis nemocného* a *nemocný obdržel (vypsání)* se vyskytly každá 3krát a to jen u respondentů č. 2, 4 a 5. celkem 2krát byly nalezeny kategorie *oděv* a *kontakt na rodinné příslušníky*. Ostatní kategorie tj. *datum hospitalizace (od-do)* a *identifikační náramek/lokalizace* se vyskytují po jedné. Celkový výskyt kategorizovaných údajů je 55.

Tabulka 51 Hlavní tematické oblasti překladových/propouštěcích zpráv

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Součet
Alergie		1			1	1	3
Bolest				1			1
Dýchání				1			1
Edukace		1		1	1	1	4
Hygiena		1	1		1		3
Chování (spolupráce, agresivita)			1				1
Katétry, drény, sonda	1	1	1	1	1	1	6
Kompenzační pomůcky				1		1	2
Kontakt/komunikace	1			1		1	3
Orientace			1	1		1	3
Poslední medikace	1					1	2
Údaje o převazu (datum, materiál)	1	1	1	1	1	1	6
Příjem/výdej (za posl. 24 hod)				1		1	2
Rizika/upozornění	1			1		1	3
Soběstačnost a pohyblivost	1	1	1	1	1	1	6
Sociální šetření	1						1
Spánek				1			1
Stav kůže/změny vč. dekubitů	1	1	1	1	1	1	6
Stav vědomí		1		1	1	1	4
Vyprazdňování	1		1	1		1	4
Významný handicap	1			1		1	3
Výživa	1	1	1	1	1	1	6
Celkový výskyt	11	9	9	17	9	16	71

V této tabulce jsou zařazeny do kategorií hlavní tematické oblasti, podle kterých jsou členěny sesterské překladové/propouštěcí zprávy. Všechny 6 respondentů má ve formuláři kategorie *katétry, drény, sonda, údaje o převazu (datum, materiál), soběstačnost a pohyblivost, stav kůže/změny včetně dekubitů a výživa*. Dalšími nejčetnějšími kategoriemi jsou *edukace, stav vědomí a vyprazdňování*, které se vyskytují 4krát. Kategorie *alergie, hygiena kontakt/komunikace, rizika/upozornění a významný handicap*

se vyskytují každá 3krát. Následující kategorie se vyskytují 2krát: *kompensační pomůcky, poslední medikace a příjem/výdej tekutin (za posledních 24 hod.)*. Ostatní kategorie tj. *bolest, dýchání, chování (spolupráce, agresivita), sociální šetření a spánek* se vyskytují po jedné. Celkový výskyt nalezených kategorií je 71.

5. Diskuze

Téma diplomové práce „**Tvorba ošetrovatelské dokumentace pro standardní ošetrovací jednotky**“ už ve svém názvu napovídá, že jsme se ve výzkumné části práce zabývaly zejména zjišťováním postupu tvorby ošetrovatelské dokumentace a okolnostmi, které ji provázejí. Následně jsme analyzovaly a vzájemně porovnávaly poskytnuté základní formuláře ošetrovatelské dokumentace, abychom zjistily „současný stav“ ošetrovatelské dokumentace, která se užívá na standardních ošetrovacích jednotkách (formální podoba, typ, obsah atd.). Domníváme se, že smyslem práce není hledání chyb a kritika, ale nalezení optimální formy a obsahu dokumentace. K závěrečnému kroku diplomové práce, tj. vytvoření vzoru formulářů hlavních částí ošetrovatelské dokumentace, jsou dle našeho názoru nezbytné nejen znalosti teoretického charakteru (tj. např. legislativní požadavky, znalost ošetrovatelského procesu, účelu ošetrovatelské dokumentace apod.), ale je také důležité nechat se inspirovat podobou rozličných dokumentací a z každé si pokud možno vzít to dobré. Také vlastní zkušenost s vedením ošetrovatelské dokumentace má svůj velký význam. Zejména pokud je možnost porovnat práci s různými dokumentacemi, což se mi během praktické výuky povedlo.

Výzkum týkající se této diplomové práce byl proveden v rámci Plzeňského kraje. Je tedy lokální a z tohoto důvodu nemůžeme výsledky generalizovat na celou ČR.

Výzkumný soubor tvořili respondenti (hlavní sestry/náměstkyně ošetrovatelské péče) z nemocnic na území tohoto kraje. Jak je již zmíněno v kapitole 3.2, musely jsme nejdříve záměrně vybrat respondenty, kteří splňovali naše kritéria. Tato kritéria splnilo 8 nemocnic, přičemž všechna zařízení jsme oslovily se žádostí o výzkum. S účastí na výzkumu souhlasilo 6 hlavních sester – respondentů, které jsme si standardně označily R1 až R6 a tím tak zajistily nezbytnou anonymitu. Po dohodě s náměstkyní ošetrovatelské péče jsme udělaly výjimku prolomení anonymity u Fakultní nemocnice Plzeň, která se svou charakteristikou významně odlišuje od ostatních respondentů. Fakultní nemocnici jsme si označily jako respondenta číslo 6, v práci se tedy bude objevovat pod kódem R6. Ke zmapování postupu a způsobu tvorby ošetrovatelské

dokumentace na úrovni Plzeňského kraje považujeme soubor respondentů za dostatečný.

Vzhledem k tomu, že jsme ve výzkumné části práce použily dvě kvalitativní metody – rozhovor s respondenty a studium a analýzu ošetrovatelské dokumentace (tj. sekundární analýzu dat), diskutovaly jsme pro lepší přehlednost dosažené výsledky z každé metody zvlášť.

5.1 Diskuze k rozhovorům s hlavními sestrami

Individuální rozhovory s hlavními sestrami/náměstkyněmi ošetrovatelské péče (dále jen hlavními sestrami) byly vytvořeny a vedeny tak, abychom mohly dosáhnout stanovených cílů, tj. **„Zmapovat postupy a metody tvorby ošetrovatelské dokumentace v nemocnicích“** a **„Zjistit, zda se sestry aktivně zapojují do procesu tvorby ošetrovatelské dokumentace“**. Informace získané rozhovorem tvořily výzkumný podklad pro sestavení kategorizačních tabulek, ve kterých jsou zařazeny slovní údaje (odpovědi) do určených kategorií umožňující snadnější porovnání mezi respondenty. Přepsané rozhovory s jednotlivými respondenty jsou uvedeny v přílohách 1 až 6. Za pozitivní lze označit fakt, že oslovené hlavní sestry byly velmi vstřícné.

V úvodu rozhovoru jsem zjišťovala, od jakého roku mají respondenti zavedenou dokumentaci, a které faktory přispěly k jejímu zavedení. Výsledky jsou znázorněny v tabulkách 1 a 2. Nejčastěji respondenti uváděli, že dokumentace byla zavedena mezi lety 2004 a 2005 a největším impulzem k jejímu zavedení byly legislativní požadavky a vydání Konceptce ošetrovatelství z roku 2004. Pouze pro jednoho respondenta, a to respondenta č. 6, tj. Fakultní nemocnici Plzeň, bylo motivací k zavedení ošetrovatelské dokumentace také zajištění kvality péče. V roce 2004 vydalo Ministerstvo zdravotnictví ve svém Věstníku (částce 9) Konceptci ošetrovatelství, kde je uvedeno: „Jedním z význačných rysů moderního ošetrovatelství je poskytování individualizované péče a uspokojování potřeb nemocného prostřednictvím ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací, jako základního metodického postupu personálu při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním prostředím (55)“. Z tohoto výroku vyplývá, že všechna

zdravotnická zařízení na území České republiky musí při péči o nemocné využívat ošetrovatelský proces a řádně ho dokumentovat.

Právě nezbytnost dokumentování ošetrovatelského procesu a důležitost korespondování ošetrovatelské dokumentace s jednotlivými fázemi ošetrovatelského procesu byla další oblastí našeho zájmu. Pro všech 6 respondentů bylo důležité, aby jednotlivé složky ošetrovatelské dokumentace souhlasily s fázemi ošetrovatelského procesu (viz tabulka 9). Zajímavé až alarmující bylo zjištění, že respondent č. 3 nemá vytvořenou kompletní ošetrovatelskou dokumentaci s obsahem, že celý proces sestry provádějí ústně a nová podoba ošetrovatelské dokumentace se teprve vytváří. Stejně tak jako vyjádření respondenta č. 2, který sice má kompletní dokumentaci, ovšem hlavní sestra po svých sestřích nevyžaduje dokumentovat a provádět hodnocení péče. Tímto se ovšem zcela vytrácí jedna z hlavních myšlenek ošetrovatelského procesu – systematická a kontinuální ošetrovatelská péče. Domníváme se, že i přesto, že je nutné dokumentovat jednotlivé fáze procesu, je zároveň potřeba mít k dispozici takovou dokumentaci, která nebude sestry příliš administrativně zatěžovat a která bude účelná, tzn. bude poskytovat aktuální přehled o vývoji zdravotního stavu, potřebách, pozitivních či negativních reakcích pacienta na léčbu a ošetrování (31).

Výše uvedená zjištění jsou v rozporu nejen s Konceptí ošetrovatelství, ale i s nařízením vyšším, čímž je vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci (64). Z tabulky 10 je patrné vyjádření 4 respondentů, že vydání vyhlášky o zdravotnické dokumentaci ovlivnilo stávající podobu jejich ošetrovatelské dokumentace. Domníváme se, že je nezbytné postupovat v souladu s platnou legislativou a dokumentaci upravit tak, aby vyhovovala zákonným normám. Myslím si, že hlavní sestry/náměstkyně ošetrovatelské péče, jakožto představitelky top managementu, by měly mít povědomí o současné platné legislativě a metodických nařízeních, které se vztahují k poskytování ošetrovatelské péče a měly by se pravidelně účastnit informativních seminářů či setkání hlavních sester, kde se prezentuje platná legislativa, upozorňuje na nová nařízení, novely, úskalí apod. Povědomí o právních normách je důležité také proto, že hlavními iniciátory vzniku a koordinátory tvorby dokumentace jsou většinou právě současné hlavní sestry či jejich předchůdkyně na tomto postu (viz tabulka 3). V této tabulce je

také znázorněno, že 2 respondenti zmínili mezi hlavními iniciátory vzniku dokumentace i sestry pracující u lůžka, což je určitě pozitivní jev, jelikož jsou to právě ony, kdo jsou přímo zodpovědné za vedení ošetrovatelské dokumentace u svěřeného pacienta.

Dle Vašátkové je efektivní vedení ošetrovatelské dokumentace kromě jiného závislé také na postoji lékařů k sesterské dokumentaci (54). Proto pro nás byla zajímavá volná vyjádření respondentů (nebyla položena konkrétní otázka), která se týkala postoje lékařů k ošetrovatelské dokumentaci (viz tabulka 5). Lékaři dle respondentů nenahlížíjí do záznamů sester a zpočátku nechtěli pracovat se společným dekurzem. Lze usuzovat, že lékaři ošetrovatelskou dokumentaci přehlížejí a považují ji za méněcennou. Nejvíce negativních zkušeností s postojem lékařů má zřejmě respondent č. 3, který uvedl, že právě odpor lékařů vedl k tomu, že kompletní ošetrovatelskou dokumentaci zredukovali na stávající dvě části.

Nebylo pro nás velkým překvapením, že elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci (v kombinaci s písemnou formou) využívá pouze jeden respondent (R6 – Fakultní nemocnice Plzeň), ostatní respondenti takovou možnost nemají a dokumentaci vedou pouze v listinné podobě (viz tabulka č. 6). Ačkoli elektronická dokumentace má svoje nesporné výhody, pro námi oslovené respondenty je to prozatím velice finančně zatěžující záležitost a její pořízení je hudbou budoucnosti.

Farkašová zmiňuje, že kvalita zdravotní péče je založena na profesionálních standardech, směrnících, zákonech a vyhláškách. Nástrojem kontinuálního zvyšování kvality jsou standardy a audity (10). Proto by každé zdravotnické zařízení mělo mít vypracovaný standard vedení ošetrovatelské dokumentace, který vychází ze zákonných a podzákonných norem, Koncepce ošetrovatelství a rámcového standardu vydaného Ministerstvem zdravotnictví, protože jedině tak lze stanovit měřitelná kritéria a formou auditu hodnotit a sledovat kvalitu (52, 55). V rámci výzkumné části jsme tedy zjišťovaly odpověď na výzkumnou otázku: „**Mají jednotlivé nemocnice zavedený standard pro vedení ošetrovatelské dokumentace?**“ V tabulce 7 je vidět, že z celkového počtu 6ti respondentů mají 4 respondenti (R1, R4, R5 a R6) zavedený standard ošetrovatelské dokumentace a 2 respondenti nikoli (R2 a R3). K této oblasti byla navržena **hypotéza č. 1: „Zdravotnická zařízení mají vypracovaný standard**

vedení ošetrovatelské dokumentace“. Pokud zdravotnické zařízení nemá vypracovaný vlastní standard, jednou z možností je využít rámcový standard „Vedení ošetrovatelské dokumentace“, který je volně přístupný na Portálu kvality Ministerstva zdravotnictví a přizpůsobit si ho dle vlastních potřeb (52). V souvislosti se standardem dokumentace jsme dále zjišťovaly, zda respondenti provádějí audit vedení ošetrovatelské dokumentace. O přínosnosti auditu se zmiňuje Macháčková, která ve své práci dospěla k výsledku, že audit ošetrovatelské dokumentace zvyšuje kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace (23). Souhlasíme s názorem autorek Kollárové, Podonské a Derňárové, které ve svém příspěvku vyslovily názor, že cílem auditu není kritika práce sester, ale povzbudit sestry k odstranění nedostatků při vedení ošetrovatelské dokumentace a zahrnout tuto problematiku do pravidelných vzdělávacích aktivit sester (17). Z tabulky 8 je patrné, že pouze 2 respondenti (R5 a R6) pravidelně provádějí audit ošetrovatelské dokumentace, přičemž respondent č. 6 ještě zmínil, že po auditu následuje vypracování plánu navržených opatření s cílem napravení nedostatku. Ostatní respondenti neprovádějí audit jako takový, ale pouze kontrolují úroveň záznamů.

Další otázky v rozhovoru byly zaměřeny na způsob tvorby ošetrovatelské dokumentace. V teoretické části v kapitole 1.9.2 jsou zmíněny vybrané způsoby tvorby formulářů ošetrovatelské dokumentace. V zásadě existují dva nejběžnější postupy a to: objednání dokumentace od komerční firmy či vlastní tvorba, přičemž oba postupy musí respektovat legislativní normy. Polovina respondentů (R1, R2 a R3) si vytvořila a používá dokumentaci vlastní, 2 respondenti (R4 a R5) si objednali dokumentaci HINZ od firmy. Respondent č. 6, Fakultní nemocnice Plzeň, využívá jak vlastní ošetrovatelskou dokumentaci, tak dokumentaci HINZ od komerční firmy (viz tabulka 11). Těmito výsledky jsme si kladně odpověděly na výzkumnou otázku: **„Užívají se na standardních odděleních informační a dokumentační systémy (např. HINZ, Optiplan)?“** V souvislosti s tímto zjištěním byla navržena **hypotéza č. 2: „Na standardních odděleních se užívají informační a dokumentační systémy“.** Vzhledem k tomu, že dokumentační a organizační systém HINZ je typickým příkladem tzv. integrované dokumentace, tj. společné dokumentace lékařů a sester v jedné složce, nepřekvapily nás ani odpovědi respondentů, které jsou uvedeny v tabulce 4 (14).

Všichni respondenti, kteří užívají systém HINZ, mají zároveň i integrované záznamy lékařů a sester, respondent č. 2 zvolil kompromis a má alespoň společný dekurz. Respondenti č. 1 a 3 mají ošetrovatelskou dokumentaci zcela oddělenou od zdravotnické. Myslíme si, společné záznamy lékařů a sester v jedné složce nemocného jsou pro pacienta výhodnější – snižuje se duplicita záznamů a dle mého názoru lékaři častěji nahlédnou i do záznamů sester, které pro ně mohou být významným zdrojem informací. Náš názor se opírá o tvrzení autorů z publikace *Základy ošetrování nemocných*, kteří uvádí: „Ošetrovatelská dokumentace je smysluplná tehdy, pokud slouží jako informační zdroj všem členům týmu, kteří poskytují nemocnému nejen ošetrovatelskou, ale i celkovou zdravotní péči (16)“. Dále nás zajímalo, zda měli skutečně respondenti možnost určit si požadavky na úpravu firemních formulářů dle svých potřeb, tak jak to komerční firmy proklamují v nabídce na svých internetových stránkách (5, 46). Z tabulky 12 je patrné, že všichni respondenti využívající systém HINZ (R4, R5 a R6) měli možnost upravit si firemní formuláře, přičemž firma respektovala jejich názory. Zajímavé bylo zjištění, že i přes výhody, které propaguje firma dodávající systém HINZ, vyslovil respondent č. 6 názor, že ve Fakultní nemocnici Plzeň se systém na většině pracovišť příliš neosvědčil, jelikož se při jeho užívání chybovalo. Sama hlavní sestra se domnívá, že tento systém se spíše hodí pro stabilní týmy v menších nemocnicích, než pro velké fakultní nemocnice, kde je jednak vysoká fluktuace pracovníků a jednak velký počet studentů a stážistů (viz tabulka 13). S tímto jejím názorem, že dokumentační systém HINZ se hodí zejména pro stabilní menší týmy, se ztotožňujeme, jelikož je potřeba, aby byl zdravotnický tým sehraný a jednotliví členové uměli pracovat se signalizačními jezdcí.

Naším prvním výzkumným cílem je: „**Zmapovat postupy a metody tvorby ošetrovatelské dokumentace v nemocnicích.**“ Jak již bylo zmíněno výše, polovina respondentů si vytvořila dokumentaci vlastní a další polovina si dokumentaci objednala od firmy. V tabulce 14 je znázorněno, z jakých podkladů respondenti vycházeli při vlastní tvorbě dokumentace. Většinou se inspirovali z podoby dokumentace z jiné nemocnice či využili odborné literatury a poznatků získaných na odborných seminářích. Pouze jeden respondent (R6) vycházel při tvorbě také z legislativních opatření. Postup

respondentů byl podobný s postupem, který zveřejnily ve svém příspěvku autorky Novotná a Šefčíková (viz kapitola 1.9.2) (31). Většina respondentů (kromě respondentů č. 1 a 3) má vytvořenou odlišnou dokumentaci pro pacienty s předpokládanou krátkodobou či dlouhodobou hospitalizací (viz tabulka 20). Formuláře se liší zejména v rozsahu ošetřovatelské anamnézy a standardního plánu péče.

