

MUNI
MED

Zdravotnická dokumentace

Typy dokumentů v nemocnici

– ŘÍZENÁ DOKUMENTACE

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

Legislativa

- **Zákon č. 372/2011 Sb. (novela - 147/2016 Sb.) o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ČÁST ŠESTÁ - ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE A NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ SYSTÉM (§ 52 - § 78)**
- **Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách (Zákon 202/2017 kterým se mění zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony) 202/2017 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších... (zakonyprolidi.cz)**
 - ZD při poskytování specifických zdravotních služeb (▲ asistovaná reprodukce, sterilizace apod.)
- **Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci 98/2012 Sb. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci (zakonyprolidi.cz)** (Vyhláška č. 137/2018 Sb. *Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů*, **Vyhláška 279/2020** ze dne 17. června 2020, kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů VYHLÁŠKA ze dne 17. června 2020, kterou se mění | epravo.cz)

Legislativa

- Vyhláška č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové péče
- Zákon č. 95/2004 Sb. + Zákon č. 96/2004 Sb. způsobilost k výkonu zdravotnického povolání
- Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků
- Vyhláška č. 306/2012 Sb. hygienické požadavky
- Resortní bezpečnostní cíle MZČR
- Úmluva o lidských právech a biomedicině
- Zákon č. 117/2000 Sb., o návykových látkách
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích
- Vyhláška č. 11/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů - ve znění 268/2014 Sb.

Zdravotnická dokumentace (ZD)

- **shromažďuje všechny údaje o zdravotním stavu pacienta a všechny skutečnosti o poskytovaných zdravotních službách** (identifikační údaje poskytovatele, identifikační a kontaktní údaje o pacientovi, data zápisu a poskytnutí péče a v případě hospitalizace i čas ukončení péče či informace o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb)
- **informace** o diagnóze, návrh léčebného postupu, záznam o rozsahu poskytnutých nebo vyžádaných zdravotních služeb včetně žádanek, záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu podle hodnocení sděleného pacientem a cílený objektivní nález, záznam o předepsaných či podaných lécích, zdravotnických pomůckách a transfúzích, příkaz ke zdravotnické přepravě, záznamy o ošetrovatelské, nutriční a rehabilitační péči, záznamy o očkování, písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím zdravotních služeb, záznamy o jejich odmítnutí, donucovací prostředky, lékařské posudky, informace o dočasné pracovní neschopnosti, záznam o podezření lékaře ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.
- zaznamenává se kdy a kdo do dokumentace nahlížel,
- pacient či jeho blízcí mají za určitých okolností právo do dokumentace nahlížet.

Zdravotnická dokumentace

- základní záznam o poskytované zdravotní službě ve zdravotnickém zařízení
- každé ZZ je povinno vést náležitým způsobem ZD
- aby současná zdravotní péče splňovala náročné požadavky na kvalitu, bezpečnost a efektivitu, musí být zdravotnická dokumentace optimalizována, standardizována, řádně a včasně dokumentována

Základní ZD hospitalizovaného pacienta:

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

- Oše. dokumentace

Zdravotnická dokumentace

- Základní nástroj evidence poskytované péče
- Důkaz prováděných činností (vykazování pro zdravotní pojišťovnu)
- Důkaz o vývoji zdravotního stavu pacienta v čase
- Studijní materiál (závěrečné práce, vývoj, výzkum)
- Vizitka zdravotního zařízení
- Bezpečnostní opatření (provádění legislativní bezpečnosti zdravotního zařízení i jejich zaměstnanců)
- Možnost posouzení lege artis
- Možnost zhodnotit rozsah informovanosti pacienta

Vedení zdravotnické dokumentace

- Systematicky – časová posloupnost
- Včas – záznam v reálném čase, bez prodlevy
- Komplexně – lékařská, ošetrovatelská, psychologická, RHB aj.
- Srozumitelně – shodná/definovaná formální stránka
- Pravdivě
- Čitelně

„Co není zapsáno, není uděláno...“

KONTINUITA PÉČE

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

Opravy a Zkratky

– Opravy

- původní zápis škrtnout tak, aby zůstal původní zápis čitelný
- nový zápis musí obsahovat časový údaj opravy, datum a podpis osoby provádějící opravu
- nejčastější chybovost (korektory, škrtnání, přelepování, obyčejné tužky)

– Zkratky

- vytvoření seznamu používaných a povolených zkratk v daném ZZ
- nepoužívat v preskripci léků, propouštěcí zprávě
- nejčastější chybovost (slang, nespisovné a cizí výrazy)

Vlastnictví záznamů

- organizace (konkrétní ZZ) jsou právními vlastníky dokumentace
- ! Neznamená to, že kdokoliv v organizaci má automaticky právo na přístup k této dokumentaci nebo v ní obsažených informacím
- povinností chránit důvěrnost dokumentace pacienta/klienta na základě zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů

Nahlížení do ZD

(dle Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o*

zdravotních službách)

§ 65

(1) Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou **v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem** nahlížet, pořizovat si její výpisy nebo kopie

a) pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta; do záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky může pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta nahlížet nebo si pořizovat výpisy nebo kopie pouze v rozsahu záznamu popisu příznaků onemocnění, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,

b) osoby určené pacientem, zákonným zástupcem nebo opatrovníkem pacienta, pěstoun nebo jiná pečující osoba; v případě záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky se postupuje podle písmene a),

c) osoby blízké zemřelému pacientovi v rozsahu stanoveném v § 33 odst. 4;

postupy podle písmene a), b) nebo c) nesmí narušit poskytování zdravotních služeb.

