

L. Vondráček, M. Ludvík, J. Nováková

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE V PRAXI



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.



Copyright © Grada Publishing, a.s.

Obsah

Úvod	9
Tvorba formulářů ošetrovatelské péče	13
Hlášení sester	15
Kontrola ošetrovatelské dokumentace	18
Ochrana osobních dat uvedených v ošetrovatelské dokumentaci	21
Návykové látky	22
Nahlížení do zdravotnické dokumentace	24
Nahlížení do dokumentace studenty	27
Úskalí ošetrovatelské anamnézy	29
Sankce za neoprávněné nakládání s osobními údaji	31
Souhlas s ošetrovatelským výkonem	32
Nesouhlas s ošetrovatelským výkonem	33
Ošetrovatelská dokumentace při úmrtí pacienta	34
Poučení pozůstalých	35
Poučení pacienta o možnosti úschovy cenností	39
Vlastní úschova cenností	42
Doklad o převzetí šatů	44
Pověření k aplikaci i. v. injekce	46
Plán ošetrovatelské péče	48
Propouštěcí zpráva	50
Plán péče o dekubitus	52
Užívání razítek	55
Archivace a skartace ošetrovatelské dokumentace	59
Různá sdělení pacientům	62
Podávání informací o pacientovi	64
Nežádoucí příhoda při hospitalizaci	66
Přítomnost doprovodu při porodu	71
Prameny práva	73
Literatura	74

Za věcné připomínky děkuji s. L. Dohnalové, vrchní sestře urologického oddělení, s. M. Škodové, staniční sestře urologického oddělení a s. Z. Hrubé, chirurgické oddělení FN Motol, Praha.

Milé sestry, kolegyně!

Dostává se k Vám publikace pojednávající o ošetrovatelské dokumentaci. Klade si za úkol seznámit s několika pohledy na ošetrovatelskou dokumentaci, a to především s ohledem na praxi. Nemá za úkol stanovit konkrétní formuláře na konkrétní věc nebo omezovat Vaší aktivitu v dané oblasti, chce však poukázat na úskalí, která tuto citlivou problematiku provázejí.

Při úvahách o ošetrovatelské dokumentaci jsme vycházeli především ze zkušeností a stanovisek sester pracujících u lůžka i v ambulancích, z materiálů kontrolních orgánů a čerpali jsme rovněž ze zkušeností získaných při pobytu v nemocnicích jiných států. Neopominuli jsme také názory těch, kteří řeší stížnosti pacientů, a zejména advokátů, kteří zastupují pacienty v kolizích.

Budeme rádi, když kniha vyvolá Váš zájem o tento problém a když přispěje k obsahu i užitečnosti ošetrovatelské dokumentace, nebo pokud alespoň pomůže při diskuzi o ošetrovatelské dokumentaci.

Autoři

Úvod

V současné době, kdy v tisku probíhá kampaň poukazující velmi negativně na to, že stát sbírá intimní data o nemocných, považujeme za vhodné pozastavit se nad ošetrovatelskou dokumentací, která také může být předmětem kritiky a důvodem k nařčení z protiprávního jednání.

Zdravotnická dokumentace rozdělila zdravotnické pracovníky na dvě skupiny. První skupina doporučuje tzv. one line systém, to je jedna dokumentace, do které provádějí zápisy lékaři i sestry v časové posloupnosti.

Druhá skupina požaduje oddělit dokumentaci lékařskou od dokumentace sesterské. Oddělená ošetrovatelská dokumentace splňuje však svůj účel jen částečně, protože ji v současné době ostatní členové týmu (mimo sester) téměř nepoužívají.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, v § 67b ukládá zdravotnickým zařízením vést zdravotnickou dokumentaci. Zákon však nečiní rozdíl mezi zdravotnickou dokumentací lékaře a sester.

Bylo by jistě výhodou, pokud by se naplnila snaha ujednotit ošetrovatelskou dokumentaci. Za současného stavu, kdy část zdravotnických zařízení je státních, jiná pak nestátní, bude její ujednacení více než obtížné, ne-li nemožné. Mimo jiné také proto, že je třeba akceptovat specifika, požadavky a názory jednotlivých pracovišť.

Často se setkáváme s formuláři s naprosto různým obsahem pro jednu určitou konkrétní činnost, a to podle představ vedoucích pracovníků.