Fáze vývoje a zavádění dokumentace vyžaduje určitou metodickou poslušnost. V kapitole 1.9.3 je uveden postup 10ti procesuálních kroků důležitých pro vznik dokumentů tak, jak jej zveřejnili Kozoň s Hanzlíkovou (20). V tabulce 21 lze vidět, že podle některých kroků postupovali taktéž naši respondenti. Velmi pozitivním zjištěním je, že všech 6 respondentů uskutečnilo zkušební provoz první verze dokumentace s tím, že sestry všech respondentů měly možnost, a také ji využily, připomínkovat nově vytvořené formuláře. Po tomto zkušebním provozu a připomínkách sester se dokumentace dodatečně upravila – takto odpověděli všichni respondenti kromě respondenta č. 3. Na základě tohoto zjištění jsme stanovily **hypotézu č. 3: „Zavedení ošetřovatelské dokumentace do praxe předchází zkušební období“**. Respondent č. 3 po vyhodnocení zkušebního provozu naopak původní dokumentaci zredukoval, takže nyní užívají pouze ošetřovatelskou anamnézu a sesterskou překladovou/propouštěcí zprávu. Tímto v podstatě respondent č. 3 postupuje protiprávně v kontrastu s vyhláškou č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve které je v příloze 1 uvedena i povinnost dokumentace ošetřovatelské péče včetně náležitostí, které má obsahovat (tzn. i ošetřovatelský plán, hodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče atd.) (64). Ovšem je nutno podotknout, že respondent č. 3 se v rozhovoru zmínil, že nová dokumentace je ve stádiu přípravy, tzn. že nyní již možná kompletní dokumentaci užívají.

Důležité je, že do připomínkování a úpravy dokumentace se vložily řadové sestry z oddělení, které bezprostředně každodenně s dokumentací pracují a je v jejich vlastním zájmu, aby dokumentace skutečně vyhovovala jak po stránce legislativní, obsahové a formální, ale aby také přínos formulářů převyšoval vynaloženou námahu na jejich vyplnění. Téměř všichni respondenti se shodli, že v budoucnu budou vyvíjet či upravovat dokumentaci, pokud to bude potřeba (tabulka 19).

Za účelem dosažení následujícího cíle tj.: **„Zjistit, zda se sestry aktivně zapojují do procesu tvorby ošetrovatelské dokumentace“**, jsme podrobněji analyzovaly proces vlastní tvorby ošetrovatelské dokumentace (ne od firmy) respondentů. Pod pojmem „sestry“ jsme měly na mysli zejména sestry řadové, pracující u lůžka nemocného, nikoli sestry na vyšších manažerských pozicích. Údaje v tabulce 16 jsou pro dosažení cíle velmi směrodatné. Jsou zde zmíněny osoby, které se podílely na tvorbě ošetrovatelské dokumentace. U všech respondentů, kteří si dokumentaci tvořili sami, to je samozřejmě hlavní sestra, ale respondenti č. 1, 3 a 6 též zmínili i účast řadových sester pracujících u lůžka, které projevily zájem. Ve Fakultní nemocnici Plzeň (R6) se na tvorbě dokumentace dokonce podílí členky pracovních skupin/realizačních týmů a pracovnice Centra řízení kvality, což je vzhledem k velikosti zařízení celkem pochopitelné. Účast řadových sester na procesu tvorby a vývoje ošetrovatelské dokumentace byla vzápětí potvrzena zpřesňující otázkou, zda se sestry samy aktivně zapojily do této činnosti. Výsledky jsou potěšující (viz tabulka 17), jelikož všichni respondenti odpověděli, že ano. Aktivita sester se zejména projevila v oblasti vyslovení nápadů na vylepšení či připomínek k dokumentaci. Tato aktivita sester je velmi pozitivním jevem, který signalizuje, že sestry mají zájem o zvyšování kvality poskytované péče a v této aktivitě by měly být podporovány. Aktivní přístup sester k tvorbě či úpravě dokumentace je velice důležitý, protože jsou to právě ony, kdo s ošetrovatelskou dokumentací denně pracují a je potřeba, aby jim dokumentace co nejvíce vyhovovala a její vyplňování nebylo příliš časově náročné. Jeden z respondentů hezky a symbolicky označil iniciativní a aktivní sestry jako „myšky“. Na základě těchto zjištění jsme stanovily **hypotézu č. 4: „Sestry pracující u lůžka se aktivně zapojují do vývoje ošetrovatelské dokumentace“**. Je nutné podotknout, že ne všechny sestry mají kladný vztah k ošetrovatelské dokumentaci a stále ji spíše považují za zbytečnou administrativní zátěž, která je odvádí od samotné péče o nemocné. Myslím si, že jedním z úkolů sester manažerek by měla být motivace zaměstnanců a kolegů k zodpovědné práci s dokumentací. Už jenom z toho důvodu, který uvádí Vondráček - v případě nesrovnalostí může být dokumentace podrobena soudnímu rozboru a chybný či nevhodně formulovaný zápis může být důvodem pro volání sestry k odpovědnosti (61).

V závěru rozhovoru jsme zjišťovaly názory respondentů na vytvoření jednotné ošetrovatelské dokumentace v ČR (tzv. standardizace formulářů) a na postoj respondentů ke standardizaci ošetrovatelské terminologie (viz tabulky 22 a 23). Tyto otázky byly záměrně zvoleny, jelikož se týkají současných trendů v ošetrovatelství. Již na první pohled je z tabulek zřejmé, že respondenti č. 5 a 6 jsou v těchto oblastech více informovaní a jsou pro sjednocení a standardizaci, minimálně na úrovni zařízení podobných typů (např. menší „okresní“ nemocnice). Opačný názor mají respondenti č. 1, 2, 3 a 4, kteří si myslí, že standardizace není vhodná a je potřeba respektovat specifika daného oddělení/pacientů či zařízení. Někteří respondenti (R2, R3 a R4) se přiznali, že této problematice příliš nerozumí. Výsledky mi trochu evokují domněnku, že negativní postoj ke standardizaci terminologie možná plyne z nízkého povědomí respondentů o tomto procesu. Domníváme se, že stejně jako je důležité sledovat rozvoj jiných oborů (např. informační technologie atd.), je také nezbytné sledovat a držet krok s novými trendy moderního ošetrovatelství, čímž standardizace bezpochyby je. Jednotná terminologie (např. taxonomie diagnóz) dle Otáskové „umožňuje vést jednotnou, jednoznačnou, srozumitelnou a přehlednou ošetrovatelskou dokumentaci (33, s. 7)“. Ztotožňujeme se s Marečkovou, která ve své publikaci považuje za optimální variantu navyšující přenosnost informací mezi odborníky i pracovišti, standardizovanou národní verzi formulářů (24). Staňková naopak vyjadřuje názor, že pokud chceme, aby dokumentace byla smysluplná, musí vyhovovat potřebám jednotlivých oddělení a musí být upravena pro potřeby odlišných skupin nemocných (41). Myslíme si, že i kdyby se vytvořila jednotná národní podoba formulářů ošetrovatelské dokumentace pro standardní jednotky, bylo by potřeba udělat speciální verze pro krátkodobou a dlouhodobou hospitalizaci, zvláštní formu pro novorozenecká, dětská a dospělá oddělení, popřípadě zvážit zvláštní formulář pro další pracoviště (např. psychiatrie). V souvislosti se standardizací mě zaujaly informace od hlavní sestry z Fakultní nemocnice Plzeň (R6), která mi sdělila, že standardizace je podporovaná na ministerské půdě a v profesních organizacích.

5.2 Diskuze k analýze ošetrovatelské dokumentace

Další metodou použitou ve výzkumné části byla analýza písemné ošetrovatelské dokumentace, vzájemné porovnávání a kategorizace dat. Po získání formulářů základních složek ošetrovatelské dokumentace od respondentů jsme začaly s jejich analýzou. Už při letném pohledu na formuláře, zejm. ošetrovatelskou anamnézu, nám bylo jasné, že je bezpředmětné posuzovat obsah dle záznamového archu vytvořeného podle koncepčního modelu. Žádný formulář ošetrovatelské anamnézy se svojí strukturou a obsahem výrazně nepodobal žádnému konkrétnímu ošetrovatelskému modelu. Ovšem téměř v každém formuláři ošetrovatelské anamnézy jsme našly alespoň útržky modelu Gordonové – tj. některé oblasti Funkčních vzorců zdraví, potažmo diagnostické domény. Rozhodly jsme se tudíž údaje a položky kategorizovat dle frekvence výskytu a při porovnávání údajů z ošetrovatelských anamnéz jsme jednotlivé položky a kategorie zařazovaly dle tematické příslušnosti do některé ze 13ti diagnostických domén.

Naším výzkumným cílem v této fázi bylo: **„Analyzovat a vzájemně porovnat ošetrovatelskou dokumentaci z jednotlivých nemocničních zařízení.“** Jak již bylo zmíněno výše, k naplnění tohoto cíle jsme údaje z jednotlivých hlavních částí ošetrovatelských dokumentací znázornily a porovnali pomocí kategorizačních tabulek. Při výběru formulářů, které budeme analyzovat, jsme vyšly z přílohy č. 1 vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci a z Koncepce ošetrovatelství – v podstatě tedy z 5ti fází ošetrovatelského procesu (55, 64). V kategorizačních tabulkách jsme zvlášť analyzovaly ošetrovatelské anamnézy, ošetrovatelské plány, realizace ošetrovatelských plánů, hodnocení plánů/hlášení a překladové/propouštěcí zprávy. V průběhu analýzy ošetrovatelských dokumentací jsme současně hledaly odpověď na výzkumnou otázku: **„Korespondují jednotlivé části ošetrovatelské dokumentace s fázemi ošetrovatelského procesu?“** Z tabulky 24 je patrné, že hlavní složky ošetrovatelských dokumentací respondentů R1, R2, R4, R5 a R6 korespondují se všemi fázemi ošetrovatelského procesu. Výjimkou je respondent č. 3, který má v současné době zavedeny pouze formuláře ošetrovatelské anamnézy a sesterské překladové/popouštěcí zprávy. Dle vyjádření hlavní sestry v tomto zařízení nyní

nedokumentují celý ošetrovatelský proces s obhajobou, že sestry proces provádějí ústně a pokud je potřeba zaznamenat důležité informace, činí tak sestry do knihy hlášení sester či do dekurzu. Tato situace s respondentem č. 3 již byla zmiňována v rámci diskuze k rozhovorům s hlavními sestrami.

Staňková tematicky rozděluje ošetrovatelské posouzení na dvě části - informace o základních bio-psycho-sociálních, kulturních a duchovních potřebách pacienta a na screeningové sesterské vyšetření a hodnotící a posuzovací škály (42). Cestou analýzy ošetrovatelských dokumentací od respondentů jsme chtěly zjistit odpověď na otázku: **„Jak je členěna ošetrovatelská anamnéza? Je rozdělena do oblastí podle modelu Gordonové a obsahuje sesterský screening?“** Anamnéze jsme záměrně věnovaly vyšší pozornost, jelikož kvalitní posouzení potřeb a zhodnocení stavu pacienta je nezbytné pro naplánování dalších ošetrovatelských činností a samozřejmě slouží také jako významný zdroj informací i pro ostatní členy týmu. Jak již bylo v úvodu této části zmíněno, žádná z ošetrovatelských anamnéz není kompletně členěna dle modelu Gordonové či podle diagnostických domén. Ovšem nabyly jsme dojmu, že se tvůrci dokumentace tímto modelem nechali inspirovat. To lze dokázat tím, že se v anamnézách vyskytují některé domény (nenazývají se tak, ale mají spíše charakter oblastí), zejm. výživa, vylučování, aktivita a odpočinek a vnímání. Oblastí, které se v anamnézách vyskytují, jsou znázorněny v tabulce 27. Jak je již zmíněno výše, snažily jsme se jednotlivé kategorie odpovědí přiřadit k diagnostickým doménám NANDA - International taxonomie II, což je patrné z tabulek 30 až 42. V souhrnu lze říci, že anamnézy respondentů jsou více zaměřeny na zjištění biologických potřeb, ale ani sociální zázemí a komunikace a psychický stav nejsou téměř v žádné anamnéze opomíjeny, i když jsou zastoupeny v menší míře. Nenalezly jsme žádné kategorie, které by spadaly pod diagnostickou doménu Vnímání sebe sama a Růst a vývoj (tabulky 35 a 42). V doméně Sexualita je pouze jedna kategorie odpovědi – menstruace, u respondenta č. 1 (viz tabulka 37). Kategorizované položky v doméně Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu mají pouze respondenti č. 1 a 6, doménu Životní princip představují pouze kategorie Víra a Etnikum u respondenta č. 6 – FN Plzeň. Domníváme se, že nízké zastoupení oblastí z těchto domén je dáno určitým ostychem či obavami ze získávání

těchto mnohdy citlivých a intimních informací. Myslíme si ovšem, že ošetrovatelská anamnéza, zejména pro dlouhodobou hospitalizaci, by měla obsahovat všechny diagnostické domény s tím, že sestra při odebrání anamnézy bude postupovat taktně a citlivě. Například pokud se bude jednat o získání citlivého údaje, může sestra anamnézu v této oblasti doplnit až po několika dnech, kdy se mezi ní a pacientem vytvoří vztah důvěry. Námi vytvořený vzor ošetrovatelské anamnézy jsme strukturovaly do 13 diagnostických domén (formou tematických celků), přičemž jsme zařadily i některé důležité diagnostické třídy, např. dýchání a sebepěči (viz příloha 7 a 8). V úvodu anamnézy jsou barevně odlišeny důležité údaje (tj. datum a čas přijetí, alergie, dieta atd.), tak aby byly tyto informace co nejvíce dostupné.

Ve výzkumné otázce se též ptáme, zda je součástí anamnézy i **sesterský screening**. Výsledky jsou znázorněny v tabulce 25. Musíme konstatovat, že nás tyto výsledky potěšily, jelikož součástí ošetrovatelských anamnéz sesterský screening je, někdy je použito dokonce více hodnotících technik. Pokud nejsou hodnotící škály přímo součástí formuláře anamnézy, tak mají respondenti tyto techniky na odděleném formuláři, který se po vyplnění zakládá do složky nemocného. Všichni respondenti užívají samostatný formulář Plán péče o dekubitus, v rámci kterého je i zhodnocení Rizika vzniku dekubitu. Respondenti č. 1, 2, 4, 5 a 6 mají rovněž hodnotící škálu bolesti (včetně lokalizace na nákresu a stupnice) a hodnocení změn kůže včetně dekubitů (taktéž na nákresu). Dalšími nejfrekventovanějšími testy byl Barthelův test všedních denních činností a hodnocení výživy (nutriční skóre, nutriční screening). Zajímavé bylo, že základní fyzikální vyšetření (TK, TT, P) provádějí v rámci anamnézy pouze dva respondenti (R1 a R3). Ztotožňujeme se s názorem Staňkové, že měřící techniky objektivizují údaje, napomáhají ke komplexnějšímu zhodnocení a k zajištění kvalitní individualizované péče o pacienta (43). V souvislosti s výsledky z této oblasti jsme navrhly **hypotézu č. 5: „Součástí ošetrovatelské anamnézy jsou hodnotící a měřící techniky“**. Součástí anamnéz byly většinou i informace o tzv. terapeutických opatřeních a medicínské problematice (kanyly, močové katétry, sondy, alergie, některé léky apod.), což si myslíme, že je vhodné a velmi praktické (viz tabulka 28). I Staňková se přiklání k názoru, že je vhodné do informačních okruhů zařadit i medicínskou

problematiku (42). Také naše ošetrovatelská anamnéza obsahuje na druhé straně sesterský screening (nutriční screening, Barthelův test) a tabulku pro záznam základního fyzikálního vyšetření.

Při analýze základních pěti formulářů ošetrovatelských dokumentací jsme se u každého formuláře zaměřily také na zhodnocení formální stránky, tj. zejména na náležitosti, které by měl každý list zdravotnické dokumentace obsahovat podle vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Tyto výsledky jsou uvedeny v tabulkách 26, 43, 48, 49 a 50. Téměř vždy je prostor pro identifikaci pacienta (většinou formou nalepovacího štítku) a také až na výjimky je uvedena identifikace zdravotnického zařízení. Větší problém již byl s pořadovým číslem formuláře, ne vždy byl prostor pro vypsání čísla listu, ovšem nevylučuji, že sestry ho tam dopisují na základě direktiv vnitřní směrnice. Také identifikace oddělení (předtištěná kolonka na vyplnění) nebyla vždy z formuláře zřejmá, ale vzhledem k tomu, že respondenti většinou používají jednotnou dokumentaci pro všechna oddělení, tak sestry mohou oddělení dopsat ručně. Je zajímavé, že jednotlivé identifikační údaje se kolikrát lišily v rámci dokumentace od jednoho respondenta – každý formulář obsahoval jiné. Lze konstatovat, že ačkoli předtištěná dokumentace není plně v souladu s vyhláškou (např. vznikla dříve a nejsou prostředky na její úpravu), je potřeba tyto chybějící údaje dopsat ručně tak, aby dokumentace splňovala všechny náležitosti. Zařízením bychom do budoucna doporučily, aby až budou upravovat či revidovat ošetrovatelskou dokumentaci, do formulářů předtiskli požadované identifikační údaje a vytvořili prostory (kolonky) pro identifikaci sestry a pro zaznamenávání data či hodiny záznamu. Při tvorbě formulářů jsme vycházely z požadavků výše zmiňované vyhlášky a na každém listě máme prostor pro identifikaci pacienta (štítek), zařízení a osoby, která provedla zápis. Nechybí ani označení pořadového čísla listu (viz přílohy 7 až 14).