(2) Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou bez jeho souhlasu nahlížet, jestliže je to v zájmu pacienta nebo jestliže je to potřebné pro účely vyplývající z tohoto zákona nebo jiných právních předpisů, a to v nezbytném rozsahu,

a) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání a jiní odborní pracovníci v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, kteří jsou zaměstnanci poskytovatele, a další zaměstnanci poskytovatele v rozsahu nezbytně nutném pro výkon povolání, a dále z důvodu splnění úkolů podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů a při hodnocení správného postupu při poskytování zdravotních služeb,

b) osoby podílející se na výkonu působnosti příslušného správního orgánu v souvislosti s přezkoumáním lékařského posudku podle jiného právního předpisu,

c) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání

1. pověřené příslušným správním orgánem vypracováním odborného stanoviska k návrhu na přezkoumání lékařského posudku,

2. pověřené příslušným správním orgánem, který převzal podle tohoto zákona zdravotnickou dokumentaci, pořizováním výpisů nebo kopií zdravotnické dokumentace pro zajištění návaznosti zdravotních služeb o pacienta,

d) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání, které se podílejí na výkonu působnosti správních orgánů, oprávněné k výkonu kontroly v rozsahu jejich pověření podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů a pověřené osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání přizvané ke kontrole v rozsahu jejich pověření,

e) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání pověřené zdravotními pojišťovnami k provádění činností v rozsahu stanoveném zákonem o veřejném zdravotním pojištění,

f) zdravotničtí pracovníci příslušní podle jiných právních předpisů k posuzování zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení, zejména nemocenského nebo důchodového pojištění, státní sociální podpory, zaměstnanosti, sociálně-právní ochrany dětí, sociálních služeb a pomoci v hmotné nouzi,

g) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání pověřené Státním ústavem pro kontrolu léčiv, oprávněné k výkonu kontroly podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů v rozsahu stanoveném těmito právními předpisy,

h) osoby podílející se na evidenci údajů nebo na kontrole sdělování údajů do Národního zdravotnického informačního systému podle tohoto zákona,

i) soudní znalci ve zdravotnických oborech a osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání, které byly pověřeny vypracováním znaleckého posudku znaleckým ústavem nebo znaleckou kancelář³⁰⁾, poskytovatelem nebo zdravotnickým pracovníkem, v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku pro potřebu trestního řízení nebo pro řízení před soudem podle jiných právních předpisů,

j) lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost v rozsahu stanoveném jiným právním předpisem,

k) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání, které jsou zaměstnanci orgánů ochrany veřejného zdraví, při výkonu státního zdravotního dozoru,

l) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání provádějící hodnocení kvality a bezpečí podle tohoto zákona a osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání provádějící externí klinické audity lékařského ozáření podle zákona o specifických zdravotních službách,

m) Veřejný ochránce práv v souvislosti s šetřením podle jiného zákona³¹⁾ tak, aby byla zajištěna ochrana citlivých údajů třetích osob,

n) členové delegace Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání nebo členové delegace Podvýboru pro prevenci mučení a jiného krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání, a to v rozsahu nezbytném pro splnění úkolu vyplývajícího z mezinárodních smluv, kterými je Česká republika vázána a které upravují činnost výboru nebo podvýboru³²⁾,

o) inspektoři oprávnění k provádění inspekcí souvisejících s klinickým hodnocením humánních léčivých přípravků v souladu s přímo použitelným předpisem Evropské unie upravujícím podrobná pravidla pro provádění inspekčních postupů správné klinické praxe⁵⁵⁾,

p) jde-li o patientský souhrn, zdravotničtí pracovníci poskytovatele jiného státu Evropské unie prostřednictvím příslušného národního kontaktního místa, a to za účelem poskytnutí zdravotních služeb pacientovi, který se nachází v péči poskytovatele jiného státu Evropské unie a o němž je patientský souhrn veden.

Osoby uvedené v písmenech b) až n) si mohou pořizovat výpisy nebo kopie zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytném pro splnění účelu nahlížení.

Nahlížení do ZD (dle Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*)

Nahlížení do ZD

(dle Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o

zdravotních službách)

(3) Osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka a zdravotničtí pracovníci uvedení v § 46 odst. 2 mohou do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi nahlížet v rozsahu nezbytně nutném pro zajištění výuky; to neplatí, jestliže pacient nahlížení prokazatelně zakázal.

Podávání informací o nemocném

- dodržování zákonem stanovené povinné mlčenlivosti
- mlčenlivost se vztahuje na všechny údaje, o kterých se zdr. pracovník dozvěděl v souvislosti s poskytováním péče
- je nutno zjistit komu lze informace o zdravotním stavu poskytnout (např. v nemocničním systému FN Brno je s pacientem sepsán a pacientem podepsán *Záznam o souhlasu s poskytováním informací o zdravotním stavu a o určení osoby oprávněné vyslovit zástupný souhlas*)

Uchování zdravotnické dokumentace

- období pro uchování záznamů pacientů/klientů závisí na platné legislativě.
- je vhodné, aby mělo ZZ vypracované směrnice s uvedením požadavků na uchovávání veškerých záznamů, které je nutno dodržovat.

Poskytovatel:

- vede a uchovává ZD
- posuzuje, zda je ZD potřebná pro další poskytování zdravotních služeb, zda může být vyřazena a zničena.
- pravidly se řídí i správní orgán, který převzal zdravotnickou dokumentaci např. po zemřelém lékaři.
- ZD se uchovává po dobu 5 let a označuje se vyřazovacím znakem „S“, pokud není jiným právním předpisem nebo v příloze č. 3 vyhlášky stanoveno jinak, lhůta se mění podle toho, kdo ZD vede (▲ praktický lékař/pediatr 10 let, zubař, gynekolog i další ambulantní specialisté 5 let
- V nemocnicích se záznamy udržují 40 let, v LDN je to 20 let. Záchranáři udržují 10 let záznam operátora a stejně dlouho i informace o výjezdu záchrany

Archivace a skartace ZD

„Čl. 6 Vyhláška 137/2018

- **(1)** ZD určená k vyřazení musí být zničena. Zničením zdravotnické dokumentace se rozumí znehodnocení takovým způsobem, aby byla znemožněna rekonstrukce a identifikace jejího obsahu.
- **(2)** Poskytovatel pořídí a uchovává písemný záznam, který obsahuje soupis zničené zdravotnické dokumentace společně s informací o tom, kdy, jak a kým byla zdravotnická dokumentace zničena; soupis obsahuje identifikační údaje pacienta. Písemný záznam se uchovává bez časového omezení.“
- Zákon č. 499/2004 Sb. *Zákon o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů* a Vyhláška č. 646/2004 Sb. *Vyhláška o podrobnostech výkonu spisové služby*
- co se rozumí písemností: každý písemný, obrazový, zvukový nebo jiný záznam
- archivovat se musí: chorobopisy, ambulantní karty a jejich obsah, RTG snímky, sono snímky, EKG, EMG, EEG záznamy z výpočetní techniky i záznamy provedené přístroji

Z hlediska skartace se písemnosti dělí

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

Výzkum, výuka a přístup

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

Souhlas x Revers (dle Zákonu 372/2011)

Poskytování zdravotních služeb se souhlasem

§ 34

(1) Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb (dále jen „souhlas“) se pokládá za

a) svobodný, je-li dán bez jakéhokoli nátlaku,

b) informovaný, je-li pacientovi před vyslovením souhlasu podána informace podle § 31; souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se pacient podle § 32 odst. 1 podání informace vzdal.