Ošetrovatelskou dokumentací rozumíme všechny písemné, grafické a jiné záznamy prováděné sestrou, které se týkají nejen pacientů, ale které souvisejí s poskytováním ošetrovatelské péče

a dalších činností. Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Tato dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace.

Zdravotnická dokumentace, a tedy ani ošetrovatelská dokumentace, není vlastnictvím pacienta, i když obsahuje citlivé údaje o jeho osobě. Dokumentace není také vlastnictvím toho, kdo záznamy provedl, a proto s ní nemůže zdravotnický pracovník sám o sobě volně disponovat. Ve státním zdravotnickém zařízení je zdravotnická dokumentace vlastnictvím zdravotnického zařízení, které tuto dokumentaci pořídilo a vedlo. V nestátním je pak vlastnictvím provozovatele nestátního zdravotnického zařízení.

Právní předpis stanovuje, že zdravotnická dokumentace obsahuje:

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

K identifikaci pacienta slouží křestní jméno, příjmení, rodné číslo, případně datum narození a bydliště. Předpis stanovuje, že každá samostatná část zdravotnické dokumentace musí obsahovat osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a také označení zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo.

Pro ošetrovatelskou dokumentaci z toho vyplývá, že každý list musí mít hlavičku označující zdravotnické zařízení, křestní jméno, příjmení a rodné číslo nebo datum narození pacienta. Jako vhodné se považuje uvádět i akademický titul (Ing., JUDr., MUDr., Mgr., Bc.) obvykle se již neuvádí vědecká hodnost (CSc., DrSc.), i když si na tom řada pacientů zakládá a požaduje i uvedení tohoto titulu.

Vzor hlavičky na listu dokumentace

Fakultní nemocnice v

urologické oddělení FN

Ing. Jaroslav Novák, RČ

Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí, jak požaduje zákon, být veden průkazně, pravdivě a čitelně. Zápis je průběžně doplňován a musí být opatřen datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla. Chybné je uvádět pouze den a měsíc, kdy byl zápis pořízen. Nedostatečný je tedy takový zápis, který je ukončen nečitelnou parafou sestry, kdy pak s odstupem času není prakticky možné zjistit, kdo zápis provedl.

Vzor zápisu na listu dokumentace

22. 03. 2003 *připraven k endoskopickému vyšetření, na které je objednan na 8. hodinu ranní. Doprovod sanitáře nutný.*
s. Horáková

Přestože to zákon vysloveně nepožaduje a nestanovuje, je nutné, aby zásadní zápisy o závažných změnách ve stavu pacienta nebo jiných závažných skutečnostech měly kromě data uvedeny i čas, kdy stav nastal nebo kdy byl zápis pořízen. Tím se vyjasní situace, když při ranní vizitě lékař napíše do dekurzu, že pacient je bez obtíží, ale v ošetřovatelské dokumentaci je záznam, že pacient má bolesti.

Vzor zápisu na listu dokumentace

22. 03. 2003 *ve 22 hodin 30 minut pacient zvrací, zvratky obsahují nenatrávenou jasně červenou krev. Zvratky – cca 300 ml. Ihned informován MUDr. Král.*
s. Horáková

Pokud se provádějí úpravy nebo opravy v dokumentaci, musí být provedeny tak, aby původní záznam byl čitelný. Oprava musí být řádně autorizována, tzn. musí být uvedeno, kdo a kdy záznam opravil. Proto není vhodné opravovat text ve zdravotnické dokumentaci bílým korekčním lakem, nebo přelepováním. A to zejména v ordinacích léků, a také v dokumentaci, která se týká podávání nebo skladování návykových látek.

Zdravotnická dokumentace slouží pro:

- poskytnutí potřebných informací o pacientovi,
- jako doklad, že poskytovaná péče byla provedena lege artis,
- jako doklad pro vyúčtování zdravotní péče.

Tvorba formulářů ošetrovatelské péče

Je poněkud zarážející skutečností, že zatímco lékaři se snaží dokumentaci a administrativu co nejvíce zjednodušit a omezit, sestry při poskytování ošetrovatelské péče administrativu rozšiřují, a to velmi často naprosto neúčelně.

Tvorba formulářů pro ošetrovatelskou péči musí vycházet z potřeb současného poskytování zdravotní péče při respektování historického vývoje českého zdravotnictví, tradic i zvyklostí.