Další částí ošetrovatelské dokumentace, jejíž analýzou jsme se zabývaly, je ošetrovatelský plán. Zajímalo nás, jaká je jeho podoba, zejména zda se na ošetrovacích jednotkách užívají standardní plány péče. Standardní plán péče je „napsán tak, aby stanovil cíle, činnost sester a obecné intervence, které jsou společné pro pacienty s určitou potřebou nebo problémem (15, s. 193)“. Je orientovaný na potřeby typické pro

pacienty s určitou chorobou nebo v určité situaci. Z tabulky 44 je patrné, že ošetrovatelský plán všech respondentů, kteří ho užívají (kromě R3), má standardní podobu. Myslíme si, že je to z toho důvodu, že tyto plány šetří čas a jsou praktičtější, jak je ostatně uvedeno i odborné literatuře (15). V plánech jsou předtištěny ošetrovatelské diagnózy, cíle a ošetrovatelské intervence, které jsou orientované na potřeby pacientů daného oddělení/specifika choroby, přičemž v plánech všech respondentů (R1, R2, R4, R5 a R6) je prostor na doplnění individuálních diagnóz, čímž se standardní plán individualizuje. Na základě výsledků z této oblasti jsme navrhly **hypotézu č. 6: „V praxi se užívají standardní ošetrovatelské plány“.**

V plánech respondentů (kromě R6) se vyskytují dvousložkové ošetrovatelské diagnózy, což je pochopitelné, protože projevy se mohou různit (viz tabulka 45) a zároveň i aktuální a potencionální diagnózy, které jsou velmi rozmanité (tabulky 46 a 47). Ani jeden respondent nemá ošetrovatelské diagnózy formulované dle NANDA taxonomie II a opatřené kódem, spíše se vyskytují formulace z Kapesního průvodce zdravotní sestry (tedy taxonomie I). Domníváme se, že to je tím, že respondenti měli vytvořené plány před tím, než se v našich končinách začala užívat a prosazovat taxonomie II, avšak při revizi dokumentace bych doporučila respondentům zařadit novou terminologii a diagnózy opatřit číselným kódem. Tyto kódy se pravděpodobně v budoucnu stanou podkladem pro proplácení ošetrovatelské péče právě prostřednictvím vykazování těchto kódů. Respondenti č. 2 a 5 mají ve svých plánech předtištěné diagnózy, které zatím nejsou v žádné taxonomii, ale jak jsme se přesvědčily, co není, může být. Ačkoli by se mohlo zdát, že jimi formulované diagnózy (riziko vzniku hypoglykémie/hyperglykémie, riziko vzniku krvácivých projevů či riziko vzniku tromboembolické nemoci) nejsou ošetrovatelským problémem, ale spíše medicínským, při hlubším zamyšlení musíme konstatovat, že svoji významnou roli v předcházení těchto stavů má také sestra. To si uvědomují i členové a přispěvatelé profesionální organizace NANDA International, jejímž cílem je vývoj taxonomie. A tak v publikaci NANDA Nursing diagnoses: Definitions & Classification 2007-2008, byly zveřejněny nové ošetrovatelské diagnózy, mezi kterými je rovněž diagnóza „Risk for Unstable

Blood Glucose – tzn. v českém znění Riziko kolísání hladiny glukózy v krvi (12). Naši respondenti (R2, R5), zřejmě sice neúmyslně, ale předběhli dobu.

Vzhledem k tomu, že jsme chtěly, aby námi vytvořená dokumentace obsahovala vše podstatné, ale zároveň byla co nejjednodušší a její vyplnění co nejméně časově zatěžující, vytvořily jsme formulář standardního ošetrovatelského plánu (viz příloha 9 a 10). Do formuláře jsme zahrnuly podle nás nejčastěji vyskytující se aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy u dospělých pacientů na standardním oddělení. Terminologicky vycházejí z NANDA taxonomie II a samozřejmě jsou opatřeny příslušných kódem. Ve formuláři jsou předtištěny ošetrovatelské cíle a navržená opatření (intervence), přičemž jsme se snažily vždy ponechat prostor pro individuální dopsání. Samozřejmě dle požadavků konkrétních pracovišť je možné předtištěný plán upravit a ošetrovatelské diagnózy přizpůsobit potřebám pacientů.

Mastiliaková zmiňuje, že poskytování individuální péče musí být zaznamenáváno v příslušném formuláři určeném ve vnitřním předpisu nemocnice (28). K tomuto obvykle slouží formulář realizace ošetrovatelského plánu, jehož podoba není jednotně určena. Podoba formuláře je u všech respondentů, kteří ho používají (tj. kromě R3) shodná (viz tabulka 48). Jedná se o tzv. „čárkový formulář“, kdy sestra či jiný kompetentní člen ošetrovatelského týmu označují svislou čárkou provedené intervence či výkony do příslušné kolonky. Intervence jsou obvykle předtištěny dle nejčastější frekvence výskytu, ale ve všech dokumentacích byl též prostor pro dopsání dle potřeby. Domníváme se, že tato podoba realizace ošetrovatelského plánu je optimální, protože snižuje administrativní a časovou zátěž sester. Taktéž námi vytvořený formulář realizace ošetrovatelského plánu má výše zmíněnou podobu (viz příloha 12). Intervence jsou řazeny dle tematické příslušnosti a jejich vykonání se označuje čárkou do příslušné kolonky směny. Je zde i prostor pro individuální dopsání.

Aby byl ošetrovatelský proces kompletní, je nezbytné navržená opatření a jejich provedení zhodnotit, tak abychom věděli, zda se dosáhlo vytčeného cíle, či je potřeba změnit plán. Opět zatím neexistuje jednotná podoba této části ošetrovatelské dokumentace. Podoba hodnocení plánu péče/hlášení sester našich respondentů (R1, R2, R4, R5 a R6) je znázorněna v tabulce 49. Je nutno upozornit, že hlášením sester

myslíme samostatný formulář ošetrovatelské dokumentace, který je individuální pro každého pacienta, nikoli tzv. „knihu hlášení sester“. Zjistily jsme, že respondenti R1, R2, R4 a R5 užívají hodnocení plánu jako samostatný formulář, zatímco R6 má hodnocení/hlášení sester integrováno do ošetrovatelského plánu. Záznamy jsou, stejně jako ve formuláři realizace ošetrovatelského plánu, rozčleněny dle směn. Všichni respondenti (kromě R3, který tuto část dokumentace nemá vůbec) zvolili volnou formu záznamu bez předtištění. Domníváme se, že je výhodné, aby hodnocení plánu péče bylo součástí ošetrovatelského plánu. Cestu jak toho docílit spatřujeme ve vytvoření velkoformátového formuláře (formátu A3), který se přehne a na jeho jedné polovině je standardní ošetrovatelský plán a na druhé polovině hlášení sester. Vše je tak přehledné a na očích. Námí vytvořený vzor formuláře hodnocení ošetrovatelské péče má podobu volného záznamu, je rozčleněn pouze na dny a směny (viz příloha 13). Máme představu, že na velkoformátovém formuláři (papír A3) by na jedné straně byl celý standardní ošetrovatelský plán, na druhé vypisovací plán ošetrovatelské péče (příloha 11) a pod ním hodnocení ošetrovatelské péče.

K zajištění kontinuity péče slouží propouštěcí a překladové ošetrovatelské zprávy, které obsahují potřebné informace pro pacienta, rodinu a sestry. Jak zmiňuje Vašátková, zpráva má obvykle podobu zaškrťování příslušných kolonek ve formuláři, přičemž sestra má možnost i samostatného vyjádření. S touto podobou formuláře jsme se také setkaly u všech našich respondentů (tabulky 50 a 51). Vzhledem k bezproblémové návaznosti péče považujeme za žádoucí, aby v překladové/propouštěcí zprávě bylo uvedeno datum a čas překladu. Domnívaly jsme se, že je to samozřejmé, ovšem jak je vidět z tabulky, respondenti č. 2 a 5 tento údaj opomněli ve formuláři předtisknout. Stejně tak jako ne všichni respondenti mají uvedeno, kam je pacient překládán či propouštěn. Z těchto drobných nedostatků jsme se snažily poučit při tvorbě vzoru ošetrovatelské překladové/propouštěcí zprávy (viz příloha 14).

Celkově bychom hodnotily kvalitu ošetrovatelských dokumentací za přijatelnou. Všichni respondenti (kromě respondenta č. 3) dokumentují všechny fáze ošetrovatelského procesu, snaží se dokumentaci formalizovat a většinou užívají předtištěné formuláře s kolonkami. Každá dokumentace je specifická, zpracována

trochu jinou formou, má své slabší a silnější stránky/části. Nešlo si nevšimnout, že respondenti, kteří si tvořili vlastní dokumentaci, se inspirovali obsahem a podobou formulářů, které jsou součástí dokumentačního a organizačního systému HINZ. Bylo také poznat, že dokumentace často vznikaly ještě před vstoupením vyhlášky o zdravotnické dokumentaci v platnost a před širším rozšířením nejnovější taxonomie v praxi.

Požadavky na ošetrovatelskou dokumentaci jsou vysoké. Jednotlivé formuláře v sobě musí zahrnovat všechny nezbytné informace, ale zároveň musí být přehledné a umožňovat sestřám snadnější a rychlejší práci a orientaci. Samozřejmostí je, aby ošetrovatelská dokumentace splňovala všechny legislativní nároky na ni kladené. Opravdu není jednoduché vytvořit takovou dokumentaci, a pokud se to povede, můžeme si být jisti, že v souvislosti s rozvojem oboru, novými poznatky a s měnícími se potřebami nemocných, bude nutné dokumentaci neustále revidovat a vyvíjet.

Při vytváření vzorů jednotlivých základních formulářů ošetrovatelské dokumentace (viz přílohy č. 7 až 14) jsme se v závěrečné fázi práce snažily využít nejen teoretických poznatků, které jsme získaly studiem odborné literatury (zásady pro tvorbu formulářů), právních předpisů a prospektů firem nabízejících ošetrovatelskou dokumentaci, ale také poznatků a zjištění, které vplynuly z analýzy ošetrovatelských dokumentací respondentů. Námi vytvořená dokumentace bude poskytnuta respondentům k dispozici. Zejména si myslím, že by naši nabídky mohl využít respondent č. 3 a nechat se dokumentací inspirovat, popřípadě ji i využívat, jelikož z výzkumu vplynulo, že jejich ošetrovatelská dokumentace postrádá část ošetrovatelský plán, realizaci ošetrovatelského plánu a hodnocení plánu, čímž vlastně postupují v rozporu s platnými právními normami.

6. Závěr

Každé zdravotnické zařízení má ze zákona povinnost vést u pacienta zdravotnickou dokumentaci, jejíž součástí je i ošetrovatelská dokumentace. V ošetrovatelské dokumentaci je průběžně zaznamenáváno to, co bylo zjištěno nebo realizováno metodou ošetrovatelského procesu. Tím se činnost sester a porodních asistentek posouvá do kontrolovanější a viditelnější roviny. V současné době není standardizován obsah a forma jednotlivých formulářů ošetrovatelské dokumentace. Požadavky na ošetrovatelskou dokumentaci a na zásady jejího vedení jsou nemalé, a proto není lehké vytvořit dokumentaci, která by byla co nejsnáze vyplnitelná, ale zároveň výstižná a komplexní.

Téma diplomové práce „Tvorba ošetrovatelské dokumentace pro standardní ošetrovací jednotky“, už ve svém názvu napovídá, že jsme se ve výzkumné části práce zabývaly zejména zjišťováním postupu tvorby ošetrovatelské dokumentace (Cíl č. 1: Zmapovat postupy a metody tvorby ošetrovatelské dokumentace v nemocnicích.) a také jsme zjišťovaly, zda se sestry aktivně zapojují do tohoto procesu (Cíl č. 2: Zjistit, zda se sestry aktivně zapojují do procesu tvorby ošetrovatelské dokumentace.). Následně jsme analyzovaly a vzájemně porovnávaly poskytnuté základní formuláře ošetrovatelské dokumentace, abychom zjistily „současný stav“ ošetrovatelské dokumentace, která se užívá na standardních ošetrovacích jednotkách (Cíl č. 3: Analyzovat a vzájemně porovnat ošetrovatelskou dokumentaci z jednotlivých nemocničních zařízení.). K naplnění cíle č. 4 (tj.: Na základě poznatků získaných z analýzy stávající dokumentace vytvořit vzor jednotné ošetrovatelské dokumentace pro standardní ošetrovací jednotky.) jsme využily nejen teoretických poznatků, které jsme získaly studiem odborné literatury, právních předpisů a prospektů firem nabízejících ošetrovatelskou dokumentaci, ale také poznatků a zjištění, které vplynuly z analýzy ošetrovatelských dokumentací respondentů. Cíle diplomové práce byly splněny.

Před začátkem výzkumu jsme si stanovily 4 výzkumné otázky. Výzkumná otázka č. 1: Mají jednotlivé nemocnice zavedený standard pro vedení ošetrovatelské dokumentace? Výzkumná otázka č. 2: Užívají se na standardních odděleních informační a dokumentační systémy (např. HINZ, Optiplan)? Výzkumná otázka č. 3: Korespondují

jednotlivé části ošetrovatelské dokumentace s fázemi ošetrovatelského procesu? Výzkumná otázka č. 4: Jak je členěna ošetrovatelská anamnéza? Je rozdělena do oblastí podle modelu Gordonové a obsahuje sesterský screening? Na všechny tyto otázky se nám podařilo ve výzkumné části práce odpovědět. Na základě výsledků našeho kvalitativního výzkumu byly stanoveny následující hypotézy.

Hypotéza č. 1: Zdravotnická zařízení mají vypracovaný standard vedení ošetrovatelské dokumentace.

Hypotéza č. 2: Na standardních odděleních se užívají informační a dokumentační systémy.

Hypotéza č. 3: Zavedení ošetrovatelské dokumentace do praxe předchází zkušební období.

Hypotéza č. 4: Sestry pracující u lůžka se aktivně zapojují do vývoje ošetrovatelské dokumentace.

Hypotéza č. 5: Součástí ošetrovatelské anamnézy jsou hodnotící a měřící techniky.

Hypotéza č. 6: V praxi se užívají standardní ošetrovatelské plány.

Výzkum týkající se této diplomové práce byl proveden v rámci Plzeňského kraje. Je tedy lokální a z tohoto důvodu nemůžeme výsledky generalizovat na celou ČR. Ovšem domníváme se, že situace a stav ošetrovatelské dokumentace v ostatních krajích republiky jsou podobné. Jsme přesvědčeny, že práce může posloužit jako výchozí podklad pro výzkum této problematiky na celostátní úrovni.

Diplomovou práci včetně námi vytvořené dokumentace poskytneme respondentům k dispozici. Myslíme si, že výsledky práce mohou posloužit respondentům jako zpětná vazba k jejich vlastní dokumentaci, popřípadě sloužit jako inspirace pro budoucí úpravu a revizi ošetrovatelské dokumentace. Pokud by respondenti měli zájem o využití vytvořené dokumentace, nebudeme se bránit jejímu testování a nezbytné úpravě dle potřeb zařízení/oddělení. Smyslem práce nebylo hledání chyb a kritika, ale nalezení optimální formy a obsahu dokumentace. Práce má přínos jak teoretický, tak praktický.

7. Seznam použitých zdrojů

1. *Adresář zdravotnických zařízení v České republice k 31.5.2008* [online]. c2008. ÚZIS ČR: Praha, 2008. 96 s. ISBN 978-80-7280-745-1. [cit. 2009-03-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/download_file.php?file=1>
2. BEŇOVÁ, L., SOKOLOVÁ, B. *Ošetrovatel'ská dokumentácia* [online]. [cit. 2008-12-07]. Dostupné z: <http://www.unipo.sk/files/docs/fz_veda/svk/q0542.pdf>
3. BRŮHA, D. Právo na nahlížení do zdravotnické dokumentace. In *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2007, roč. III., č. 7, s. 271-272. ISSN 1801-1349.
4. CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O. *Trestní právo ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Orac, 2000. 189 s. ISBN 80-86199-09-6.
5. *Co je to Optiplan* [online]. c2007 [cit. 2009-6-9]. Dostupné z: <<http://www.doscz.eu/cz/optiplan.php>>
6. COWDEN, S., JOHNSON, L. C. *A Process for Consolidation of Redundant Nursing Documentation Forms* [online]. [cit. 2009-03-20]. Dostupné z: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1480105&blobtype=pdf>>
7. Česká asociace sester. *Vedení ošetrovatelské dokumentace* [online]. c2008 [cit. 2008-12-08]. Dostupné z: <<http://www.cнна.cz/vedeni-osevrotatelske-dokumentace>>
8. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
9. DOSTÁL, O. Elektronická zdravotní dokumentace - základní podmínky a způsoby vedení. In *Zdravotnictví a právo*, 2007, roč. XI., č. 10, s. 17–23. ISSN 1211-6432.
10. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
11. GOMOLČÁKOVÁ, V. Spoločná dokumentácia. In *Sestra*, 2008, roč. VII, č. 11-12, s. 8. ISSN 1335-9444.