(2) Písemná forma souhlasu se vyžaduje, pokud tak stanoví jiný právní předpis²¹⁾ nebo pokud tak s ohledem na charakter poskytovaných zdravotních služeb určí poskytovatel. Souhlas s hospitalizací musí být vždy v písemné formě. Na vyžádání je pacientovi poskytnuta kopie písemné formy souhlasu.

(3) Pacientovi, kterému byla podána informace o zdravotním stavu nebo se podání informace podle § 32 odst. 1 vzdal a který odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, nejde-li o případ, kdy lze zdravotní služby poskytnout bez souhlasu, je opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit život. Jestliže pacient i nadále odmítá vyslovit souhlas, učiní o tom písemné prohlášení (revers).

(4) Pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat. Odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta.

(5) Písemný souhlas, písemné odvolání souhlasu, popřípadě záznam o odvolání tohoto souhlasu, pokud pacient souhlas odvolal bez písemného vyjádření, písemné prohlášení o nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb, popřípadě záznam o tomto nesouhlasu, pokud pacient odmítá učinit písemné prohlášení, je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; podepíše je pacient a zdravotnický pracovník. Odmítá-li pacient záznam podle věty první podepsat, zdravotnický pracovník tuto skutečnost do záznamu doplní; záznam podepíše zdravotnický pracovník a svědek.

(6) Jestliže zdravotní stav pacienta nedovoluje vyjádření souhlasu, odvolání souhlasu nebo vyslovení nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb požadovaným způsobem, zdravotnický pracovník zaznamená nepochybný projev vůle pacienta do zdravotnické dokumentace o něm vedené, uvede způsob, jakým pacient svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící pacientovi ve vyjádření požadovaným způsobem; záznam podepíše zdravotnický pracovník a svědek.

(7) Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, a nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu, vyžaduje se souhlas osoby určené pacientem podle § 33 odst. 1, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, manžela nebo registrovaného partnera, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas rodiče, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas jiné svéprávné osoby blízké, pokud je známa.

§ 35

(1) Při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku. Tento názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm rozumové a volní vyspělosti nezletilého pacienta. Pro vyslovení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb nezletilému pacientovi se použijí právní předpisy upravující svéprávnost fyzických osob⁴⁹⁾ s tím, že nezletilému pacientovi lze zamýšlené zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. Tím není dotčena možnost poskytování zdravotních služeb bez souhlasu.

(2) Poskytnutí zdravotních služeb na základě souhlasu nezletilého pacienta nebrání tomu, aby ošetřující zdravotnický pracovník podal zákonnému zástupci informaci o poskytnutých zdravotních službách nebo zdravotním stavu nezletilého pacienta.

(3) Jde-li o zdravotní služby, které spočívají v poskytnutí

a) neodkladné péče, která není péčí podle § 38 odst. 4, nebo

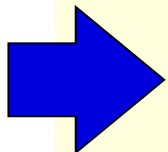
b) akutní péče, a

souhlas zákonného zástupce nelze získat bez zbytečného odkladu, rozhodne o jejich poskytnutí ošetřující zdravotnický pracovník. To neplatí, lze-li zdravotní služby poskytnout podle odstavce 1 na základě souhlasu nezletilého pacienta.

(4) Jde-li o pacienta s omezenou svéprávností, odstavce 1 až 3 se použijí obdobně s tím, že věk pacienta se nezohledňuje.

(5) Jde-li o pacienta uvedeného v § 28 odst. 4, poskytovatel vyloučí, má-li podezření, že je tento pacient zneužíván nebo týrán, popřípadě, že je ohrožován jeho zdravý vývoj, přítomnost osob uvedených v § 28 odst. 3 písm. e) při poskytování zdravotních služeb, pokud jde o vyšetření za účelem vyloučení známek uvedených skutečností.

§ 36



MUNI
MED

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

„Administrativní zátěž ve zdravotnictví je dlouhodobě předmětem kritiky jak ze strany lékařů, tak zejména zdravotních sester. Jejím důsledkem je i to, že jsou sestry přetíženy a nemohou se zcela věnovat pacientům – často musí trávit více času administrativou. Vnímáme, že to přispívá i k odchodům zdravotníků z praxe a jsou hlasy, že pokud by byla administrativní zátěž menší, nebyla by tak velká personální potřeba. Bylo by tedy možné práci lépe zvládat se stávajícími sestrami a zdravotnického personálu by nebyl zásadní nedostatek. Proto jsme se rozhodli přistoupit k novele vyhlášky o zdravotnické dokumentaci. Základním cílem je zjednodušit vedení zdravotnické dokumentace a snížit administrativní zátěž pro zdravotníky,“ vysvětluje ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Zdravotní sestřičky by také měly vést méně záznamů, a to tak, aby to odpovídalo skutečným potřebám daného zařízení.

Na druhou stranu však ministerstvo poukazuje na to, že poskytovatelé jdou nezřídkou ve vnitřních předpisech nad rámec zákona a vyhlášky, což může personál zatěžovat. „Chtěl bych proto vyzvat zařízení, aby si revidovala vnitřní předpisy a snížila tak administrativní zátěž. V tomto jim otvíráme cestu, protože rušíme povinné požadavky u ošetrovatelské dokumentace. Nově je vyžadováno pouze to, aby dokumentace byla vedena, ale umožňujeme adaptaci dle typu zařízení a poskytované zdravotní péče,“ dodává ministr Vojtěch.