Prosté překládání a přepisování formulářů z ciziny nesvědčí o dobré znalosti problematiky a neprospívá věci. Navíc budí dojem, že čeští zdravotničtí pracovníci nejsou schopni samostatně věc řešit, což jistě není pravdou. Ošetrovatelská péče se v současné době opírá o nové poznatky. Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka.

Při tvorbě formulářů musíme respektovat zásady:

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

Formulář označený jako Ošetrovatelská anamnéza nemá obsahovat souhlas pacienta s přítomností osob připravujících se na

výkon zdravotnického povolání při vyšetření nebo ošetření, či poučení o uložení cenností, neboť toto nejsou anamnestické údaje. Ošetrovatelská anamnéza obsahuje zpravidla identifikační informace o fyzickém a psychickém stavu pacienta a o jeho sociální problematice.

Stejně tak formulář Plán ošetrovatelské péče nemá obsahovat hodnoty opakovaného měření TK a P. Ošetrovatelský plán definuje problémy pacienta, cíle a plán ošetrovatelské péče, realizaci a hodnocení péče.

Při tvorbě formuláře ošetrovatelské péče je:

- třeba brát v úvahu čas, který bude potřebný k jeho řádnému vyplnění a zhodnotit, zda je reálně jeho vyplnění při plném provozu a zda bude jeho přínos odpovídat vynaloženému úsilí,
- je nutné pomýšlet také na to, že i tato část dokumentace bude sloužit jako podkladový materiál při kolizních jednáních, kdy by měla doložit správnost postupu při poskytované péči,
- je nutné upozornit na skutečnost, že nedostatečně vyplněné tiskopisy jsou při kolizních jednáních hodnoceny velmi negativně,
- je třeba zabránit, aby subjekt údajů, to je v našem případě pacient, neutrpěl újmu na svých právech, zejména se jedná o právo na zachování lidské důstojnosti, zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Ošetrovatelské záznamy musí být srozumitelné, stručné, úplné, čitelné a musí obsahovat datum, čas a podpis sestry.

Vhodné spojení několika témat do jednoho tiskopisu je velmi rozumné.

Hlášení sester

Ne všechna oddělení všech zdravotnických zařízení vedou hlášení sester. Pokud je na oddělení vedeno, je třeba dbát na to, aby obsahovalo pouze potřebné údaje.

Hlášení sester vhodnou formou upravuje předávání návykových látek, nástrojů, přístrojů a poskytuje důležité informace o pacientech a chodu oddělení.

Zdravotnická dokumentace, a to ani Hlášení sester, nesmí obsahovat osobní vzkazy („Věro, v lednici máš kafe!“). Z hlediska forenzního jsou závažné, a tedy nevhodné vulgarismy („Noční uklidí kumbál, je tam bordel jak v tanku.“).

Negativně je kontrolujícími vnímáno, pokud je opakující se údaj v denním hlášení zapisován pokaždé jinak (MO I amp., jindy MO 10 mg, dále Morfin I amp.).

Nepřípustný je zápis, kdy je pod údajem o předávání návykových látek podpis proveden pouze křestním jménem, nebo nečitelnou paraťou.

Formální stránka zápisů v Hlášení sester je vizitkou oddělení, staniční i vrchní sestry.

Pokud je zavedena ošetrovatelská dokumentace, není nutné vést Hlášení sester, nebo např. jen pro účely předávání opiátů a nástrojů.

Hlášení užívané v počítačové formě na některých odděleních

NOČNÍ HLÁŠENÍ	03. 03.–04. 03. 2003
Večerní ordinace splněny. V noci na oddělení relativní klid.	
OPIÁTY	nepoužity
Klíče:	3x
Předala:	Převzala:

V jiných zařízeních užívají formulář

HLÁŠENÍ SESTER		
Příjmení:		Jméno:
pac. NOVÁK: rtg. plic		
Datum:	Denní služba:	Noční služba:

Formulář užívaný v jiných zařízeních

SESTERSKÁ VIZITA		
Datum:		Čas:
Denní služba	Předala:	+
	Převzala:	
Noční služba	Předala:	+
	Převzala:	
Číslo pokoje:	Jméno pacienta:	+

Kontrola ošetrovatelské dokumentace

Zákoník práce stanovuje vedoucím pracovníkům povinnost organizovat, řídit, kontrolovat a posuzovat práci podřízených. Z tohoto ustanovení pak vyplývá oprávnění a povinnost vrchní sestry i staniční sestry kontrolovat formální i obsahovou stránku vedení ošetrovatelské dokumentace a podle výsledku kontroly přijímat potřebná opatření. Kontrola ošetrovatelské dokumentace má být uvedena v náplni práce vrchní a staniční sestry

Také primář oddělení je oprávněn kontrolovat ošetrovatelskou dokumentaci. Ošetřující lékař pacienta může vznášet oprávněné námitky, pokud jde o obsahovou stránku konkrétního zápisu u pacienta, kterého má v péči. Nemůže však kontrolovat vedení ošetrovatelské dokumentace jako celku.