12. HERDMAN, H. *Nursing diagnoses: Definitions & Classification 2007-2008*. Philadelphia: NANDA International, 2007. 343 s. ISBN 978-0-9788924-0-1.
13. CHLOUBOVÁ, I. Vnímání ošetrovatelské dokumentace – studentky versus sestry. In *Nové trendy v ošetrovatelství VI. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. Jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 132-135. ISBN 978-80-7040-992-3.
14. KJUČUKOVÁ, L., BORKOVÁ, M. Teorie a praxe zavádění zdravotnické dokumentace HINZ. In *Sborník. I. Ostravské sympozium v ošetrovatelství* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2001. ISBN 80-7042-24-2. [cit. 2008-11-23]. Dostupné z: <http://www.osu.cz/zsf/sbornik/prisp_19.pdf>
15. Kolektiv autorů. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 392 s. ISBN 80-247-0278-9.
16. Kolektiv autorů. *Základy ošetrování nemocných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 145 s. ISBN 80-246-0845-6.
17. KOLLÁROVÁ, B., POŽONSKÁ, M., DERŇÁROVÁ, Ľ. Audit ošetrovateľskej dokumentácie ako súčasť hodnotenia kvality zdravotníckych služieb. In *MOLISA 5. Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša* [online]. Prešov: Prešovská Univerzita, Fakulta zdravotníctva, 2008, s. 83-85. ISBN 978-80-8068-882-0. [cit. 2008-12-29]. Dostupné z: <http://www.unipo.sk/files/docs/fz_veda/svk/dokument_137_31.pdf>
18. KONTROVÁ, Ľ., ZÁČEKOVÁ, M., HULKOVÁ, V. a kol. *Štandardy v ošetrovateľstve*. Vydání neuvedeno. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-198-0.
19. KOTASKOVÁ, L., TÓTHOVÁ, V. Vedení ošetrovatelské dokumentace v České republice. In *Florence*, 2007, roč. III, č. 10, s. 425-426. ISSN 1801-464X.
20. KOZOŇ, V., HANZLÍKOVÁ, A. Metodika tvorby ošetrovateľskej dokumentácie a štandardov - výsledky empirického skúmania a vývoja s dosahom pre prax

- a výučbu. In *Sborník. Výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Martin: JLF Martin, UK Bratislava, 2003, s. 207-217. ISBN 80-88866-24-3.
21. KYASOVÁ, M., KOCOURKOVÁ, J., MIČUDOVÁ, E. Ošetrovatelská dokumentace v nemocničném informačním systému, projekt IGA NR/8082-3. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Martin: UK Bratislava, JLF Martin, Ústav ošetrovatel'stva, 2005, s. 124-131. ISBN 80-88866-32-4.
 22. MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-7179-810-X.
 23. MACHÁČKOVÁ, E. *Vliv auditu ošetrovatelské dokumentace na kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 86 s., 44 s. příl. Vedoucí bakalářské práce Ing. Iva Brabcová
 24. MAREČKOVÁ, J. *NANDA – International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC, NOC klasifikace*. 1. vyd. Ostrava: ZSF OU, 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9.
 25. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
 26. MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 2. vyd. Ostrava: ZSF OU, 2005. 86 s. ISBN 80-7368-058-0.
 27. MARX, D. Zajištění bezpečí pacientů při podávání léků. In *Florence*, 2007, roč. III., č. 9, s. 355-356. ISSN 1801-464X.
 28. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství, systémový přístup. I. Díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
 29. MATOCHOVÁ, S. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci v kontextu aktuálních otázek lékařské etiky. In *Zdravotnictví a právo*, 2007, roč. XI., č. 6, s. 3-7. ISSN 1211-6432.
 30. MÜLLEROVÁ, N. a kol. Ošetrovatelský standard FN Plzeň: *Jednotný postup při vedení ošetrovatelské dokumentace* [online]. Plzeň, 2000. [cit. 2008-11-23]. Dostupný z: <<http://www.fnplzen.cz/data/prac/usek/pece/ose%20dokumentace.htm>>

31. NOVOTNÁ, H., ŠEFČÍKOVÁ, O. Ošetrovatelská dokumentace v Nemocnici Tábor, a.s. In *Nové trendy v ošetrovatelství VI. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. Jihočeské ošetrovatelské dny*. Č. Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 268-275. ISBN 978-80-7040-992-3.
32. *Ošetrovatelská dokumentace STAPRO* [online]. c2008 [cit. 2008-12-7]. Dostupné z: <<http://www.stapro.cz/data/files/pl-osetrovatelska-dokumentace.pdf> >
33. OTÁSKOVÁ, J. a kol. *Praktické využití ošetrovatelských diagnóz v NANDA doménách*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2007. 120 s. ISBN 978-80-239-9072-0.
34. PODSTATOVÁ, R., SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. a kol. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 143 s. ISBN 978-80-247-1997-9.
35. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství 1. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. přeprac. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
36. POLICAR, R. Nová regulace zdravotnické dokumentace. In *Onkologická péče*, 2007, roč. XI., č. 2, s. 19-20. ISSN 1214-5602.
37. POLICAR, R. Ještě jednou o zdravotnické dokumentaci. In *Onkologická péče*, 2007, roč. XI., č. 3, s. 22-24. ISSN 1214-5602.
38. POSPÍŠILOVÁ, A., KYASOVÁ, M. Mezinárodní klasifikace ošetrovatelských intervencí a očekávaných výsledků ošetrovatelské péče. In *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2009, roč. V., č. 1, s. 28-29. ISSN 1801-1349.
39. RANFTLER, D., RUPPNIG, S. Electronic nursing documentation as a base for controlling of costs and performance in the field of nursing. In *Acendio 2003: 4th European Conference of ACENDIO: Making nursing visible*. Bern: Hans Ruber, 2003. s. 264-269. ISBN 3-456-83977-4.

40. *Sestavy formulářů* [online]. c2007 [cit. 2008-12-6]. Dostupné z: <<http://hinz.cz/?page=211>>
41. STAŇKOVÁ, M. České ošetřovatelství 3. *Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-282.
42. STAŇKOVÁ, M. České ošetřovatelství 4. *Jak provádět ošetřovatelský proces*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
43. STAŇKOVÁ, M. České ošetřovatelství 6. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
44. STAŇKOVÁ, M. a kol. *Lemon I*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
45. STRNAD, Z. K vyhlášce o zdravotnické dokumentaci. In *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2007, roč. III, č. 3, s. 109. ISSN 1801-1349.
46. *Systém dokumentace HINZ* [online]. c2007 [cit. 2008-12-6]. Dostupné z: <<http://hinz.cz/?page=106>>
47. 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.
48. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ M. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
49. ŠVANDRLÍKOVÁ, R. Chyby v ošetřovatelské dokumentaci. In *Sborník I. Ostravské sympozium v ošetřovatelství* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2001. ISBN 80-7042-24-2. [cit. 2008-11-23]. Dostupné z: <http://www.osu.cz/zsf/sbornik/prisp_43.pdf>
50. TĚŠINOVÁ, J. Vedení zdravotnické dokumentace. In *Zdravotnictví a právo*, 2007, roč. XI, č. 3-4, s. 14-16. ISSN 1211-6432.

51. TOMEK, V. Ošetrovatelská dokumentace. In *Florence*, 2007, roč. III, č. 5, s. 238-239. ISSN 1801-464X.
52. TÓTHOVÁ, V. Výstup výzkumného projektu IGA N2 7760 – 3/2004. *Standard „Vedení ošetrovatelské dokumentace“* [online]. [cit. 2008-11-23]. Dostupné z: <<http://www.nase-zdravi.cz/dokumenty/sop/dokument12.pdf>>
53. ULRICH, S. P., CANALE S. W. *Nursing care planning guides: for adults in acute, extended and home care settings*. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 2001. 929 s. ISBN 0-7216-9215-X.
54. VAŠÁTKOVÁ, I. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2001. 127 s. ISBN 80-7013-327-9.
55. Věstník MZČR, částka 9, ročník 2004. *Koncepce ošetrovatelství* [online]. c2008 [cit. 2008-11-23]. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/373-vestnik-92004.html>>
56. VONDRÁČEK, J. Ošetrovatelská dokumentace a odpovědnost. In *Florence*, 2006, roč. II, č. 5, s. 48. ISSN 1801-464X.
57. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.
58. VONDRÁČEK, L. Zkratky v ošetrovatelské dokumentaci. In *Florence*, 2007, roč. III., č. 4, s. 186. ISSN 1801-464X.
59. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. České ošetrovatelství 13. *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
60. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.
61. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace. Návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

62. VORLÍČKOVÁ, H. Ošetrovatelský standard: *Ošetrovatelská dokumentace* [online]. Brno: MOÚ, 2003. [cit. 2008-11-23]. Dostupné z: <http://www.mou.cz/mou/upload/Rubriky/osetrovatelstvi/osetrovatelska_dokumentace.pdf>
63. VÖRÖSOVÁ, G. a kol. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2007. 112 s. ISBN 978-80-8063-242-7.
64. Vyhláška č. 385/2006 Sb., ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb. a vyhlášky č. 64/2007 Sb., o zdravotnické dokumentaci [online]. [cit. 2008-11-23]. Dostupné z: <http://www.clk.cz/zakpred/vyhl_385-2006_zdrav_dokumentace.html>
65. Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online]. [cit. 2008-11-23]. Dostupné z: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04424&cd=76&typ=r>>
66. Zákon č. 101/2000, o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů [online]. [cit. 2008-11-23]. Dostupné z: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb00101&cd=76&typ=r>>
67. Zákon č. 20/1966, o péči o zdraví lidu a jeho novelizace [online]. [cit. 2008-11-23]. Dostupné z: <http://www.clk.cz/zakpred/novela_20_o_dok.html> a <http://cs.wikipedia.org/wiki/Z%C3%A1kon_o_p%C3%A9%C4%8Di_o_zdrav%C3%AD_lidu>
68. ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 189 s. ISBN 978-80-8063-247-2.

8. Klíčová slova

Dokumentační systém

Ošetřovatelská dokumentace

Ošetřovatelský proces

Standardizace

Tvorba

9. Přílohy

Příloha 1	Přepis rozhovoru s respondentem č. 1 (R1)
Příloha 2	Přepis rozhovoru s respondentem č. 2 (R2)
Příloha 3	Přepis rozhovoru s respondentem č. 3 (R3)
Příloha 4	Přepis rozhovoru s respondentem č. 4 (R4)
Příloha 5	Přepis rozhovoru s respondentem č. 5 (R5)
Příloha 6	Přepis rozhovoru s respondentem č. 6 (R6) – Fakultní nemocnice Plzeň
Příloha 7	Vzor: Ošetřovatelská anamnéza, první strana
Příloha 8	Vzor: Ošetřovatelská anamnéza, druhá strana a sesterský screening
Příloha 9	Vzor: Standardní ošetřovatelský plán, první strana
Příloha 10	Vzor: Standardní ošetřovatelský plán, druhá strana
Příloha 11	Vzor: Plán ošetřovatelské péče (vypisovací)
Příloha 12	Vzor: Realizace ošetřovatelského plánu
Příloha 13	Vzor: Hodnocení ošetřovatelské péče (ošetřovatelského plánu)
Příloha 14	Vzor: Ošetřovatelská překládová/propouštěcí zpráva
Příloha 15	Dokumentační a organizační systémy

Příloha 1 Přepis rozhovoru s respondentem č. 1 (R1)

Pozn.: Rozhovor byl veden s hlavní sestrou, která v této nemocnici pracuje jeden rok. Nebyla tudíž u zrodu dokumentace a u procesu zavádění ošetrovatelské dokumentace do praxe ve zmíněné nemocnici. Dle jejích slov dokumentaci přebrala v té podobě, ve které byla, je s ní víceméně spokojená. Během jejího působení nedošlo k výrazné úpravě či revizi dokumentace.

1. Od kdy přibližně máte zavedenou dokumentaci?

Rok zavedení přesně nevím, ale jsem si jistá, že její zavedení má přímou souvislost s vydáním metodického opatření v Koncepti ošetrovatelství z roku 2004 a s legislativními změnami týkající se zdravotnické dokumentace (vyhláška č. 385/2006).

2. Co Vás motivovalo k jejímu zavedení?

Asi nejsilnějším motivem byla legislativní opatření upravující oblast zdravotnické dokumentace a také vymezení ošetrovatelského procesu jako hlavní metodu práce sester v Koncepti ošetrovatelství. Neméně důležitá byla také právní ochrana sestry.

3. Kdo byl hlavním iniciátorem vzniku/zavedení dokumentace ve Vaší nemocnici?

Zejména bývalá hlavní sestra, ale pomáhaly jí i vrchní sestry, staniční a některé iniciativní sestry z oddělení. Jednalo se tedy o víceúrovňový tým sester, které měly o danou problematiku zájem.

4. Je ošetrovatelská dokumentace ve Vaší nemocnici společná s medicínskou?

Ne, je oddělená. V deskách pacienta tvoří první část dokumentace lékařská a druhá část je ošetrovatelská. V souvislosti s tímto bych chtěla zmínit, že narážíme na negativní postoj lékařů k ošetrovatelské dokumentaci a jejímu významu. Pokud u nás sestra potřebuje zaznamenat klinicky významnou změnu stavu pacienta (např. akutní zmatenost), musí o tom provést záznam jednak do dokumentace ošetrovatelské, jednak do lékařské - dekurzu, jelikož lékaři se do záznamů sester nedívají.

5. Vedete kromě písemné dokumentace i elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci?

Ne, nevedeme. Možná někdy v budoucnu bychom si chtěli pořídit program na její vedení, ale svou roli zde hraje i otázka financí. Ale domnívám se, že elektronická ošetrovatelská dokumentace by sestrám usnadnila práci.

6. Máte vytvořen standard „Vedení ošetrovatelské dokumentace“?

Ano, standard máme vytvořen. Na jeho vytvoření se podílela bývalá hlavní sestra s kolegy z řad vrchních a staničních sester.

7. Slouží Vám dokumentace ke zpětnému hodnocení kvality poskytnuté péče?

V průběhu roku, kdy pracuji na pozici hlavní sestry, se audit standardu ošetrovatelské dokumentace neuskutečnil. Nicméně dokumentace a záznamy v ní jsou průběžně kontrolovány. Nedostatky řešíme většinou pohovorem.

8. Když jste tvořili/zaváděli dokumentaci, bylo pro Vás důležité, aby její jednotlivé části korespondovaly s fázemi ošetrovatelského procesu?

Ano, bylo. Všechny naše základní složky ošetrovatelské dokumentace odrážejí jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu.

9. Ovlivnila podobu Vaší stávající dokumentace vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci?

Ano ovlivnila.

10. Jakým způsobem jste tvořili/získali dokumentaci?

Dokumentaci jsme si tvořili sami, neobjednali jsme si formuláře od komerčních firem, i když se tehdy asi trochu inspirovali podobou dokumentace HINZ.

A. Vlastní tvorba

A.1 Z jakých podkladů jste vycházeli při tvorbě dokumentace, kde jste se inspirovali?

Zřejmě se tým, který se podílel na tvorbě dokumentace, inspiroval z podoby dokumentací zapůjčených z jiných nemocnic, odborných knih a také z doškolovacích kurzů a seminářů v Brně.

A.2 Obraceli jste se na nějaké nezávislé odborníky mimo Vaši instituci za účelem konzultace dokumentace?

Přesně nevím. V době, kdy dokumentace vznikala, jsem zde ještě nepracovala.

A.3 Pokud jste si dokumentaci tvořili sami, kdo se na tvorbě podílel?

Metodicky tvorbu dokumentace vedla bývalá hlavní sestra v součinnosti s vrchními sestrami jednotlivých oddělení, avšak na vzniku dokumentace se podílely i ostatní sestry, které o to měly zájem.

A.4 Zapojily se sestry samy aktivně do tvorby dokumentace, případně do úpravy dokumentace po zkušebním užívání?

Ano, měly věcné připomínky k nově vytvořené dokumentaci, na základě kterých se poté provedly úpravy.

A.5 Pokud jste si formuláře tvořili, vycházeli jste z potřeb skupiny pacientů a charakteru oddělení?

Dokumentace na standardních odděleních má jednotnou podobu, liší se pouze v detailech, nezohledňovali jsme specifika dospělých pacientů.

11. Vyvíjíte/zdokonalujete postupem času dokumentaci, její jednotlivé složky, popřípadě zavádíte nové formuláře?

Během mého působení se žádný nový formulář nezavedl. Není vyloučeno, že v budoucnosti některé formuláře upravíme či zavedeme nové, což se bude odvíjet dle aktuální potřeby.

12. Máte vytvořenu odlišnou dokumentaci pro jednotlivá specifika nemocných, či je dokumentace jednotná pro celé zařízení?

Ošetrovatelská dokumentace je stejná pro všechna standardní oddělení.

- 13. Popište mi postup zavádění dokumentace na standardní ošetrovací jednotky.**
Mám informace, že zkušební provoz nově vytvořené dokumentace v minulosti proběhl. Sestry měly možnost vyjádřit připomínky či návrhy na zlepšení, na základě kterých byla dokumentace poupravena. Tento proces trval poměrně dlouho.
- 14. Chtěla bych znát váš názor, zda jste pro vytvoření jednotných standardních formulářů ošetrovatelské dokumentace pro ošetrovací jednotky v ČR.**
Nejsem pro vytvoření jednotné ošetrovatelské dokumentace v rámci ČR, každá nemocnice má svá specifika.
- 15. Jak se stavíte ke standardizaci ošetrovatelské terminologie?**
Celkem negativně.

Příloha 2 Přepis rozhovoru s respondentem č. 2 (R2)

1. Od kdy přibližně máte zavedenou dokumentaci?

Je to asi přibližně čtyři roky. Od té doby co ministerstvo vydalo metodický pokyn Koncepce ošetrovatelství.

2. Co Vás motivovalo k jejímu zavedení?

K zavedení dokumentace nás popravdě vedly pouze legislativní požadavky, možná také právní ochrana sestry i pacienta.

3. Kdo byl hlavním iniciátorem vzniku/zavedení dokumentace ve Vaší nemocnici?

Všechny vrchní sestry pod mojí záštitou (působím současně jako hlavní sestra nemocnice i vrchní sestra chirurgického oddělení). Z řadových sester se angažovaly většinou novější absolventky, které se již ve škole o dokumentaci a o ošetrovatelském procesu učily a potom také starší sestry, které studovaly postgraduálně v Brně a o této problematice slyšely na seminářích. Myslím si, že ke vzniku dokumentace v naší nemocnici přispěla také změna na pozici hlavní sestry, protože moje předchůdkyně neholdovala ani jakémukoli formuláři.

4. Je ošetrovatelská dokumentace ve Vaší nemocnici společná s medicínskou?

Jeden formulář, který jsme si sami vytvořili, máme společný s lékaři, jedná se o společný dekurz – medikační list, na jehož druhou stranu píšou sestry důležité informace o stavu pacienta, či o provedených ošetrovatelských zákrocích (zavedení kanyly, cévky, datum výměny atd.), zároveň sem lékaři zaznamenávají vizitu a ordinace. Bohužel ani zavádění tohoto formuláře se neobešlo bez různých překážek, protože lékaři do toho nechtěli psát, bylo pro ně jednodušší ordinace či vizitu napsat do obyčejných papírů. Kdežto tady se musí ordinace rozepisovat.

5. Vedete kromě písemné dokumentace i elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci?

Ne, nevedeme.

6. Máte vytvořen standard „Vedení ošetrovatelské dokumentace“?

Ne, standard na dokumentaci nemáme.

7. Slouží Vám dokumentace ke zpětnému hodnocení kvality poskytnuté péče (např. formou retrospektivního auditu)?

Vzhledem k tomu, že nemáme zavedený standard ošetrovatelské dokumentace, tak ani neprovádíme její audit.

8. Když jste tvořili/zaváděli dokumentaci, bylo pro Vás důležité, aby její jednotlivé části korespondovaly s fázemi ošetrovatelského procesu?

Celkem ano. Už jenom vzhledem k tomu, že sestra je v tzv. první linii při styku s pacientem, je s ním během hospitalizace nejčastěji a vidí u něho mnohem více, než lékař. Určitě to pomůže ke zkvalitnění péče o pacienta, dříve se to také dělalo, ale nezapisovalo se to. Ale zatím nemáme hodnocení pacienta, to se přiznám, to nedokumentujeme. Dokumentaci věřím zejména na zaznamenávání akutních

postřehů a změn chování pacientů. Bohužel u nás nemá pacient svoji primární sestru, nemáme na oddělení bakalářky, které by si sedly s pacienty a hodinu si s ním povídaly o všech jeho problémech a pak to zapsaly do dokumentace. Ne, dělají to normálně klasicky sestry u lůžka, které mají na starost další pacienty. Není nikdo na oddělení, kdo by se mohl jenom věnovat dokumentaci. Pro nás bylo důležité, aby se ohlídky invazivní vstupy. Vzhledem k tomu, že pod naši nemocnici spádově připadají pacienti léčení v psychiatrické léčebně, tak zejména u nich jsou ty záznamy a postřehy sestry pro lékaře i ostatní personál důležité.