Prezidentka České asociace sester Martina Šochmanová, nejde tedy rozhodně o zrušení ošetrovatelské dokumentace. „Každý, kdo provede zdravotnický úkon či službu, to musí zaznamenat,“

<http://www.zdravotnickydenik.cz/2018/07/mz-zjednodusilo-vedeni-zdravotnicke-dokumentace-administrativu-snizi-i-pri-revizi-pokynu-ve-vestniku/>

4.7.2018

„Dokumentace ošetrovatelské péče je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace a i nadále v ní musí být **obsaženy a zaznamenány veškeré úkony související s poskytováním ošetrovatelské péče**, a to nejen z možných forenzních důvodů, ale i z hlediska kvality poskytované ošetrovatelské péče.“ Strnadová

„Dokumentace ošetrovatelské péče popisuje její průběh – bez duplicitních záznamů i bez nucení sester k víceméně umělé identifikaci ošetrovatelských diagnóz, zato s **jasným popisem pacientových problémů, které jsou řešitelné ošetrovatelskou intervencí a následným popisem intervencí a jejich efektu.**“

Marx

In Michaela Koubová, Ošetrovatelská dokumentace ode zdi ke zdi? Odpadá dublování a formality, ne povinnost dokumentovat péči, 10.5.2018



Vedení ošetrovateľskej dokumentácie

zdroj ČAS Vedení ošetrovateľskej dokumentácie | Česká asociace sester (cnna.cz)

*„Česká asociace sester (ČAS) je přesvědčena, že sestry, porodní asistentky a sestry v komunitní péči mají pracovat metodou ošetrovateľského procesu. **Na zdokumentování jeho jednotlivých kroků a veškerých ošetrovateľských činností je důležité vedení ošetrovateľské dokumentace.**“*

Legislativa

- V předchozí verzi Koncepce ošetřovatelství: Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR (1998) částka 6 Koncepce ošetřovatelství – metodické opatření *„kde je definovaná ošetřovatelská dokumentace jako součást zdravotnické dokumentace.“*
- ošetřovatelská dokumentace je definována jako součást zdravotnické dokumentace – proto se vedení oše. dokumentace také řídí legislativou pro zdr. dokumentaci (viz legislativa na začátku prezentace)
- Např. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci: *„(2) Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta dále obsahuje: ... g) záznamy o poskytnuté ošetřovatelské péči, včetně záznamů o poskytnuté nutriční péči a léčebně rehabilitační péči,..“*

Aktuálně

Zdroj: [Vedení ošetrovatelské dokumentace | Česká asociace sester \(cnna.cz\)](#)

- neexistuje šablona pro vedení ošetrovatelské dokumentace, pouze metodické doporučení (viz dále).

Nejlepší ošetrovatelská dokumentace je taková, která:

- **vzniká na základě konzultací a diskusí**, které probíhají na místní úrovni **mezi všemi členy** víceoborového zdravotnického týmu i **s pacientem/klientem**
- je hodnocena a upravována podle potřeb pacientů/klientů
- umožňuje, aby o pacienta/klienta pečovala sestra bez ohledu na stadium procesu péče nebo prostředí péče.

Dobré vedení ošetrovatelské dokumentace

II. Úvod zdroj ČAS Vedení ošetrovatelské dokumentace | Česká asociace sester (cnna.cz)

pomáhá chránit pacienty tím, že bude zajišťovat:

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

Význam: usnadnit ošetrovatelskou péči, aby se zaměřila na hlavní problémy pacienta a byla schopna tyto problémy rychle a účelně řešit

Ošetrovatelská dokumentace – obsah a forma

Zdroj: [Vedení ošetrovatelské dokumentace | Česká asociace sester \(cnna.cz\)](#)

III. Obsah a forma

K efektivnímu vedení ošetrovatelské dokumentace přispívá řada faktorů:

- u každého pacienta/klienta je vedena samostatná ošetrovatelská dokumentace
- ošetrovatelská dokumentace by měla obsahovat tyto základní složky: ošetrovatelskou anamnézu, záznam vývoje stavu pacienta/klienta, ošetrovatelský plán a překladovou/pro-pouštěcí zprávu. Dle individuálních problémů pacienta/klienta lze použít další složky ošetrovatelské dokumentace, např. plán péče o dekubity, záznam bolesti apod.
- každá složka ošetrovatelské dokumentace musí být identifikovatelná, tzn. musí obsahovat osobní údaje pacienta/klienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a označení zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo
- dokumentace pacienta/klienta by měla být konkrétní, logicky navazující a přesná;
- zápis by měl být učiněn co možná nejdříve poté, co k události došlo, dokumentace by měla poskytovat aktuální informace o péči a stavu pacienta/klienta. Záznam má být pouze interpretací toho, co sestra viděla, slyšela, cítila nebo změřila nebo obsahuje pacientovy výroky a jeho reakci na péči / zákrok;
- všechny záznamy, změny a doplňky musí být opatřeny datem, časem a podpisem sestry, která záznam provedla, záznamy musí být zapsány přehledně, chronologicky, věcně, čitelně a takovým způsobem, aby text nemohl být vymazán; při provádění změn musí původní zápis zůstat dobře čitelný;
- dokumentace by neměla obsahovat nespisovné výrazy, bezvýznamné fráze, irelevantní spekulace a urážlivé subjektivní výroky;
- dokumentace by měla identifikovat problémy, které se vyskytly, a kroky, které byly podniknuty k jejich vyřešení;
- dokumentace musí poskytovat jednoznačný důkaz o sdělených informacích, přijatých rozhodnutích, poskytnuté péči a sdělených informacích.

Ošetrovateľská dokumentace

Zdroj: [Vedení ošetrovateľskej dokumentace | Česká asociace sester \(cnna.cz\)](#)

IV. Prístup a vlastníctví

Právo jiných pracovníků na přístup k dokumentaci

ČAS podporuje princip sdílené dokumentace, podle něhož všichni členové zdravotnického týmu zapojení do péče a terapie jednotlivých pacientů/klientů vkládají zápisy do jedné dokumentace v souladu se schváleným místním standardem. Možnost získat informace při dodržování soukromí pacienta/klienta je velmi důležitá. Zápis každého člena zdravotnického týmu do této dokumentace by měl být považován za stejně důležitý. To odráží širší hodnotu spolupráce ve víceoborovém zdravotnickém týmu.