Primář, stejně jako vrchní sestra, může povinnost kontrolovat ošetrovatelskou dokumentaci přenést na jinou osobu. Je vhodné, aby termíny kontrol zdravotnické dokumentace byly uvedeny v plánu činnosti vedoucích pracovníků, především staniční, vrchní či hlavní sestry a primáře oddělení. Zápis o provedené kontrole ukládá vrchní sestra, případně staniční sestra ve své dokumentaci o oddělení nebo stanici.

Vzor zápisu o kontrole provedené v jednom zdravotnickém zařízení

**Zápis o kontrole
vedení ošetrovatelské dokumentace**

Dne byla na chirurgickém oddělení nemocnice
.....
provedena kontrola vedení ošetrovatelské dokumentace.

Kontrolu provedla:

.....
vrchní sestra chirurgického oddělení

.....
hlavní sestra

Ošetrovatelská dokumentace je vedena v souladu se směrnicí
č. 11/2002, vedení ošetrovatelské dokumentace.

Některé záznamy sester psané rukou jsou však špatně čitelné.
Ojedinele nejsou záznamy podepsané sestrou, která záznam provedla. Pokud je uváděno datum, je třeba uvádět i rok.

Nebyly zjištěny opravy ordinací opravným bílým korekčním lakem nebo opravy bez autorizace.

Datum

Podpis

Podpis

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

Jedná se o zákon, který upravuje ochranu osobních údajů o fyzických osobách, práva a povinnosti při zpracovávání těchto údajů.

Je nesporné, že zdravotnická dokumentace, a tedy i ošetrovatelská dokumentace, obsahují osobní údaje, jejichž získávání, zpracovávání, ochrana i uschovávání je upraveno i tímto zákonem.

Osobním údajem rozumí tento zákon jakýkoliv údaj týkající se určené osoby, nebo určitého subjektu údajů. Pacient je při poskytování zdravotní péče subjektem osobních údajů. Je třeba ještě upozornit, že zákon uvádí také výraz **citlivý údaj**, kterým se rozumí osobní údaj, vypovídající o národnostním, rasovém nebo etnickém původu, politických postojích, členství v politických stranách či hnutích nebo odborových i zaměstnaneckých organizacích, dále náboženstvích a filozofickém přesvědčení, trestné činnosti, zdravotním stavu a sexuálním životě subjektu.

Pro záznam v ošetrovatelské anamnéze je důležité respektovat ustanovení § 5 odst. 1 písm. d) uvedeného zákona, kde je stanoveno, že správce je povinen shromažďovat osobní údaje odpovídající stanovenému účelu, a to v rozsahu nezbytném pro naplnění stanoveného účelu.

To v praxi znamená, že sestra je při získávání anamnestických údajů oprávněna se ptát a **zapsat v formuláři pouze údaje, které potřebuje pro výkon své činnosti, tedy ty které potřebuje k poskytování zdravotní péče.**

Ochrana osobních dat uvedených v ošetrovatelské dokumentaci

Zákon č. 101/2000 Sb., ochraně osobních údajů, v § 13 stanovuje, že správce a zpracovatel osobních údajů jsou povinni přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, jejich záměně, zničení, ztrátě, jakož i zneužití osobních údajů. Tato povinnost platí i po ukončení zpracování osobních údajů. To znamená, že sestra může být volána k odpovědnosti, pokud úmyslně nebo z nedbalosti umožní přístup nebo i zneužití osobních údajů.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění v § 55 odst. 2 písm. d) ukládá zdravotnickým pracovníkům povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dověděli v souvislosti s výkonem svého povolání. Aby bylo naplněno toto ustanovení zákona, je také třeba, aby sestra dokumentaci chránila, a tím znemožnila její zneužití.