9. Ovlivnila podobu Vaší stávající dokumentace vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci?

Snažíme se dokumentaci vytvářet tak, aby splňovala legislativní požadavky na ní kladené, takže ano.

10. Jakým způsobem jste tvořili/získali dokumentaci?

Tvořili jsme si jí převážně sami. Viděla jsem v jiné nemocnici dokumentaci HINZ, ze které jsem byla nadšená, ulehčí to práci, ale chce to, aby měla sestra pokojový systém. Pokojový systém bohužel nemůžeme splnit při našem počtu sester. Bohužel u nás je tady špatná spolupráce se staršími lékaři co se týká HINZu, protože oni tomu nevěří. Mám slíbeno od firmy, která vyrábí a distribuuje dokumentaci HINZ, že nám jí tak na měsíc zapůjčí a zkusíme přesvědčit lékaře i sestry, aby do ní zaznamenávali a pak bychom si našli sponzora, který by nám dokumentaci koupil, protože na jedno oddělení je to investice okolo 30 tisíc.

A. Vlastní tvorba

A.1 Z jakých podkladů jste vycházeli při tvorbě dokumentace, kde jste se inspirovali?

Při tvorbě dokumentace jsme se trochu inspirovali dokumentací z plzeňské fakultní nemocnice, protože jedna z těch našich iniciativnějších sestřiček tam dříve pracovala a také dokumentací HINZ. Ale většinou jsme si dokumentaci přizpůsobovali sami sobě. Ale na té anamnéze se nedá nic moc změnit, to základní musí být skoro všude stejné. Liší se to třeba v jedné nebo dvou kolonkách. Vycházeli jsme také z literatury, zejména z příruček České ošetrovatelství.

A.2 Obraceli jste se na nějaké nezávislé odborníky mimo Vaši instituci za účelem konzultace dokumentace?

Ne, dokumentaci jsme konzultovali interně v rámci nemocnice. Vyměňovali jsme si informace s místním ústavem sociální péče, ale přímo konzultace to nebyla.

A.3 Pokud jste si dokumentaci tvořili sami, kdo se na tvorbě podílel?

Tvorbu dokumentace (formální zpracování) prováděly většinou vrchní sestry, ale i já.

A.4 Zapojily se sestry samy aktivně do tvorby dokumentace, případně do úpravy dokumentace po zkušebním užívání?

Poté, co vrchní sestry vytvořily nějaký formulář, se tato dokumentace dala sestrám na oddělení, kde probíhalo její testování. V této zkušební době sestry přicházely s různými nápady na vylepšení. Zkušební fáze byla důležitá, protože od stolu se vymyslí nějaká nová věc, ale teprve v praxi se pozná, zda je to vyhovující či ne.

A.5 Pokud jste si formuláře tvořili, vycházeli jste z potřeb skupiny pacientů a charakteru oddělení?

Ano, každé oddělení si vytvořilo trochu jinou dokumentaci.

11. Vyvíjíte/zdokonalujete postupem času dokumentaci, její jednotlivé složky, popřípadě zavádíte nové formuláře?

Zatím nemáme v plánu dotvářet nové formuláře, protože už je jich celkem dost. Konkrétně na lůžkách toho má sestra opravdu dost, někdy dokonce musí vyplňovat neschopenky atd., což by měl dělat lékař. Ale podobu stávajících formulářů (zejména společného dekurzu) už jsme několikrát změnili, aby nám co nejlépe vyhovoval a obsahoval vše podstatné. Stále to není konečná verze.

12. Máte vytvořenu odlišnou dokumentaci pro jednotlivá specifika nemocných, či je dokumentace jednotná pro celé zařízení?

Dokumentace se liší podle toho, zda se jedná o dlouhodobou (LDN) či krátkodobou hospitalizaci (gynekologie).

13. Popište mi zavádění dokumentace na standardní ošetrovací jednotky.

Dokumentaci jsme začali zavádět postupně, protože sestry by to najednou asi nedělaly. Nejdříve jsme zavedli jeden formulář, poté přibývaly postupně další, myslím si, že sestry to takto lépe akceptovaly.

14. Chtěla bych znát Váš názor, zda jste pro vytvoření jednotných standardních formulářů ošetrovatelské dokumentace pro ošetrovací jednotky v ČR.

Myslím si, že vytvoření standardní dokumentace by bylo nešťastné, protože my se nemůžeme rovnat jak počtem sester, tak počtem specifikace onemocnění pacientů např. fakultní nemocnici. Na všech seminářích o ošetrovatelské dokumentaci nám říkali, že se má dokumentace přizpůsobit danému oddělení, že zatím není daná její podoba a každé zařízení si může založit svoji, podle toho, aby jim vyhovovala.

15. Jak se stavíte ke standardizaci ošetrovatelské terminologie?

Já vím co to je, ale abych tomu přesně rozuměla, tak to ne. Uznávám např. v ošetrovatelské anamnéze zhodnocení stupně dekubitu, stupně soběstačnosti, to upozorní sestru na možná rizika a na míru poskytované péče (polohování, pomůcky atd.). Modely jsem se sice učila, ale dokumentaci podle nich vytvořenou nemáme.

Příloha 3 Přepis rozhovoru s respondentem č. 3 (R3)

1. Od kdy přibližně máte zavedenou dokumentaci?

Dokumentaci jsme zavedli před pěti lety v r. 2004, kdy to samozřejmě narazilo na prudký odpor u lékařů.

2. Co Vás motivovalo k jejímu zavedení?

Tvorba dokumentace a její zavádění do praxe vyšla z požadavků Koncepce ošetrovatelství, myslím si, že to je současný trend, který musí být. Je to moje vize dlouhá léta. Máme zavedenou skupinovou péči, po sesterské linii máme vše připravené proto, abychom mohli spustit dokumentaci v plné podobě.

3. Kdo byl hlavním iniciátorem vzniku/zavedení dokumentace ve Vaší nemocnici?

Převážně já a moje vrchní sestry.

4. Je ošetrovatelská dokumentace ve Vaší nemocnici společná s medicínskou?

Nyní ne. Během měsíční zkušební doby jsme měli společný formulář – ordinační list. Bohužel toto se setkalo s odporem a nezájmem u lékařů a tyto listy se zrušily. S novým primářem interního oddělení jsme domluveni, že se opět pokusíme zavést společnou dokumentaci. Momentálně je dokumentace opět ve stadiu přípravy.

5. Vedete kromě písemné dokumentace i elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci?

Ne.

6. Máte vytvořen standard „Vedení ošetrovatelské dokumentace“?

Ne, protože nemáme dokumentaci kompletní.

7. Slouží Vám dokumentace ke zpětnému hodnocení kvality poskytnuté péče (např. formou retrospektivního auditu)?

Nemáme standard, neprovádíme tudíž audit. Pouze probíhají namátkové kontroly kompletnosti a správnosti vedení dokumentace. Nedostatky se řeší pohovorem.

8. Když jste tvořili/zaváděli dokumentaci, bylo pro Vás důležité, aby její jednotlivé části korespondovaly s fázemi ošetrovatelského procesu?

Snažili jsme se v té zkušební fázi mít kompletní dokumentaci, která je spjatá s ošetrovatelským procesem. Ovšem k dokumentování ošetrovatelského procesu (psaní diagnóz atd.) bohužel na základě vlny nevole po zkušební době nedošlo. Vlastně celý proces a hodnocení provádí sestry ústně při předávání služby a při hlášení, složitější věci řeší přímo u lůžka. Pokud sestry potřebují zaznamenat důležité informace, píšou je jak do knihy hlášení sester, tak do dekurzu, protože lékaři se do záznamů sester nedívají.

9. Ovlivnila podobu Vaší stávající dokumentace vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci?

Ani ne.

10. Jakým způsobem jste tvořili/získali dokumentaci?

Dokumentaci jsme si tvořili sami. Například HINZ je pro nás velmi drahá záležitost a krok do neznáma.

A. Vlastní tvorba

A.1 Z jakých podkladů jste vycházeli při tvorbě dokumentace, kde jste se inspirovali?

Měly jsme zapůjčenou dokumentaci z fakultní nemocnice, ale nijak výrazně jsme z ní nečerpali. Dokumentace, kterou jsme si zkusili sami vytvořit, s ní není totožná, poupravili jsme si jí dle potřeb našich oddělení. Při tvorbě dokumentace jsem čerpala zejména z informací, které jsem získala při postgraduálním studiu a seminářích v Brně.

A.2 Obraceli jste se na nějaké nezávislé odborníky mimo Vaši instituci za účelem konzultace dokumentace?

Ne.

A.3 Pokud jste si dokumentaci tvořili sami, kdo se na tvorbě podílel?

Já a vrchní sestry, ale také některé řadové sestry z oddělení byly velmi iniciativní a měly nápady na zlepšení, ale těch nebylo mnoho. Naopak některé sestry byly vůči dokumentaci velmi skeptické.

A.4 Zapojily se sestry samy aktivně do tvorby dokumentace, případně do úpravy dokumentace po zkušebním užívání?

Ano, některé. Na to už jsem vám v podstatě odpověděla v předchozí otázce.

A.5 Pokud jste si formuláře tvořili, vycházeli jste z potřeb skupiny pacientů a charakteru oddělení? Ano.

11. Vyvíjíte/zdokonalujete postupem času dokumentaci, její jednotlivé složky, popřípadě zavádíte nové formuláře?

To co jsme dříve vytvořili a ve zkušební době použili, má dnes nový primář u sebe a čekáme na jeho připomínky. Poté bychom samozřejmě dokumentaci doplnili či poupravili a zkusili ji opět zavést.

12. Máte vytvořenu odlišnou dokumentaci pro jednotlivá specifika nemocných, či je dokumentace jednotná pro celé zařízení?

Dokumentace je na odděleních trochu odlišná, liší se zejména u pacientů na LDN.

13. Popište mi postup zavádění dokumentace na standardní ošetrovací jednotky.

Proběhla u nás měsíční zkušební doba a ta se vyhodnotila tak, že je potřeba na dokumentaci ještě pracovat – něco se přidá, něco upraví. Ze strany sester nebyl s dokumentací problém. Ovšem měsíc je krátká doba. Dokonce jsme měli zkušebně zavedenou kompletní dokumentaci, ovšem po měsíci bohužel zůstala jenom ta část, kterou máme dosud (tj. anamnéza a sesterská překladová/propouštěcí zpráva) a společná složka dokumentace – tedy ordinační listy se opět zrušily.

14. Chtěla bych znát Váš názor, zda jste pro vytvoření jednotných standardních formulářů ošetrovatelské dokumentace pro ošetrovací jednotky v ČR.

Nemyslím si, že standardizace je vhodná. Myslím si, že každé zařízení má svá pravidla a zvyklosti a že se dokumentace musí přizpůsobit tomu, aby vyhovovala provozu konkrétního oddělení.

15. Jak se stavíte ke standardizaci ošetrovatelské terminologie?

Stavím se k tomu tak, že vývoj ošetrovatelství udělal nějakou cestu a nemůžeme se tvářit, že ne. Striktně to neodmítám, ale příliš se v těchto novinkách nevyznám.

Příloha 4 Přepis rozhovoru s respondentem č. 4 (R4)

1. Od kdy přibližně máte zavedenou dokumentaci?

Máme jí více než tři roky, asi od roku 2005. Celkem dlouho jsme se tomu bránili, protože jsme si mysleli, že je to zatěžující, vzhledem k tomu, že zde nemáme tolik personálu jako ve fakultních nemocnicích. Ale nezbývalo nám nic jiného než k zavedení dokumentace přistoupit.

2. Co Vás motivovalo k jejímu zavedení?

My jsme začali dokumentaci tvořit již před vydáním vyhlášky o ošetrovatelské dokumentaci, protože jsme tušili, že stejně k jejímu vydání brzy dojde. Byly to tedy legislativní požadavky.

3. Kdo byl hlavním iniciátorem vzniku/zavedení dokumentace ve Vaší nemocnici?

Zejména já. Působím současně na pozici hlavní sestry i vrchní sestry chirurgického oddělení. Řadové sestry se neangažovaly, naopak jsem je musela přesvědčovat o nezbytnosti zavedení ošetrovatelské dokumentace. Bohužel se neangažovaly ani sestry absolventky. Měla jsem pocit, že s dokumentací moc nepracují.

4. Je ošetrovatelská dokumentace ve Vaší nemocnici společná s medicínskou?

Ano, máme společné dekurzy (krátkodobé, dlouhodobé). Jednou z výhod dokumentace HINZ, kterou používáme, je právě integrování lékařských a ošetrovatelských záznamů. Ovšem do čistě ošetrovatelských záznamů zkrátka naši lékaři nenahlížíjí.

5. Vedete kromě písemné dokumentace i elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci?

Elektronickou dokumentaci zatím nepoužíváme.

6. Máte vytvořen standard „Vedení ošetrovatelské dokumentace“?

Ano, jednoduchý standard máme, při jeho tvorbě jsme se inspirovali podobou obdobného standardu z jiné nemocnice. Obsahuje zejména pravidla pro provádění záznamů.

7. Slouží Vám dokumentace ke zpětnému hodnocení kvality poskytnuté péče (např. formou retrospektivního auditu)?

Audit jako takový neproběhl. Zpočátku jsem prováděla namátkové kontroly dokumentace a poskytovala jsem sestrám rady, jak s dokumentací pracovat.

8. Když jste tvořili/zaváděli dokumentaci, bylo pro Vás důležité, aby její jednotlivé části korespondovaly s fázemi ošetrovatelského procesu?

Ano určitě. Formuláře od firmy, které používáme, podporují zaznamenávání celého ošetrovatelského procesu. Bohužel při malém počtu personálu nemůžeme mít skupinový systém. Upřímně, já jsem stará škola a nevidím v tom zas takový přínos pro pacienta. Spíše v tom vidím to, že ten papír musí být, ale významný přínos pro kvalitu péče to podle mě nemá. Myslím, že je lepší, když pacient odejde spokojený a v pořádku, bez ohledu na to, jestli má v dokumentaci všechno řádně zapsané.

9. Ovlivnila podobu Vaší stávající dokumentace vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci?

Vyhláše jsme učinili zadost již před jejím vstoupením v platnost. V té době jsme již používali dokumentaci, která obsahuje všechny nezbytnosti.

10. Jakým způsobem jste tvořili/získali dokumentaci?

Objednali jsme si dokumentaci HINZ od firmy Promedica. Záměrně jsme se spojili s firmou specializující se na ošetrovatelskou dokumentaci, protože jsme si říkali proč vymýšlet něco nového, když už to vymyšlené je. Byli jsme se podívat v nemocnici, která lůžkovým fondem i spektrem poskytované péče odpovídá té naší, a ve které již měli zavedenou dokumentaci HINZ. Tam jsme se tedy inspirovali. K rozhodnutí objednat si dokumentaci od firmy, přispělo i to, že bývalé vedení nemocnice nakoupilo desky a pořadače na tuto dokumentaci, což rozhodně není levná investice. Bohužel pro bývalé vedení tímto ošetrovatelská dokumentace skončila a dál se nic nedělo. My jsme si řekli, že je škoda to nijak nevyužít a firmu jsme kvůli chybějícím formulářům oslovili. I když nám tímto odpadla prvotní investice za pořadače, tak investice do formulářů také nebyla zanedbatelná, jelikož firma si nechala zaplatit jakoukoli jinou úpravu na jakémkoli tiskopise.

B. Formuláře od firem

B.1 Pokud jste si formuláře objednávali od firem, určili jste si požadavky na dokumentaci?

Dokumentaci jsme tvořili minimálně rok ve spolupráci s firmou Promedica s tím, že jsme měli možnost si určit požadavky na formu a úpravu dokumentace dle našich potřeb. Firma dokumentaci upravila a poté nám ji dala k odsouhlasení a mohli jsme si ji na vlastní náklady vytisknout. Upravovali jsme zejména společné dekurzy pro lékaře a sestry.

11. Vyvíjíte/zdokonalujete postupem času dokumentaci, její jednotlivé složky, popřípadě zavádíte nové formuláře?

Teď zrovna není ta doba, kdy bychom chtěli něco na dokumentaci upravovat, jelikož jsme rádi, že se dokumentace zaběhla a ty problémy moc nejsou. Máme opravdu málo personálu, takže jsme rádi, že to sestry nyní alespoň trochu stíhají.

12. Máte vytvořenu odlišnou dokumentaci pro jednotlivá specifika nemocných, či je dokumentace jednotná pro celé zařízení?

Liší se dokumentace pro plánovanou krátkodobou a dlouhodobou hospitalizaci. Ošetrovatelská anamnéza pro dospělé je jednotná pro celé zařízení.

13. Popište mi postup zavádění dokumentace na standardní ošetrovací jednotky.

Sestry se zpočátku zavedení dokumentace bránily, ale nakonec jsme se dohodli, že je to nezbytné. Probíhala zkušební doba, ve které jsme na oddělení dali k dispozici vzory dokumentace. Lékaři a sestry k tomu samozřejmě měli určité připomínky, které jsme brali v potaz. Upravovali se spíše drobnosti, jednotlivé kolonky dle potřeb oddělení. Nejdříve jsme dokumentaci zavedli na interní a chirurgické oddělení a poté na zbylá menší oddělení, kde byla paradoxně nejhorší domluva.

14. Chtěla bych znát Váš názor, zda jste pro vytvoření jednotných standardních formulářů ošetrovatelské dokumentace pro ošetrovací jednotky v ČR.

Myslím si, že tohle řešení by moc dobré nebylo. Každý provoz je přece jenom trochu odlišný, jiný systém a to je třeba respektovat.

15. Jak se stavíte ke standardizaci ošetrovatelské terminologie?

Nevím, jak bych vám na toto odpověděla. Tady pro mě vyvstává otázka, zda vůbec ošetrovatelské diagnózy jsou přínosem. Moc se v tomto neorientuji.

Příloha 5 Přepis rozhovoru s respondentem č. 5 (R5)

1. Od kdy přibližně máte zavedenou dokumentaci?

Úplně původně jsme s ošetrovatelskou dokumentací (systém HINZ) začínali v roce 2000. Tehdy to bylo pouze na interním oddělení. Od roku 2004 funguje ošetrovatelská dokumentace v celé nemocnici.

2. Co Vás motivovalo k jejímu zavedení?

Vyšlo to z původního metodického opatření – Koncepce ošetrovatelství. K zavedení také přispěla pozdější legislativní doporučení, poté jsme se začali o dokumentaci více zajímat.