Uchovávání

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

Vlastnictví záznamů

Organizace, které zaměstnávají profesionální pracovníky, kteří vedou dokumentaci, jsou právními vlastníky této dokumentace. To však neznamená, že kdokoli v organizaci má automaticky právo na přístup k této dokumentaci nebo v ní obsažených informacím. Je vaší povinností chránit důvěrnost dokumentace pacienta/klienta na základě zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Zdravotní dokumentace patří organizaci, ale informace v ní obsažené jsou důvěrné a měly by být poskytovány dokonce i pracovníkům této organizace pouze se souhlasem pacienta/klienta.

Výzkum, výuka a přístup

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

Ošetřovatelská dokumentace

Zdroj: [Vedení ošetřovatelské dokumentace | Česká asociace sester \(cnna.cz\)](#)

V. Informační technologie a počítačem vedené záznamy

Mnoho sester, porodních asistentek a sester komunitní péče nyní k záznamům svých plánů, hodnocení a poskytování péče používá informační technologie. Má to zřejmé výhody. Počítačové záznamy se snadněji čtou, jsou méně objemné, odstraňují potřebu duplicity a zlepšují komunikaci mezi členy zdravotnického týmu. Avšak stejné základní principy, které platí pro ručně psanou dokumentaci, musí být uplatňovány i u počítačových záznamů. Všechny samostatné části zdravotnické dokumentace musí obsahovat elektronický podpis osoby, která zápis provedla. V případě, že zápisy nemají elektronický podpis, musíte uchovávat tištěnou formu dokumentace s podpisy. Bezpečnostní kopie datových souborů musí být prováděny nejméně jednou za pracovní den. Uložení archívních kopií se vytváří nejméně jedenkrát za rok, je provedeno způsobem znemožňujícím do nich provádět dodatečné zásahy.

Bezpečnost, přístup a důvěrnost

Princip důvěrnosti informací, které zaznamenáváte o svých pacientech/klientech, je stejně důležitý u počítačových záznamů jako u všech ostatních záznamů. Jste profesionálně povinna zabezpečit, aby kterýkoliv používaný systém byl plně bezpečný. Měly by být vytvořeny jasné místní standardy, které by specifikovaly, kteří pracovníci mají k počítačem vedeným záznamům přístup.

Pacienti/klienti nemají právo omezovat množství informací relevantních pro jejich péči nebo stav, které jsou zařazovány do jejich dokumentace. Mohou však omezit přístup k určitým informacím o sobě a vy musíte toto jejich právo respektovat. Tímto právem by se měly zabývat místní směrnice a standardy.

Ošetrovatelská dokumentace

Zdroj: [Vedení ošetrovatelské dokumentace | Česká asociace sester \(cnna.cz\)](#)

VI. Audit

Audit je jednou ze součástí procesu managementu a jeho konečným cílem je zvyšování kvality poskytované péče. Cíle je dosaženo, pokud je v průběhu zdravotní péče dosaženo zlepšení, rizika pro pacienta/klienta jsou minimalizována a náklady pro zaměstnavatele sníženy, je cíle dosaženo.

Audit může hrát důležitou roli při zajišťování kvality poskytované péče a to platí stejně i o procesu vedení ošetrovatelské dokumentace. Při auditu vámi vedené dokumentace můžete posoudit její úroveň a identifikovat oblasti, kde by mělo dojít ke zlepšení a poučení pracovníků. Nástroje auditu ke sledování úrovně zápisů by tedy měly být stanoveny na místní úrovni a měly by sloužit jako základ jak pro hodnocení, tak pro diskusi. Ať je použit jakýkoliv nástroj nebo systém auditu, měl by být primárně zaměřen na to, aby spíše sloužil zájmům vašich pacientů/klientů než pohodlí organizace. Nutnost zachovávat důvěrnost informací o pacientovi/klientovi platí v auditu stejně tak jako v samotném procesu vedení dokumentace.

Ošetrovatelská dokumentace

Zdroj: [Vedení ošetrovatelské dokumentace | Česká asociace sester \(cnna.cz\)](#)

VII. Právní záležitosti a stížnosti

Ošetrovatelská dokumentace pacientů/klientů je někdy vyžadována jako důkaz u soudu a nebo za účelem vyšetření stížnosti na místní úrovni. Jako důkaz mohou být požadovány všechny složky ošetrovatelské dokumentace. Musíte si uvědomit, že veškeré zápisy, které učiníte do ošetrovatelské dokumentace pacienta/klienta, mohou být v určitém okamžiku podrobně zkoumány. Soudy mají k vedení ošetrovatelské dokumentace takový přístup, že „pokud něco není zaznamenáno, nebylo to ani provedeno“.

Etická komise ČAS posuzuje stížnosti na neprofesionální chování sester, porodních asistentek a sester komunitní péče.

Jako sestra, porodní asistentka nebo sestra komunitní péče máte jak profesionální, tak zákonnou povinnost poskytovat péči. Ošetrovatelská dokumentace, kterou vedete, by se měla řídit Obsahem a formou, kap. č. III.

Frekvence zápisů bude určována jak vaším profesionálním úsudkem, tak místními standardy a předpisy. Zápis v ošetrovatelské dokumentaci musí být učiněn vždy při změně zdravotního stavu pacienta/klienta a pacient/klient by měl být zhodnocen ošetřujícím personálem za každou pracovní směnu.

Sestra, porodní asistentka nebo sestra komunitní péče je profesionálně zodpovědná za to, aby všechny úkoly, byly splněny při zachování stanovené míry kvality. Jestliže např. pověříte vedením ošetrovatelské dokumentace studentky ošetrovatelství, studující porodní asistentky, musíte nad nimi zajistit řádný dohled a musíte se přesvědčit, zda jsou schopné tento úkol splnit. Každý takovýto zápis musíte čitelně parafovat a musíte si být vědoma toho, že jste profesionálně zodpovědná za důsledky takovýchto zápisů. Musíte zajistit, aby každý zápis, který do ošetrovatelské dokumentace uděláte, bylo možno snadno identifikovat. Proto je důležité mít na pracovišti veden seznam pracovníků s podpisovými vzory.

Ošetrovatelská dokumentace

Zdroj: [Vedení ošetrovatelské dokumentace | Česká asociace sester \(cnna.cz\)](#)

VIII. Souhrn

- Vedení ošetrovatelské dokumentace je nedílnou součástí ošetrovatelské praxe
- Profesionální vedení ošetrovatelské dokumentace je známkou kvalifikovaného pracovníka
- Základní složky ošetrovatelské dokumentace jsou: ošetrovatelská anamnéza, záznam vývoje stavu pacienta/klienta, ošetrovatelský plán a překladová/propouštěcí zpráva.
- Záznamy by neměly obsahovat, nespisovné výrazy, bezvýznamné fráze, irelevantní spekulace a urážlivé subjektivní výroky
- Záznamy by měly být konkrétní, soustavné a přesné
- Záznamy by měly být psány přehledně a tak, aby text nemohl být vymazán
- Je třeba zajistit, aby každý zápis do ošetrovatelské dokumentace byl snadno identifikovatelný
- Veškeré zápisy, které uděláte do záznamů pacienta/klienta, mohou být v určitém okamžiku podrobně posuzovány
- Ošetrovatelské záznamy mají být pořizovány vždy při změně pacientova/ klientova zdravotního stavu, za každou pracovní směnu a volná místa proškrtnutá.
- Při auditu ošetrovatelské dokumentace můžete posoudit její úroveň a identifikovat oblasti, kde by mělo dojít ke zlepšení příp. k poučení pracovníků
- Použití dokumentace při výzkumu by mělo být schváleno vaší místní etickou komisí
- Princip důvěrnosti zaznamenávaných informací o vašich pacientech/klientech je také u počítačových záznamů stejně důležitý jako u všech ostatních záznamů
- Vaší povinností je chránit důvěrnost dokumentace pacienta/klienta
- Příspěvek každého člena ošetrovatelského týmu do ošetrovatelské dokumentace by měl být považován za stejně důležitý
- Dobré vedení dokumentace pomáhá dodržet stanovenou kvalitu péče pro pacienty/klienty.

11. DOKUMENTACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Záznam o ošetřovatelské péči obsahuje:

- a) ošetřovatelskou anamnézu pacienta, a zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetřovatelské péče a ošetřovatelského plánu,
- b) ošetřovatelský plán, v němž se zejména uvedou
 1. popis ošetřovatelského problému a stanovení ošetřovatelské diagnózy pacienta,
 2. postupy poskytování ošetřovatelské péče a podle povahy postupů datum a časový údaj o poskytnutí ošetřovatelské péče nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření nebo jiných postupů ošetřovatelské péče, včetně poučení pacienta,
 3. hodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče,
 4. změny v ošetřovatelském plánu,
- c) ošetřovatelskou propouštěcí zprávu nebo doporučení k dalšímu ošetřovatelskému postupu v případě předání pacienta do další ošetřovatelské péče, v níž se zejména uvede
 1. shrnutí ošetřovatelské anamnézy,
 2. aktuální údaje o poskytnuté ošetřovatelské péči včetně časových údajů o poslední poskytnuté péči, posledním podání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a použití zdravotnických prostředků,
 3. aktuální údaje o zdravotním stavu pacienta,
 4. záznam o rozsahu podané informace v rámci ošetřovatelské péče při propuštění z ústavní péče.

Ošetřovatelská propouštěcí zpráva se nevypracovává, je-li o propuštění pacienta z ústavní péče vypracována propouštěcí zpráva podle bodu 4 této přílohy.

**Na obrázku je PrtScr původního legislativní doporučení pro vedení oše. dokumentace
Vyhláška č. 385/2006 Sb. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci**

Od roku 2018 je pouze metodický pokyn

METODICKÝ POKYN, KTERÝM SE STANOVÍ VEDENÍ ZÁZNAMŮ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI

Zdroj: [Ministerstvo zdravotnictví \(cnaa.cz\)](http://cnaa.cz)

- Podle metodického pokynu poskytovatelé zdravotních služeb zpracují zásady vedení záznamů ošetrovateľské péče včetně věcného rozsahu a obsahu odpovídajícímu spektru poskytovaných služeb.

METODICKÝ POKYN, KTERÝM SE STANOVÍ VEDENÍ ZÁZNAMŮ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI

Zdroj: [Ministerstvo zdravotnictví \(cnaa.cz\)](http://cnaa.cz)

Článek 2 Vymezení pojmů

(1) Pro účely tohoto metodického pokynu se rozumí:

- a) zdravotnická dokumentace je soubor informací vztahujících se k pacientovi/klientovi, kdy při zpracování osobních údajů lze nakládat s rodným číslem pacienta/klienta;
- b) záznamy ošetrovatelské péče ve zdravotnické dokumentaci jsou všechny písemné, grafické a jiné systematicky prováděné zápisy související s poskytováním ošetrovatelské péče a dalších činností konkrétního pacienta/klienta;
- c) vedení zdravotnické dokumentace včetně záznamů ošetrovatelské péče je možné v listinné nebo elektronické podobě nebo v kombinaci obou;
- d) nahlížení do zdravotnické dokumentace, pořizování výpisů a kopií je možné v souladu s § 65 zákona o zdravotních službách.

METODICKÝ POKYN, KTERÝM SE STANOVÍ VEDENÍ ZÁZNAMŮ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI

Zdroj: [Ministerstvo zdravotnictví \(cnaa.cz\)](http://cnaa.cz)

Článek 3

Záznamy ošetrovatelské péče ve zdravotnické dokumentaci

- (1) Záznamy ošetrovatelské péče jsou zaměřeny na potřeby jedince a jsou nedílnou součástí zdravotnické dokumentace.
- (2) Záznamy ošetrovatelské péče poskytují přehledný průběh poskytování ošetrovatelské péče a obsahuje zejména:
 - a) záznam vstupního ošetrovatelského vyšetření (ošetrovatelskou anamnézu),
 - b) klíčové problémy pacienta,
 - c) záznamy o provedení ošetrovatelské péče a jejím průběžném hodnocení sestrou,
 - d) ošetrovatelskou překladovou zprávu při překladu pacienta/klienta k jinému poskytovateli zdravotních nebo sociálních služeb, zachycující jeho stav v okamžiku překladu, lze ji využít i v rámci překladu mezi odděleními u poskytovatele zdravotních služeb.
- (3) Záznamy ošetrovatelské péče jsou vedeny společně s dokumentací lékařskou v souladu se specifickým zaměřením jednotlivých pracovišť.
- (4) Záznamy ošetrovatelské péče musí být vedeny průkazně, pravdivě, čitelně a průběžně doplňovány.
- (5) Součástí záznamu ošetrovatelské péče při poskytování jednodenní nebo lůžkové péče může být poučení pacientů/klientů o úschově cenností, dokumentace týkající se doprovodu pacienta/klienta, poučení o doprovodu u porodu, doklad o převzetí svršků pacienta/klienta, záznam o pozůstalosti, souhlas o ošetrovatelském výkonu.