3. Kdo byl hlavním iniciátorem vzniku/zavedení dokumentace ve Vaší nemocnici?

Hlavním iniciátorem byla moje předchůdkyně na pozici hlavní sestry, po ní jsem proces zavádění dokumentace převzala já. Zároveň se mnou byla velkým hybným motorem vrchní sestra interního oddělení, která se nebrání novým věcem, je to taková „průkopnice“. Sestry pracující u lůžka nevyvinuly žádnou iniciativu ve smyslu potřeby zavedení ošetrovatelské dokumentace, spíše se naopak jejímu zavedení bránily, všechno tudíž bylo řízeno mnou. V konečné fázi se velice bránili lékaři, aby u nás takto fungovala dokumentace (zejména společným dekurzům). Nakonec musela zasáhnout tehdejší ředitelka a lékařům to nařídit.

4. Je ošetrovatelská dokumentace ve Vaší nemocnici společná s medicínskou?

Máme dokumentační systém HINZ, který je společný s medicínskou dokumentací.

5. Vedete kromě písemné dokumentace i elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci?

Ne, nemáme ji.

6. Máte vytvořen standard „Vedení ošetrovatelské dokumentace“?

Ano máme. Vytvořila ho zejména vrchní sestra interního oddělení.

7. Slouží Vám dokumentace ke zpětnému hodnocení kvality poskytnuté péče (např. formou retrospektivního auditu)?

Ano. Poslední audit za účelem zkvalitnění vedení dokumentace a také péče o nemocné jsme dělali asi před dvěma lety.

8. Když jste tvořili/zaváděli dokumentaci, bylo pro Vás důležité, aby její jednotlivé části korespondovaly s fázemi ošetrovatelského procesu?

Ano, samozřejmě jsme chtěli, aby části dokumentace souhlasili s jednotlivými fázemi ošetrovatelského procesu, to se nám povedlo. Máme zavedenou skupinovou péči téměř na všech odděleních (na chirurgii ne).

9. Ovlivnila podobu Vaší stávající dokumentace vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci?

Proběhla drobná úprava. Přidali jsme k původnímu souboru dokumentace formulář pro hodnocení, který jsme před tím neměli.

10. Jakým způsobem jste tvořili/získali dokumentaci?

Dokumentační systém HINZ nám tehdy nabízeli, navštívila nás zástupkyně firmy Promedica. Po nějaké době, když jsme začali nad zavedením dokumentace uvažovat, jsme zmíněnou firmu kontaktovali. V rámci Plzeňského kraje jsme byli v ošetrovatelské dokumentaci průkopníci, tudíž jsme se nikde neinspirovali. Naopak se k nám potom jezdili dívat a sbírat zkušenosti se zaváděním a provozem ošetrovatelské dokumentace hlavní sestry z nemocnic podobného typu, a to nejen z Plzeňského kraje.

B. Formuláře od firmy

B.1 Pokud jste si formuláře objednávali od firem, určili jste si požadavky na dokumentaci?

Oni nám nabídli určité formuláře, ale měli jsme možnost, a také jsme jí využili, si některé formuláře dovyrobili vlastní, či poupravit jejich vzorové. Dali nám doporučení (návod) a my jsme si poté dokumentaci přizpůsobovali podle potřeb, naše návrhy respektovali.

11. Vyvíjíte/zdokonalujete postupem času dokumentaci, její jednotlivé složky, popřípadě zavádíte nové formuláře?

Dokumentaci budeme dále vyvíjet či tvořit nové formuláře podle potřeby. Zrovna nedávno jsme pozměňovali dokumentaci na LDN a vytvářeli téměř novou dokumentaci pro sociální lůžka.

12. Máte vytvořenu odlišnou dokumentaci pro jednotlivá specifika nemocných, či je dokumentace jednotná pro celé zařízení?

Každé oddělení má trochu jinou dokumentaci, podle specifických potřeb nemocných i charakteru konkrétního oboru. Dále máme rozdílnou dokumentaci pro krátkodobou (týká se spíše operačních oborů) a dlouhodobou hospitalizaci. Anamnéza pro dospělé je jednotná.

13. Popište mi postup zavádění dokumentace na standardní ošetrovací jednotky.

Již v roce 2000, kdy jsem nastoupila do funkce, jsme začali o ošetrovatelské dokumentaci diskutovat a začali jsme sbírat materiály (z dostupné literatury, seminářů v Brně). V těchto začátcích jsme nejprve zaváděli ošetrovatelskou dokumentaci na interním oddělení, kde se tomu vrchní sestra nebránila - je přístupná všem novým věcem. Nejprve jsme začínali s jedním formulářem – dekurzem, poté jsme postupně přidávali další formuláře a složky. Dá se říci, že to byl takový testovací provoz, při němž se postupem času rozběhla celá ošetrovatelská dokumentace. Na ostatních odděleních jsme již zaváděli dokumentaci celou, naráz. Na základě zkušeností z interního oddělení jsme totiž zjistili, že je to lepší. Postupné zavádění dokumentace je zdoluhavý proces a ztrácí se v něm myšlenka ošetrovatelského procesu. Během počátečního provozu jsme samozřejmě sbírali názory na dokumentaci a došlo také k dodatečným drobným úpravám. Například dříve jsme ošetrovatelské diagnózy vypisovali ručně, ale nepřišlo nám to praktické, tak jsme si nechali vytvořit formuláře s nejčastějšími diagnózami. Tyto formuláře jsou zaškrťovací.

14. Chtěla bych znát Váš názor, zda jste pro vytvoření jednotných standardních formulářů ošetrovatelské dokumentace pro ošetrovací jednotky v ČR.

Zatím jsem o tom nepřemýšlela. Ale myslím si, že ošetrovatelská dokumentace např. pro nemocnice menšího typu by mohla být společná. Myslím si, že pokud se bude více rozmáhat elektronická ošetrovatelská dokumentace, tak vyvstane i potřeba standardizovat formuláře.

15. Jak se stavíte ke standardizaci ošetrovatelské terminologie?

Myslím si, že širší používání standardizované ošetrovatelské terminologie bude přínosné. Vycházím i z vlastní zkušenosti: když nahlédnu do dokumentace jiného zařízení, kde používají jinou terminologii resp. žádnou, je obtížné se v záznamech vyznat. Dá se říci, že i ošetrovatelský plán je standardizovaný, předem předtištěné základní ošetrovatelské diagnózy jsou stejné, ovšem poté se v jednotlivých formulářích pro konkrétní oddělení liší podle potřeb pacientů.

Příloha 6 Přepis rozhovoru s respondentem č. 6 (R6) – Fakultní nemocnice Plzeň

1. Od kdy přibližně máte zavedenou dokumentaci?

Přibližně od r. 2000, finální verzi jsme měli hotovou v roce 2005. Ve zmíněném roce 2000 a poté další tři roky se projížděla veškerá dokumentace, jak ošetrovatelská, tak lékařská a zjistili jsme, že v celé nemocnici máme zhruba 5000 formulářů. Třeba jeden formulář byl používán v šesti různých verzích na pracovištích (Bory, Lochotín, Slovany). Takže jsme formuláře stáhli ze všech oddělení a ze všech se udělali standardizované dokumenty a formuláře. V současné době máme pro téměř 70 oddělení a klinik v rámci celé fakultní nemocnice 1800 oficiálně používaných formulářů. Asi 200 formulářů již máme zanesené elektronicky a postupně přidáváme další. Centralizace dokumentů probíhá v podstatě pořád. V roce 2005 jsme získali certifikát kvality ISO, takže do r. 2005 jsme museli mít základní dokumenty vytvořené. Podmínkou získání tohoto ISO je dokonalá standardizace všech postupů (ošetrovatelských výkonů, dokumentů, elektronického systému objednávek atd.). Všechny formuláře, které v současné době používáme, máme zkontrolované a zaevidované, mají své číslo, víme, kde se dá objednat a kde je uložen elektronicky.

2. Co Vás motivovalo k jejímu zavedení?

U nás to nebyly pouze požadavky legislativní, ale také zajištění kvality péče, nezbytnost nastavení kontroly indikátorů kvality ošetrovatelské péče.

3. Kdo byl hlavním iniciátorem vzniku/zavedení dokumentace ve Vaší nemocnici?

Hlavní sestra.

4. Je ošetrovatelská dokumentace ve Vaší nemocnici společná s medicínskou?

Ano je společná. Asi polovina dokumentů a formulářů je samostatná ošetrovatelská dokumentace a druhá polovina je společná se zdravotnickou (lékařskou).

5. Vedete kromě písemné dokumentace i elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci?

Ano. V roce 2000 jsme přistoupili k přechodu na elektronickou podobu dokumentace. V současné době máme veškeré dokumenty, formuláře, ošetrovatelskou dokumentaci, zdravotnickou dokumentaci, jak v tištěné podobě (příruční množství na oddělení), tak v elektronické podobě. Jednotliví zdravotničtí pracovníci, ať už lékaři nebo nelékaři, si dokumenty v elektronické podobě rovnou vypíší a poté vytisknou. Tištěná se zakládá do povinné dokumentace - chorobopisu pacienta, elektronická dokumentace zůstává součástí klinického informačního systému, což má svoji výhodu. Pokud je pacient hospitalizován či vyšetřován na různých pracovištích či putuje po areálech, není potřeba, aby s pacientem putovala i tištěná dokumentace na každé pracoviště, kam vstoupí – ať už ambulantní část, lůžková nebo komplement. Všude si může lékař či sestra otevřít elektronickou dokumentaci. Elektronická dokumentace je nesmrtelná, tzn. od chvíle, kdy jsme pacienta zanesli o systému, tak se archivuje v centrální databázi. Do elektronického systému mají vstup podle kompetencí všichni zdravotničtí pracovníci.

6. Máte vytvořen standard „Vedení ošetrovatelské dokumentace“?

Ano, zrovna probíhá jeho revize.

7. Slouží Vám dokumentace ke zpětnému hodnocení kvality poskytnuté péče (např. formou retrospektivního auditu)?

Samozřejmě, pravidelně probíhají audity na různých pracovištích. Pokud se při auditu zjistí výrazná neshoda, musí pracoviště nedostatky na místě napravit a poté písemně vypracovat a poslat plán nápravných opatření.

8. Když jste tvořili/zaváděli dokumentaci, bylo pro Vás důležité, aby její jednotlivé části korespondovaly s fázemi ošetrovatelského procesu?

Určitě, bez toho by to nešlo, ošetrovatelská dokumentace by neměla ten pravý smysl. Funguje u nás jak skupinový systém péče, tak systém péče primárními sestrami a ošetrovatelský proces se provádí a dokumentuje ve všech jeho fázích.

9. Ovlivnila podobu Vaší stávající dokumentace vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci?

Ano, výrazně. Řadu dokumentace jsme museli předělat a přizpůsobit tak, aby odpovídala legislativě.

10. Jakým způsobem jste tvořili/získali dokumentaci?

Zpočátku v 90. letech jsme si dokumentaci HINZ objednali od firmy a dle možností si ji upravili podle našich potřeb. Dokumentační systém HINZ se na konci 90. let na řadě pracovištích zavedl, ale ukázal se postupem času jako naprosto nevyhovující. Lékaři na něj byli „darební“, nepoužívali jezdcy, z formulářů používali jenom část. Závažně se při jeho užívání chybovalo, stala se i fatální pochybení. Například lékaři, kteří věčně nenosili brýle, vytahovali nesprávné signalizační jezdcy. K tomu, aby byla dokumentace HINZ přínosem a nechybovalo se, musí být úplně sjednocený lékařský i ošetrovatelský tým a musí umět s dokumentačním systémem pracovat. Řada pracovišť nebyla schopna HINZ dokumentaci akceptovat a naučit se s ní pracovat. Zaznamenali jsme také negativní zkušenost se studenty, zejména mediky, kteří si hráli s jezdcy, zaměňovali barvy apod., a pak se k tomu nikdo nepřiznal. Dle mého názoru je tento systém příliš anonymní. V současné době dokumentace HINZ zůstala zejména na těch pracovištích, která si na něj zvykla (např. I. Interní klinika), ale spíše z té dokumentace zůstaly už jen některé části. Řekla bych, že dnes HINZ funguje pouze na 20 % oddělení v různých modifikacích. HINZ je skvělý na těch odděleních a klinikách, kde je pevně stanovený řád, stabilní tým a kam nechodí velké množství studentů. Bohužel takových pracovišť je ve fakultních nemocnicích málo, hodí se spíše pro menší zařízení. Pro nás má systém HINZ tu nevýhodu, že tým, jak má na něj firma licenci a chrání si svoje „know how“, nemůžeme implementovat tyto firemní formuláře do modulu elektronické ošetrovatelské dokumentace. Ve chvíli, kdy chceme mít formuláře v elektronické podobě, tak si je musíme sami vytvořit, nemůžeme je zkopírovat. Dnes máme převážně již vlastní systém ošetrovatelské dokumentace. Nedlouho po zavedení dokumentace HINZ jsme přišli na to, že nám tento systém nevyhovuje. V té době zde existovalo Centrum řízení kvality, které

vedly dvě vzdělané a schopné pracovnice, které vytvořily „know how“ naší vlastní dokumentace, ze které těžíme dodnes.

A. Vlastní tvorba

A.1 Z jakých podkladů jste vycházeli při tvorbě dokumentace, kde jste se inspirovali?

Při tvorbě vlastní dokumentace jsme se neinspirovali v jiných zařízeních. Vycházeli jsme z dostupných materiálů a všechno se opíralo o platnou legislativu. Každý dokument je schválený právním oddělením, bez toho by to v dnešní době nešlo.

A.2 Obraceli jste se na nějaké nezávislé odborníky mimo Vaši instituci za účelem konzultace dokumentace?

Samozřejmě jsme měli možnost dokumentaci zkonzultovat s odborníky z jiných fakultních nemocnic. Velmi jsme si pomáhali mezi 11 fakultními nemocnicemi v rámci Sdružení fakultních nemocnic, kdy jsme si navzájem propůjčovali již vytvořené materiály.

A.3 Pokud jste si dokumentaci tvořili sami, kdo se na tvorbě podílel?

Dá se říci, že se na tvorbě dokumentace podílel a stále podílí tým lidí. Základ naší vlastní dokumentace položily pracovnice Centra řízení kvality. Dále jsou do tvorby dokumentace zapojeny členky jednotlivých pracovních skupin a v neposlední řadě také sestry pracující u lůžka. Zpětnou kontrolu provádí hlavní sestra.

A.4 Zapojily se sestry samy aktivně do tvorby dokumentace, případně do úpravy dokumentace po zkušebním užívání?

Ano, pokud ta potřeba vzešla ze strany sester a pracoviště. Vždy musí o nový formulář zažádat vedení oddělení (primář či přednosta ve spolupráci s vrchní sestrou). Přičemž vrchní sestra je garantem toho, že mi předá skutečně objektivní požadavek. Je to právě vrchní sestra, která má okolo sebe tým aktivních sester („myšek“), které jí pomohou formulář navrhnout, protože ony ho v praxi potřebují a ony s ním budou v budoucnu pracovat. Ovšem také už se stalo, že navrhli formuláře, které byly neakceptovatelné. Ano, mohu říci, že u nás máme iniciativní sestry na všech pozicích, včetně řadových sester pracujících přímo u lůžka nemocného.

A.5 Pokud jste si formuláře tvořili, vycházeli jste z potřeb skupiny pacientů a charakteru oddělení?

Při tvoření dokumentace jsme se snažili spíše o to, aby byla dokumentace univerzální, multifunkční, pro každý systém péče. Například ošetřovatelské plány máme dva jakoby multioborové pro všechny interní a chirurgické obory. Dokumentace se odlišuje např. na sociálních lůžkách.

11. Vyvíjíte/zdokonalujete postupem času dokumentaci, její jednotlivé složky, popřípadě zavádíte nové formuláře?

Samozřejmě. Pokud vzejde potřeba zavedení nového formuláře na základě legislativních požadavků (nový zákon, novela), přijdu s návrhem já, vytvořím potřebný formulář a jeho užívání nařídím. Pokud je to formulář, který si vyžaduje oddělení, udělá si toto pracoviště svůj návrh.

12. Máte vytvořenu odlišnou dokumentaci pro jednotlivá specifika nemocných, či je dokumentace jednotná pro celé zařízení?

Dokumentace je přizpůsobena systému péče o pacienty (primární, skupinová) a je multifunkční, což nám zaručuje, že může být uplatněna u kteréhokoli pacienta. Máme odlišnou dokumentaci pro krátkodobou (do 7 dnů) a dlouhodobou hospitalizaci (potisk z obou stran, možnost návazného dokumentu).

13. Popište mi postup zavádění dokumentace na standardní ošetrovací jednotky.

Pokud vznikla potřeba nového formuláře na straně oddělení, podá si toto oddělení žádost. Buď si oddělení udělá vlastní návrh, nebo se tvorby ujme mnou vytvořený realizační tým sestavený z akčních aktivních sester, který udělá hrubý náčrt dokumentu/formuláře. Tento náčrt se dá ke zkontrolování na žádající oddělení/kliniku. Hrubý náčrt je připomínkován i ostatními pracovišti, kde se bude také používat, poté se provede grafická úprava a dá se do tisku. V případě, že je požadavek statim, trvá tento proces měsíc, jinak je to záležitost 2 až 3 měsíců. Zpětnou kontrolu provádím já, nestane se, že je formulář či dokument distribuován a vyvěšen na síť bez toho, aniž bych jeho konečnou podobu viděla a schválila. Zkušební provoz nemusí ani proběhnout. Sestry dostávají jakoukoli dokumentaci systémem řízené dokumentace, která je pro všechny povinná. Ve chvíli, kdy sestry podepíší pracovní smlouvu a dostanou pracovní náplň, souhlasí s tím, že budou plně respektovat pokyny. Každý dokument určený pro sestry, je pro ně závazný a svým podpisem stvrzují, že s ním byly seznámeny. Máme zavedenou funkci – správce dokumentů, kterou vykonává jedna administrativní pracovnice a která spadá pod personální oddělení. Pomáhá mi se vším, co vytvořím, zejména s realizací a s distribucí po nemocnici. Ve chvíli, kdy vznikne nový materiál (standard, formulář) putuje elektronicky celoplošně ode mne k vrchním sestřám (je jich 70), od nich ke staničním sestřám (300) a poté k řadovým sestřám. Tímto distribučním kanálem materiál postupuje, abychom měli jistotu, že do týdne ho dostane každý zaměstnanec.

14. Chtěla bych znát Váš názor, zda jste pro vytvoření jednotných standardních formulářů ošetrovatelské dokumentace pro ošetrovací jednotky v ČR.