METODICKÝ POKYN, KTERÝM SE STANOVÍ VEDENÍ ZÁZNAMŮ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI

Zdroj: [Ministerstvo zdravotnictví \(cnaa.cz\)](http://cnaa.cz)

Článek 3

Záznamy ošetrovatelské péče ve zdravotnické dokumentaci

- (6) Záznamy ošetrovatelské péče provádí:
- sestra/porodní asistentka,
 - ostatní nelékařští zdravotničtí pracovníci podílející se na zdravotní péči,
 - ostatní členové ošetrovatelského týmu pracující pod odborným vedením sestry/porodní asistentky,
 - osoby (studenti), kteří se na výkon povolání připravují pod přímým vedením sestry/porodní asistentky.
- (7) Vedení záznamů ošetrovatelské péče se řídí § 54 a následujícími zákona o zdravotních službách.
- (8) Kontrolu záznamů ošetrovatelské péče provádí:
- vedoucí zaměstnanec
 - zaměstnanci poskytovatele zdravotních služeb pověřeni kontrolou dokumentace.
- (9) Každý poskytovatel zdravotních služeb má stanoven pro hodnocení záznamů ošetrovatelské péče interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

METODICKÝ POKYN, KTERÝM SE STANOVÍ VEDENÍ ZÁZNAMŮ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI

Zdroj:

[Ministerstvo zdravotnictví \(cnaa.cz\)](http://cnaa.cz)

Článek 4

Zaznamenávání realizace ošetrovatelské péče

- (1) Záznam vstupního ošetrovatelského/porodnického vyšetření zahrnuje údaje o pacientovi/klientovi, rodině, ev. jeho blízkých, které jsou odebírány za použití kombinace metody:
 - a) rozhovoru,
 - b) pozorování,
 - c) fyzikálního vyšetření,
 - d) škálování za použití standardizovaného i nestandardizovaného dotazníku.
- (2) Na sběru informací o pacientovi/klientovi v rámci záznamu vstupního ošetrovatelského/porodnického vyšetření se mohou podílet i jiní zdravotničtí pracovníci, kteří pacientovi poskytli bezprostřední ošetrovatelskou péči:
 - a) zdravotničtí záchranáři či sestry zdravotnické záchranné služby,
 - b) zaměstnanci akutního příjmu,
 - c) zaměstnanci příjmové ambulance.
- (3) Záznam vstupního ošetrovatelského/porodnického vyšetření se odebírá dle stavu pacienta/klienta, nejdéle však 8 – 12 hodin po přijetí.
- (4) Záznam vstupního ošetrovatelského/porodnického vyšetření slouží ke zhodnocení stavu zdraví, identifikace rizik, saturovanosti potřeb, soběstačnosti pacienta/klienta a určení ošetrovatelských problémů.
- (5) Za konkrétní záznam ošetrovatelského/porodnického vyšetření odpovídá vždy ten, kdo záznam provedl.
- (6) Záznam průběhu ošetrovatelské péče spočívá v návrhu vhodných opatření zejména s cílem prevence rizik a návratu soběstačnosti s využitím dohodnutých standardních ošetrovatelských postupů za spolupráce a dohody s pacientem/klientem o pořadí naléhavosti jejich provedení.
- (7) Výstupní hodnocení (evaluace) efektu poskytnuté péče, na základě porovnávání průběžných (dílčích) a očekávaných výsledků, je stručné, jasné a objektivní změření účinku péče zhodnocením fyzického i psychického stavu pacienta/ klienta.
- (8) Ošetrovatelská propouštěcí zpráva je zpracována vždy ve dvojím vyhotovení, jedno slouží k zajištění návaznosti péče, druhé je součástí zdravotnické dokumentace pacienta/klienta určené k archivaci.

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

- **specifická:** formou, obsahem, strukturou, významem
- standardní terminologie a klasifikační systémy ošetřovatelství vyjadřují a zviditelňují to, co sestry dělají v podobě ošetřovatelské dokumentace

K čemu slouží oše. dokumentace

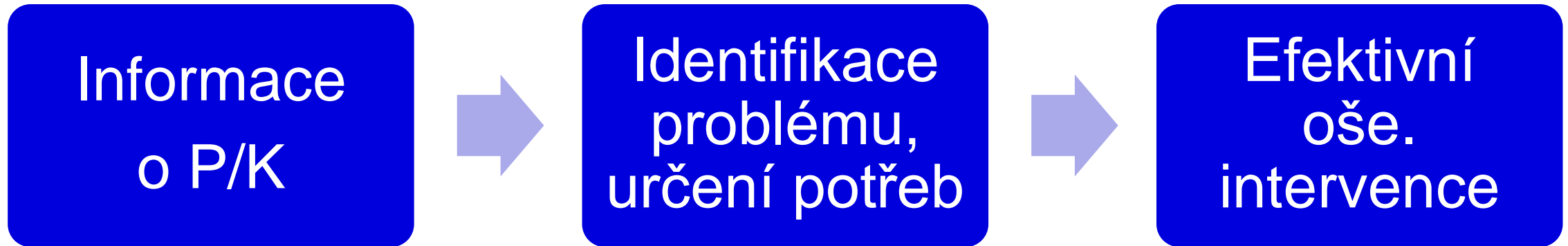
Zdroj potřebných informací o:

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

Zdroj hodnověrných informací pro účely:

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

Význam oše. dokumentace



Kritéria pro oše. dokumentaci

- zohledňuje potřeby pracoviště
- slouží jako informační zdroj
- umožňuje dokumentovat poskytovanou ošetrovatelskou péči
- součást ošetrovatelského procesu (poskytování individuální péče)
- součást zdravotnické dokumentace

- formát by měl odpovídat ostatním dokumentům
- všichni členové zdr. týmu se musí dohodnout, jak a kam se budou jednotlivé informace zaznamenávat