Určitě jsem pro standardizaci. Myslím si, že by měla být. Ve fakultních nemocnicích určitě. Na ministerské půdě je velmi podporovaná. Standardizace je vlastně jediný způsob jak zajistit, aby indikátory kvality ošetrovatelské dokumentace ve všech nemocnicích byly stejné.

15. Jak se stavíte ke standardizaci ošetrovatelské terminologie?

Určitě kladně, terminologie by měla být jednotná, standardizovaná. Myslím si, že i profesní organizace jsou v tomto za jedno a standardizaci podporují. Co se týká ošetrovatelských modelů, jsou u nás pracoviště, jejichž vrchní sestry jsou zastávkyně určitých modelů a péče na pracovišti se o ně opírá. Většinou to bývají pracoviště, na kterých probíhá výuka VŠ studentů a realizuje se zde i ošetrovatelský výzkum. Ovšem doporučený model v rámci nemocnice nemáme, některá pracoviště žádný model nevyužívají, řídí se platnou legislativou a trendy moderního ošetrovatelství.

Identifikace pacienta (štítek)		Ošetrovatelská anamnéza		Název zdravotnického zařízení			
Příjmení, jméno, titul Rodné číslo Zdravotní pojišťovna, kód		Vstupní List č. <input type="text"/> V průběhu hospit.		Název oddělení Telefonní číslo Sídlo, IČO			
Datum a čas přijetí:		Lékařská diagnóza:		Důvod přijetí:			
Alergie: <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano, jaká: _____		Léky: <input type="checkbox"/> Antihypertenziva <input type="checkbox"/> Diuretika <input type="checkbox"/> Benzodiazepiny <input type="checkbox"/> Inzulín <input type="checkbox"/> Antikoagulancia <input type="checkbox"/> ATB <input type="checkbox"/> Jiné: _____		Dieta č. _____			
Hospitalizace		Vylučování		Sebepéče			
<input type="checkbox"/> plánovaná <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> první <input type="checkbox"/> opakovaná Zná důvod přijetí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Rodina informována: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Kontakt: _____		Problémy s močením: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> dysurie <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence: Užívání pomůček: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: _____ Močový katétr: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: _____ Problémy se stolicí: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> bolest <input type="checkbox"/> inkontinence Užívané pomůcky/prostředky: _____ Poslední stolice dne: _____ Stomie: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, druh: _____ Zvládá péči sám: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> částečně Pocení: <input type="checkbox"/> přiměřené <input type="checkbox"/> nadměrné <input type="checkbox"/> noční		Pomoc při jídle a pití: <input type="checkbox"/> zcela <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nepotřebuje Pomoc při koupání a hygieně: <input type="checkbox"/> zcela <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nepotřebuje Pomoc při oblékání, úpravě: <input type="checkbox"/> zcela <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nepotřebuje Pomoc při vyprazdňování: <input type="checkbox"/> zcela <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nepotřebuje Funkční úroveň soběstačnosti: (0 – nezávislý, 5 – zcela závislý) _____		Vztahy Bydlí: <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s někým: _____ Kde: <input type="checkbox"/> doma <input type="checkbox"/> DD/DPS <input type="checkbox"/> bezdomovec Rodinný stav: _____ Rodinné problémy: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Reakce rodiny na onemocnění: <input type="checkbox"/> zájem <input type="checkbox"/> nezájem <input type="checkbox"/> jiné: _____ Práce: <input type="checkbox"/> zaměstnaný <input type="checkbox"/> nezaměstnaný <input type="checkbox"/> v důchodu <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> MD/RD Vztahy: <input type="checkbox"/> je sám <input type="checkbox"/> má přátele <input type="checkbox"/> má děti <input type="checkbox"/> má partnera <input type="checkbox"/> má rodiče <input type="checkbox"/> sourozenci	
Podpora zdraví		Dýchání		Sexualita			
Kouření <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Drogy <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Alkohol <input type="checkbox"/> pravidelně <input type="checkbox"/> příležitostně <input type="checkbox"/> vůbec Problém s dodržováním léčebných/prevent. opatření: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> někdy <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím Spolupráce: <input type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje		Potíže s dýcháním: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> astma bronchiální <input type="checkbox"/> astma kardiální <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> bolest při dýchání <input type="checkbox"/> dušnost klidová <input type="checkbox"/> dušnost námahová Potřeba oxygenoterapie: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano		Menstruace: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná Hormonální antikoncepce: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Porody: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, počet _____ Klimakterium: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, kdy _____ Problémy s prostatou: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Problémy v intimním životě: <input type="checkbox"/> nechce odpovědět <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano			
Výživa		Aktivita, odpočinek		Zvládání zátěže a stresu			
Typ: <input type="checkbox"/> perorální: <input type="checkbox"/> dieta č.: _____ <input type="checkbox"/> forma: _____ <input type="checkbox"/> enterální: <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> NJS <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> parenterální: <input type="checkbox"/> PŽK <input type="checkbox"/> CŽK <input type="checkbox"/> infuze <input type="checkbox"/> AIO vaky Poruchy výživy: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> kachexie <input type="checkbox"/> obezita Problémy: <input type="checkbox"/> nechutenství <input type="checkbox"/> zvracení/nauzea <input type="checkbox"/> hubnutí <input type="checkbox"/> porucha polykání DM: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> inzulín Pomůcky: <input type="checkbox"/> inz. pero <input type="checkbox"/> inz. pumpa Zub. protéza: <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> nemá, ale potřebuje Denní příjem tekutin: _____ Stav kůže: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> vlhká <input type="checkbox"/> otoky Kožní turgor: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> snížený Porucha integrity kůže: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> opruzenina <input type="checkbox"/> odřenina <input type="checkbox"/> dekubit <input type="checkbox"/> operační rána <input type="checkbox"/> jiná léze: _____		Spánek: <input type="checkbox"/> pravidelný <input type="checkbox"/> narušený: <input type="checkbox"/> často se budí <input type="checkbox"/> nemůže usnout <input type="checkbox"/> budí se brzy <input type="checkbox"/> spánková inverze Hypnotika: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: _____ Odpočinek: <input type="checkbox"/> aktivní <input type="checkbox"/> pasivní Aktivita: <input type="checkbox"/> tolerance <input type="checkbox"/> intolerance <input type="checkbox"/> únava Pohyblivost: <input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> zhoršená: <input type="checkbox"/> paréza/plegie <input type="checkbox"/> amputace <input type="checkbox"/> bolest <input type="checkbox"/> onemocnění/trauma pohyb. aparátu Chodící: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne, upoután na lůžko Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> hůl/berle <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> chodítko <input type="checkbox"/> protéza		Vědomí: <input type="checkbox"/> jasné <input type="checkbox"/> porucha vědomí: <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> bezvědomí Orientace: <input type="checkbox"/> orientován <input type="checkbox"/> dezorientován <input type="checkbox"/> osobou <input type="checkbox"/> místem <input type="checkbox"/> časem Projevy porušené interpretace: <input type="checkbox"/> apatie <input type="checkbox"/> rozrušenost <input type="checkbox"/> zmatenost <input type="checkbox"/> agrese Paměť: <input type="checkbox"/> neporušená <input type="checkbox"/> zapomíná Zrak: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> zhoršený <input type="checkbox"/> nevidomý Kompenz. pomůcky: <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> čočky Sluch: <input type="checkbox"/> v pořádku <input type="checkbox"/> zhoršený <input type="checkbox"/> neslyšící Kompenz. pomůcky: <input type="checkbox"/> naslouchadlo Komunikace: <input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> ztížená Řeč: <input type="checkbox"/> plynulá <input type="checkbox"/> narušená <input type="checkbox"/> afázie Forma dorozumění: _____		Zvládání zátěže a stresu Způsobuje onemocnění/úraz stres? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím Zvládání stresu: <input type="checkbox"/> lehce <input type="checkbox"/> obtížně Co snižuje stres: <input type="checkbox"/> relaxace <input type="checkbox"/> léky <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> cigarety <input type="checkbox"/> jiné _____ Adaptace na nové prostředí: <input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> špatná <input type="checkbox"/> jiná _____	
Legenda:				Strana			
ATB – antibiotika, NGS – nazogastriční sonda, NJS – nasojejunální sonda, PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie, PŽK – periferní žilní kanyla, CŽK – centrální žilní katétr, AIO – all in one výživa, PAD – perorální antidiabetika, DD – domov důchodců, DPS – dům s pečovatelskou službou, MD – mateřská dovolená, RD – rodičovská dovolená				1/2			

Pokračování anamnézy		Sesterský screening		Strana 2/2
Bezpečnost - ochrana Invasivní vstupy: Datum zavedení: _____ Venózní kanyly: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: _____ <input type="checkbox"/> ČŽK <input type="checkbox"/> PŽK: počet, kde: _____ Močový katétr: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, číslo _____ Drenáž: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: _____ Tracheostomie: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: _____ Enterální sonda: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: _____ Stomie: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, druh: _____ Jiné: _____		Nutriční screening A) Zhubnul nemocný, aniž by se o to pokoušel? (období posledních 3 měsíců) Ano – jděte na otázku B Ne – jděte na otázku C Neví – jděte na otázku C B) Nemocný ubyl na váze 0,5 – 5 kg 6 – 10 kg 11 – 15 kg více než 15 kg neví C) Jí v současné době nemocný méně, trpí nechutenstvím? Ne Ano Skóre vyšší než 3 – informuj lékaře, volej NT Nutriční skóre:		Základní fyzikální vyšetření Výška: _____ Hmotnost: _____ BMI: _____ Puls: frekvence: _____ pravidelnost: _____ Dýchání: frekvence: _____ pravidelnost: _____ Krevní tlak: _____ Tělesná teplota: _____ Svalový tonus: <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/> zvýšený <input type="checkbox"/> norm. Barva kůže: <input type="checkbox"/> fyziologická <input type="checkbox"/> bledá <input type="checkbox"/> ikterus <input type="checkbox"/> cyanóza Edémy: _____ Celková vzhled, úprava: _____
Změny kůže, defekty: Lokalizace: _____ Změny na kůži: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> vyrážka <input type="checkbox"/> hematom Porušená integrita: <input type="checkbox"/> odřenina <input type="checkbox"/> bércový vřed <input type="checkbox"/> jiná rána: _____ Dekubitus: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: stupeň: _____ <input type="checkbox"/> charakter rány: _____ <input type="checkbox"/> převaz rány (čím): _____ Poškozená ústní sliznice: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Tělesná teplota: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> subfebris <input type="checkbox"/> febris Závratě: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> ano Pády v anamnéze (posl. 6 měs.): <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano		Barthelův test všedních denních činností Příjem potravy a tekutin Samostatně bez pomoci 10 S pomocí 5 Neprovede 0 Oblékání samostatně Samostatně bez pomoci 10 S pomocí 5 Neprovede 0 Koupání Samostatně nebo s pomocí 5 Neprovede 0 Osobní hygiena Samostatně nebo s pomocí 5 Neprovede 0 Kontinence moči Plně kontinentní 10 Občas inkontinentní 5 Trvale inkontinentní 0 Kontinence stolice Plně kontinentní 10 Občas inkontinentní 5 Trvale inkontinentní 0 Použití WC Samostatně bez pomoci 10 S pomocí 5 Neprovede 0 Přesun na lůžko, židli Samostatně bez pomoci 15 S malou pomocí 10 Vydří sedět 5 Neprovede 0 Chůze po rovině Samostatně nad 50 m 15 S pomocí 50 m 10 Na vozíku 5 Nepovede 0 Chůze po schodech Samostatně bez pomoci 10 S pomocí 5 Neprovede 0 0 – 40 - vysoce závislý 65 – 95 – lehce závislý 45 – 60 – středně závislý 96 – 100 - nezávislý Celkem		Multidisciplinární spolupráce Potřeba kontaktu s: <input type="checkbox"/> nutričním terapeutem <input type="checkbox"/> zdravotně sociálním pracovníkem <input type="checkbox"/> fyzioterapeutem Jiná důležitá sdělení Ostatní informace Nemocný byl seznámen s Právy pacientů: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Nemocný byl seznámen s Domácím řádem: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Podpis nemocného: _____ Anamnézu odebrala sestra: Příjmení, jméno _____ Podpis _____ Datum a čas: _____

Identifikace pacienta (štítek)			Standardní ošetrovatelský plán				Název zdravotnického zařízení								
Příjmení, jméno, titul Rodné číslo Zdravotní pojišťovna, kód			List č. <input type="checkbox"/>				1/2 Strana								
Název oddělení Telefonní číslo Sídlo, IČO			Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Ošetrovatelský cíl	Intervence	Stanovila	Ukončila	Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Ošetrovatelský cíl	Intervence	Stanovila	Ukončila	
Kód 00002	Nedostatečná výživa v souvislosti s: projevující se:	<input type="checkbox"/> N má dostatečný příjem potravy a tekutin <input type="checkbox"/> N je v kontaktu s NT <input type="checkbox"/> N postupně zvyšuje svoji hmotnost	<input type="checkbox"/> zajistí kontakt s NT <input type="checkbox"/> zjistí stravovací návyky <input type="checkbox"/> sleduj příjem potravy a tek. <input type="checkbox"/> zajistí výživové doplňky <input type="checkbox"/> umožni stravování v klidu			Kód 00053	Sociální izolace v souvislosti: projevující se:	<input type="checkbox"/> N obnoví kontakt s přáteli/blízkými <input type="checkbox"/> N najde nové přátele <input type="checkbox"/> N má k dispozici telefon <input type="checkbox"/> N se necítí být sám	<input type="checkbox"/> komunikuj s N <input type="checkbox"/> zajisti N kontakt s přáteli, rodinou <input type="checkbox"/> informuj N o dění na oddělení, ve světě atd. <input type="checkbox"/> ulož N na pokoj se spolupac.						
Kód 00007	Hypertermie v souvislosti s: projevující se:	<input type="checkbox"/> N má TT v mezích normy <input type="checkbox"/> N je dostatečně zavodňován	<input type="checkbox"/> monitoruj TT pravidelně <input type="checkbox"/> sleduj základní FF <input type="checkbox"/> podávej antipyretika dle OL <input type="checkbox"/> sleduj účinek léků <input type="checkbox"/> podávej studené obklady <input type="checkbox"/> ochlazuj zevní prostředí			Kód 00085	Zhoršená pohyblivost v souvislosti s: projevující se	<input type="checkbox"/> N se zlepší hybnost <input type="checkbox"/> N se aktivně účastní rehabilitace <input type="checkbox"/> N udržuje správnou polohu těla <input type="checkbox"/> N užívá kompenzační pomůcky (hůl, vozík)	<input type="checkbox"/> určí rozsah omezení <input type="checkbox"/> dbej na dodržování RHB <input type="checkbox"/> zajisti N kompenzační pomůcky a správné užívání <input type="checkbox"/> před aktivitou podej analgetikum při bolesti <input type="checkbox"/> pouč N o bezpečnostních opatřeních						
Kód 00011	Zácpa v souvislosti: projevující se:	<input type="checkbox"/> N má obnovené pravidelné vyprazdňování stolice <input type="checkbox"/> N má klid a soukromí při defekaci <input type="checkbox"/> N má dostatečný příjem tekutin	<input type="checkbox"/> dohlédni na dost. příjem tekutin a pestré stravy <input type="checkbox"/> aktivizuj, motivuj N k pohybu <input type="checkbox"/> sleduj frekvenci a charakter <input type="checkbox"/> zajisti soukromí při defekaci <input type="checkbox"/> podávej laxancia dle OL			Kód 00095	Porušený spánek v souvislosti s: projevující se:	<input type="checkbox"/> N spí bez přerušení po celou nochod. denně <input type="checkbox"/> N nemá příznaky spánkové deprivace <input type="checkbox"/> N zná příčinu poruchy spánku	<input type="checkbox"/> zajisti v noci klid <input type="checkbox"/> aktivizuj N během dne <input type="checkbox"/> podávej hypnotika dle OL <input type="checkbox"/> sleduj účinek hypnotik <input type="checkbox"/> před spaním uprav lůžko, namasíruj záda						
Kód 00016	Porušené vyprazdň. moči v souvislosti s: projevující se: <input type="checkbox"/> inkontinencí <input type="checkbox"/> retencí	<input type="checkbox"/> N má obnovené fyziologické vylučování <input type="checkbox"/> N je informován o režimu, pomůckách atd. <input type="checkbox"/> N zná povahu svých problémů	<input type="checkbox"/> zjistí druh inkontinence <input type="checkbox"/> RHB zaměř na posilování svalů pánevního dna <input type="checkbox"/> zvýšeně dbej o hygienu v oblasti genitálu <input type="checkbox"/> uprav pitný režim <input type="checkbox"/> využij kompenzační pom. <input type="checkbox"/> zaved' PMK			Kód 00102 00108 00109 00110	Deficit sebepečce v souvislosti s: projevující se v oblasti: <input type="checkbox"/> jídla <input type="checkbox"/> hygieny <input type="checkbox"/> oblékání <input type="checkbox"/> vyprazdňování	<input type="checkbox"/> N má naplněny všechny potřeby <input type="checkbox"/> N dosáhne co nejvyšší míry soběstačnosti <input type="checkbox"/> N vykonává aktivity za dopomocí personálu <input type="checkbox"/> N je seznámen s možnostmi externí pomoci <input type="checkbox"/> N se cítí méně závislý na pomoci okolí	<input type="checkbox"/> určí míru soběstačnosti N - Barthelův test <input type="checkbox"/> zapoj N do aktivní účasti <input type="checkbox"/> motivuj N ke spolupráci <input type="checkbox"/> dbej na dodržování RHB <input type="checkbox"/> vykonávej činnosti, které N sám nezvládá <input type="checkbox"/> prováděj nácvik soběst. <input type="checkbox"/> zajisti komplexní oš. péči <input type="checkbox"/> zapoj do péče rodinu						
Kód 00032	Neefektivní dýchání v souvislosti s: projevující se:	<input type="checkbox"/> N má normální dýchání <input type="checkbox"/> N má průchodné DC <input type="checkbox"/> N má FF v normě	<input type="checkbox"/> sleduj dýchání, FF, laboratoř <input type="checkbox"/> zajisti vhodnou polohu <input type="checkbox"/> zajisti oxygenaci dle potřeby <input type="checkbox"/> prováděj s N dechovou RHB <input type="checkbox"/> podávej léky dle OL <input type="checkbox"/> udržuj vlhkost vzduchu			Kód 00120	Situačně snížená sebeúčta v souvisl.s: projevující se:	<input type="checkbox"/> N si obnoví sebeúctu <input type="checkbox"/> N vyjadřuje svoje pocity <input type="checkbox"/> N si váží sám sebe	<input type="checkbox"/> navaž s N vztah důvěry <input type="checkbox"/> naslouchej N <input type="checkbox"/> pomoz N najít pozitivní vlastnosti, činy <input type="checkbox"/> podporuj pozitiv. myšlení <input type="checkbox"/> oceňuj úspěchy N						
Kód 00046	Porucha kožní integrity v souvislosti: projevující se:	<input type="checkbox"/> N se hojí rána per primam <input type="checkbox"/> N je seznámen s léčebnými a ošetrovatel. postupy <input type="checkbox"/> N se cítí komfortně	<input type="checkbox"/> zhodnot' ránu a proved' záznam do dokumentace <input type="checkbox"/> seznam N s technikou ošetř. <input type="checkbox"/> sleduj ránu, její okolí, celkový stav <input type="checkbox"/> při převazech dodržuj zásady asepsy												

Identifikace pacienta (štítek)		Standardní ošetrovatelský plán				2/2		Název zdravotnického zařízení			
Příjmení, jméno, titul Rodné číslo Zdravotní pojišťovna, kód		List č. <input type="text"/>				Strana		Název oddělení Telefonní číslo Sidlo, IČO			
Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Ošetrovatelský cíl	Intervence	Stanovila	Ukončila	Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Ošetrovatelský cíl	Intervence	Stanovila	Ukončila
Kód 00122	Porucha smyslového vnímání..... projevující se:	<input type="checkbox"/> N je orientován a má dostatek informací <input type="checkbox"/> N využívá kompenzační pomůcky <input type="checkbox"/> N se necítí izolovaně	<input type="checkbox"/> zhodnot' stupeň poškození <input type="checkbox"/> umožni užívat kompenzační pomůcky <input type="checkbox"/> poznamenej omezení do dokumentace <input type="checkbox"/> zajisti bezpečné prostředí				Riziko aspirace v souvislosti s:	<input type="checkbox"/> N neaspiruje <input type="checkbox"/> u N jsou minimaliz. rizikové faktory aspirace	<input type="checkbox"/> sleduj úroveň vědomí N <input type="checkbox"/> zjisti polykací schopnost N <input type="checkbox"/> pokud bude potřeba, zaveď NGS k podávání výživy <input type="checkbox"/> kontroluj polohu NGS <input type="checkbox"/> při krmení postupuj pomalu <input type="checkbox"/> měj u lůžka v pohotovosti odsávačku <input type="checkbox"/> při jídle a pití udržuj vzpřímenou polohu		
Kód 00126	Deficitní znalost v oblasti: projevující se:	<input type="checkbox"/> N chápe informace a rozumí jim <input type="checkbox"/> N spolupracuje, sám vyhledává nové informace	<input type="checkbox"/> zjisti úroveň vědomostí N <input type="checkbox"/> podávej N dostatek informací v dané oblasti <input type="checkbox"/> ověř si, zda N info. chápe <input type="checkbox"/> používej termíny, kterým N rozumí			Kód 00039	Riziko vzniku imobiliz. syndromu v souvislosti s:	<input type="checkbox"/> N má neporušenou celistvost kůže <input type="checkbox"/> N má zachovanou hybnost kloubů <input type="checkbox"/> N má zachovanou svalovou sílu <input type="checkbox"/> N se pravidelně vyprazdňuje	<input type="checkbox"/> pravidelně N polohuj <input type="checkbox"/> zajisti RHB, pasivní i aktivní cviky, dechová cvičení <input type="checkbox"/> aktivizuj N <input type="checkbox"/> adekvátně tlum bolest <input type="checkbox"/> zajisti kompenz. pomůcky <input type="checkbox"/> zapoj do aktivizace rodinu		
Kód 00132	Akutní bolest v souvislosti s: projevující se:	<input type="checkbox"/> zná příčinu bolesti <input type="checkbox"/> N se zmírni bolest do: <input type="checkbox"/> nepocítuje bolest <input type="checkbox"/> N ví, že může požádat o analgetikum	<input type="checkbox"/> zhodnot' bolest <input type="checkbox"/> podávej analgetika DOL <input type="checkbox"/> sleduj účinek léků <input type="checkbox"/> zajisti klid <input type="checkbox"/> ulož N do úlevové polohy <input type="checkbox"/> monitoruj FF			Kód 00040	Riziko vzniku porušení kožní integrity v souvislosti s:	<input type="checkbox"/> N nemá porušenou celistvost kůže <input type="checkbox"/> N nepocítuje bolest nebo dyskomfort <input type="checkbox"/> N je informován o prevent. a léčebných opatřeních	<input type="checkbox"/> monitoruj stav kůže, sliznic <input type="checkbox"/> zvýšeně dbej na hygienu <input type="checkbox"/> aktivizuj N <input type="checkbox"/> pravidelně polohuj N <input type="checkbox"/> používej ATD pomůcky <input type="checkbox"/> dbej na dost. výživu <input type="checkbox"/> pravidelně vyměňuj osobní a ložní prádlo		
Kód 00148	Strach v souvisl. s: projevující se:	<input type="checkbox"/> N nepocítuje strach <input type="checkbox"/> N dokáže popsat faktory způsobující strach <input type="checkbox"/> N se cítí bezpečně	<input type="checkbox"/> zjisti příčiny strachu <input type="checkbox"/> podporuj N ve vyjadřování emocí <input type="checkbox"/> snaž se rozptýlit obavy N <input type="checkbox"/> poskytni dostatek informací <input type="checkbox"/> zprostředkuj kontakt s blízkými			Kód 00047	Riziko pádů v souvislosti s:	<input type="checkbox"/> N neupadne, nezraní se <input type="checkbox"/> N má kolem sebe vytvořeno bezpečné prostředí <input type="checkbox"/> N je informován o riziku a prevent. opatřeních	<input type="checkbox"/> informuj N o riziku a prevent. opatřeních <input type="checkbox"/> zajisti vhodnou obuv <input type="checkbox"/> dbej na správné užívání kompenz. pomůcek <input type="checkbox"/> signaliz. zařízení na dosah <input type="checkbox"/> udržuj volný průchod <input type="checkbox"/> často N kontroluj, přes noc		
Kód 00004	Riziko vzniku infekce v souvislosti s: <input type="checkbox"/> invazivní vstupy <input type="checkbox"/> operační či jiná rána <input type="checkbox"/> snížená imunita	<input type="checkbox"/> N nejeví známky infekce <input type="checkbox"/> N má klidné okolí invaziv. vstupů a okolí ran <input type="checkbox"/> N zná preventivní opatření a podílí se na nich	<input type="checkbox"/> sleduj okolí rány, invazivních vstupů <input type="checkbox"/> při převazech a ošetření postupuj přísně asepticky <input type="checkbox"/> informuj N o preventivních opatřeních <input type="checkbox"/> sleduj celk. stav, laboratoř <input type="checkbox"/> dodržuj bariérová opatření <input type="checkbox"/> podávej ATB a léky dle OL			Kód 00155					
Kód 00028	Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s:	<input type="checkbox"/> N má stabilizovaný objem tělesných tekutin <input type="checkbox"/> N zná rizikové faktory <input type="checkbox"/> N spolupracuje při monitoraci P+V tekutin	<input type="checkbox"/> podávej infuze dle OL <input type="checkbox"/> všiměj si známek dehydratace <input type="checkbox"/> sleduj P+V tekutin, laboratorní hodnoty <input type="checkbox"/> včas informuj lékaře <input type="checkbox"/> edukuj N o pitném režimu <input type="checkbox"/> monitoruj FF								

Legenda

N - nemocný, NT - nutriční terapeut, TT - tělesná teplota, FF - fyziologické funkce, OL - ordinace lékaře, RHB - rehabilitace, PMK - permanentní močový katétr, DC - dýchací cesty, P+V - příjem a výdej tekutin, NGS - nazogastrická sonda, ATD - antidekubitární

Identifikace pacienta (štítek) Příjmení, jméno, titul Rodné číslo Zdravotní pojišťovna, kód		Plán ošetrovatelské péče				List č. <input type="text"/>		Název zdravotnického zařízení Název oddělení Telefonní číslo Sídlo, IČO	
Kód dg.	Ošetrovatelská diagnóza (problém)	Ošetrovatelský cíl (očekávané výsledky)	Ošetrovatelské intervence (navrhovaná opatření)	Stanovila dne: (jméno, podpis)	Hodnocení	Ukončila dne: (jméno, podpis)			

Vypracovala autorka, použité zdroje (15, 54, 64)

Výpracovala autorka, použité zdroje (8, 15, 30, 54, 64)

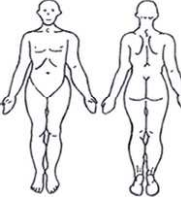
Identifikace pacienta (štítek)		Realizace ošetrovatelského plánu																Název zdravotnického zařízení																	
Příjmení, jméno, titul Rodné číslo Zdravotní pojišťovna, kód		List č. <input type="text"/>																Název oddělení Telefonní číslo Sídlo, IČO																	
Ošetrovatelská péče		Datum		N		R		O		N		N		R		O		N		N		R		O		N		N		R		O		N	
		Směna																																	
Osobní hygiena	Celková koupel, sprcha																																		
	Mytí na lůžku																																		
	Dopomoc při hygieně																																		
	Hygiena: <input type="checkbox"/> DÚ <input type="checkbox"/> oči <input type="checkbox"/> nos <input type="checkbox"/> uši																																		
	<input type="checkbox"/> mytí vlasů <input type="checkbox"/> masáž zad <input type="checkbox"/> stříhání nehtů																																		
<input type="checkbox"/> holení: <input type="checkbox"/> vousy <input type="checkbox"/> před operací/vyšetř.																																			
Výživa	Sledování: <input type="checkbox"/> P+V tekutin <input type="checkbox"/> příjmu potravy																																		
	<input type="checkbox"/> krmení <input type="checkbox"/> podávání tekutin																																		
	Zavedení NGS																																		
Odsávání žalud. obsahu																																			
Vylučo-vání	Cévkování: <input type="checkbox"/> jednorázové <input type="checkbox"/> PMK																																		
	Klyzma: <input type="checkbox"/> očistné <input type="checkbox"/> projímavé																																		
Výměna plen																																			
Invasivní vstupy	Péče o PMK																																		
	Péče/ošetření: <input type="checkbox"/> PŽK <input type="checkbox"/> CŽK																																		
	Péče/ošetření stomie																																		
	Péče/ošetření NGS																																		
<input type="checkbox"/> péče o drén <input type="checkbox"/> výměna Redonu																																			
Péče o rány	Převaz operační rány																																		
	Ošetření dekubitu																																		
	Bandáž dolních končetin																																		
Aktivita	Polohování																																		
	RHB: <input type="checkbox"/> aktivní <input type="checkbox"/> pasivní <input type="checkbox"/> dechová																																		
	Posazování mimo lůžko (křeslo)																																		
Ostatní	Edukace: <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> pacienta																																		
	Podání informací																																		
	Příprava k vyšetření																																		
	Předoperační příprava																																		
Jméno a příjmení sestry, podpis		R																																	
		O																																	
		N																																	

Legenda: R - ranní, O - odpolední, N - noční, DÚ - dutina ústní, P+V - příjem a výdej tekutin, NGS - nazogastrická sonda, PMK - permanentní močový katétr, PŽK a CŽK - periferní a centrální žilní katétr, RHB - rehabilitace

Příloha 12 Vzor: Realizace ošetrovatelského plánu

Identifikace pacienta (štítek) Příjmení, jméno, titul Rodné číslo Zdravotní pojišťovna, kód		Hodnocení ošetrovatelské péče			Název zdravotnického zařízení Název oddělení Telefonní číslo Sídlo, IČO	
		List č. <input type="text"/>				
Datum	Denní směna		Noční směna			
	Ranní směna	Odpolední směna	Noční směna			
Jiné důležité informace (dotazy na lékaře apod.):					U každého zápisu musí být identifikace osoby, která ho provedla a čas zápisu.	

Vypracovala autorka, použité zdroje (15, 54, 64)

Identifikace pacienta (štítek) Příjmení, jméno, titul Rodné číslo Zdravotní pojišťovna, kód		Ošetrovatelská <input type="checkbox"/> překladová <input type="checkbox"/> propouštěcí zpráva		Název zdravotnického zařízení Název oddělení Telefonní číslo Sídlo, IČO															
List č. <input type="checkbox"/>																			
Datum a čas propuštění/překladu:		Překlad/propuštění kam:		Hospitalizace (od - do):															
Alergie: <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano, jaká:		Ošetřující lékař:		Lékařská diagnóza:															
Pooperační den:																			
Hospitalizace a propuštění		Dýchání		Sebepéče															
Přijetí: <input type="checkbox"/> plánované <input type="checkbox"/> akutní Propuštění/překlad: <input type="checkbox"/> plánované <input type="checkbox"/> akutní Informován o překladu: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Blízcí informováni: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Kontakt: _____ Doprava domů: <input type="checkbox"/> vlastní <input type="checkbox"/> sanitním vozem <input type="checkbox"/> s doprovodem <input type="checkbox"/> bez doprovodu		Potíže s dýcháním: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> bolest <input type="checkbox"/> dušnost: <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> klidová Potřeba oxygenoterapie: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano		Pomoc při jídle a pití: <input type="checkbox"/> zcela <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nepotřebuje Pomoc při koupání a hygieně: <input type="checkbox"/> zcela <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nepotřebuje Pomoc při oblékání, úpravě: <input type="checkbox"/> zcela <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nepotřebuje Pomoc při vyprazdňování: <input type="checkbox"/> zcela <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nepotřebuje															
Vědomí, orientace		Výživa		Změny na kůži, defekty															
Vědomí: <input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> porucha vědomí: <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> bezvědomí Orientace: <input type="checkbox"/> plně orientován <input type="checkbox"/> dezorientován: <input type="checkbox"/> osobou <input type="checkbox"/> místem <input type="checkbox"/> časem Projevy porušené interpretace: <input type="checkbox"/> apatie <input type="checkbox"/> rozrušenost <input type="checkbox"/> zmatenost <input type="checkbox"/> agrese		Typ: <input type="checkbox"/> perorální: <input type="checkbox"/> dieta č.: _____ <input type="checkbox"/> forma: _____ <input type="checkbox"/> enterální: <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> parenterální: <input type="checkbox"/> PŽK <input type="checkbox"/> CŽK <input type="checkbox"/> infuze <input type="checkbox"/> AIO Problémy: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: DM: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> inzulín Množství tekutin za posl. 24 h.: _____		Změny na kůži: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: Dekubitus: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: velikost, stupeň: _____ Operační rána: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: Datum posl. převazu: _____ Použitý materiál: _____															
				<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická Intenzita: 0--1--2--3--4--5 Analgetika: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano:															
Komunikace, kontakt		Vyprazdňování		Invazivní vstupy															
Kontakt: <input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> ztížený Spolupráce: <input type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje Zrak: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> zhoršený <input type="checkbox"/> nevidomý Sluch: <input type="checkbox"/> v pořádku <input type="checkbox"/> zhoršený <input type="checkbox"/> neslyšící Řeč: <input type="checkbox"/> plynulá <input type="checkbox"/> narušená <input type="checkbox"/> afázie Forma dorozumění: _____		Problémy s močením: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> dysurie <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence Močový katétr: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Problémy se stolicí: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> inkontinence Poslední stolice dne: _____ Stomie: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, druh _____ Ošetření stomie: _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Datum zavedení</th> <th style="width: 50%;">Posl. ošetření</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> PŽK:</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> CŽK:</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> PMK:</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> NGS:</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> drén:</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> jiné:</td><td></td></tr> </tbody> </table>		Datum zavedení	Posl. ošetření	<input type="checkbox"/> PŽK:		<input type="checkbox"/> CŽK:		<input type="checkbox"/> PMK:		<input type="checkbox"/> NGS:		<input type="checkbox"/> drén:		<input type="checkbox"/> jiné:	
Datum zavedení	Posl. ošetření																		
<input type="checkbox"/> PŽK:																			
<input type="checkbox"/> CŽK:																			
<input type="checkbox"/> PMK:																			
<input type="checkbox"/> NGS:																			
<input type="checkbox"/> drén:																			
<input type="checkbox"/> jiné:																			
Edukace		Aktivita, pohyblivost		Kompenzační pomůcky															
Potřeba edukace: <input type="checkbox"/> nemocného <input type="checkbox"/> rodiny Oblast: <input type="checkbox"/> užívání léků <input type="checkbox"/> aplikace inzulinu <input type="checkbox"/> dietní opatření <input type="checkbox"/> režimová opatření <input type="checkbox"/> péče o stomii <input type="checkbox"/> ošetření rány <input type="checkbox"/> jiné: _____ Edukace: <input type="checkbox"/> právě probíhá <input type="checkbox"/> začne <input type="checkbox"/> skončila		Chodící: <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> pomocí <input type="checkbox"/> s pomůckami <input type="checkbox"/> ne: <input type="checkbox"/> sedící, vozík <input type="checkbox"/> ležící Handicap: <input type="checkbox"/> amputace <input type="checkbox"/> paréza/plegie		<input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> naslouchadlo <input type="checkbox"/> hůl/berle <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> protéza <input type="checkbox"/> ortéza <input type="checkbox"/> inzulinové pero <input type="checkbox"/> inz. pumpa <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> kontaktní čočky															
				Následná péče															
				<input type="checkbox"/> praktický lékař <input type="checkbox"/> ONP/LDN <input type="checkbox"/> domov důchodců <input type="checkbox"/> ADP <input type="checkbox"/> pečovatelská služba <input type="checkbox"/> jiné															
				Předala sestra															
				<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Příjmení, jméno</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Podpis</td> </tr> </table>		Příjmení, jméno	Podpis												
Příjmení, jméno	Podpis																		
				Datum a čas:															
Legenda: ATB - antibiotika, NGS - nazogastrická sonda, PEG - perkutánní endoskopická gastrotomie, PŽK - periferní žilní kanyla, CŽK - centrální žilní katétr, AIO - all in one výživa, PAD - perorální antidiabetika, PMK - permanentní močový katétr, ADP - agentura domácí péče, ONP - oddělení následné péče, LDN - léčebna dlouhodobě nemocných																			

Příloha 15 Dokumentační a organizační systémy



Plastový pořadač (organizátor, planeta) a dokumentace pacienta

Zdroj: *Optiplan. Zdravotnictví – produkty* [online]. c2007 [cit. 2009-6-9]. Dostupné z:

<http://www.doszcz.eu/cz/zdravotnictvi_produkty.php>



Práce se signalizačními jezdcí

Zdroj: *HINZ – Planette* [online]. c2009 [cit. 2009-6-9]. Dostupné z:

<<http://www.hinz.de/download.html>>