Zásady pro vedení oše. dokumentace

- stručná (neměla by být příliš obsáhlá)
- jednoduchá, srozumitelná, úplná, výstižná
- snadno dostupná
- kvalitní
- čitelná
- bez zbytečných zkratek
- všechny záznamy by měly obsahovat datum, čas a podpis sestry, která zápis provedla
- Dostupná pro ZP poskytující péči o P/K

Tvorba formulářů pro vedení oše. dokumentace

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

Při tvorbě formuláře je

Žádoucí

- označení formuláře musí odpovídat obsahu
- shromažďovat pouze údaje potřebné k výkonu oše. péče
- nejjednodušší pro vyplňování
- zohlednit čas pro vyplnění

Nežádoucí, tzn. formuláře nesmí

- vést ke shromažďování údajů v rozporu s platnými předpisy
- obsahovat údaje, kt. by mohly vést k diskriminaci některých skupin P/K
- vést k duplicitě získaných údajů

formulář je součástí zdr. dokumentace → může sloužit jako podklad při kolizních jednáních

nedostatečně vyplněny formuláře jsou negativně hodnoceny

Formy oše. dokumentace

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

Souhrnná praktická doporučení

- samostatná u každého P/K
- jasné identifikační a kontaktní údaje poskytovatele zdravotnických služeb a příjemce péče
- konkrétní, logicky navazující a přesná
- zápis učinit **co** možná **nejdříve** poté, co k události došlo
- má poskytnout **aktuální informace** o péči a stavu P/K
- záznam má být pouze interpretací toho, co sestra viděla, slyšela, cítila nebo změřila nebo obsahuje pacientovy výroky a jeho reakci na péči / zákrok
- má identifikovat problémy, které se vyskytly a kroky, které byly podniknuty k jejich vyřešení;
- musí poskytovat jednoznačný důkaz o sdělených informacích, přijatých rozhodnutích, poskytnuté péči a sdělených informacích.

Souhrnná praktická doporučení

- všechny záznamy, změny a doplňky musí být opatřeny **datem, časem a podpisem sestry**, která záznam provedla;
- záznamy musí být **zapsány přehledně, chronologicky, pravdivě, věcně, čitelně** a takovým **způsobem**, aby **text nemohl být vymazán**;
- **při provádění změn musí původní zápis zůstat dobře čitelný**; (u opravě V změně na žádost P/K uvést datum, čas provedení zápisu a poznámka, že jde o opravu V doplnění na žádost pacienta, zápis se opatří podpisem pacienta a ZP.
- dokumentace by neměla obsahovat nespisovné výrazy, bezvýznamné fráze, irelevantní spekulace a urážlivé subjektivní výroky;

Nejčastější chyby v oše. dokumentaci

- nesprávná terminologie
- slangové výrazy (nechce béčko v injekci ...)
- vulgarismy (poblil se ...)
- psané jiným jazykem (pacient grgal ...)
- subjektivní pocity zdravotníka (P/K asi zle spal, zdál se mi nepříjemný ...)
- neschválené zkratky

Nejčastější chyby v oše. dokumentaci

Ošetrovatelské diagnózy:

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

Kontrola ošetrovateľskej dokumentácie

- kompetence vrchní, staniční sestry a primáře
- kontrola nejen formální, ale i obsahová stránka vedení oše. dokumentace
- na základě přijatých výsledků kontroly přijímat potřebná opatření
- vyhotovení zápisu kontroly – nestačí pouze termíny kontrol

Základní oše. dokumentace

- Denní záznamy, hlášení sester – poskytují důležité informace o:
- pacientech
 - chodu pracoviště ve zdravotnickém zařízení

Hlášení sester

- Je formální stránkou a vizitkou pracoviště

poskytuje důležité informace:

- o nemocných
- o chodu oddělení

- vizitka oddělení

vhodnou formou upravuje:

- předávání návykových látek, nástrojů, přístrojů

Další formuláře

- liší se dle druhu zařízení a péče
- připojují se k základní dokumentaci

- **jedná se o:**

- Informované souhlasy
- Převzetí svršků pacienta
- Úschova cenností
- Záznamy o různých ošetřovatelských testech (hodnocení soběstačnosti, bolesti, rizika dekubitů, psychického stavu...)
- Záznam o příjmu a výdeji tekutin
- Záznam o dietě
- Záznam diabetika
- Záznam o perioperační péči
- Záznam laboratorních výsledků
- Záznam o poskytování informací a o edukaci,.....

Doklad o převzetí šatů

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

Poučení nemocného o možnosti úschovy cenností

- povinnost o poučení je uložena sestře
- lze řešit pomocí předtištěných formulářů, které nemocný podepíše při příjmu nebo je možné do zdr. dokumentace provést otisk razítka tohoto poučení
- součástí poučení je datum a podpisy nemocného a sestry

Vlastní úschova cenností

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

Ochrana osobních dat uvedených v oše. dokumentaci

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

Provozní dokumentace

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

Patří zde:

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

Kniha vzkazů

- obsahuje informace spojené s provozem oddělení

Zapisují se sem:

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

Přístup k této knize mají:

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

Evidence návykových látek

Obsahuje informace o správném:

- Objednávání
- Evidenci
- Stávajícím stavu látek na pracovišti

Do knihy sestra zapisuje:

- komu, co a kolik návykové látky bylo podáno

Kontrolu provádí:

- vedoucí pracovník

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

Užívání razítek

- povinnost chránit před zneužitím
- potřeba razítek se řídí požadavkem (dle vlastního návrhu) daného ZZ a pracoviště nepodléhají evidenci
- používání musí schválit primář oddělení a vrchní sestra po dohodě s hlavní sestrou

Nežádoucí příhoda při hospitalizaci

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

Kód pojistovny

**HLÁŠENÍ ÚRAZU
nebo jiného poškození zdraví**
podle § 55 zákona o veřejném zdravotním pojištění

Příjmení a jméno

Číslo pojštěnce

Bydliště (adresa)

PSČ

Zaměstnavatel, povolání, druh vykonávané práce

Datum, hod. a místo úrazu

Diagnóza

Stručný děj a příčiny úrazu, odpovědnost za úraz (podle zjištění u zraněného)

Ke zranění došlo v důsledku dopravní nehody: ano - ne - nevím [?]

Jedná se o úraz: pracovní - nepracovní - nevím [?]

Byla zraněnému odebrána krev k prokázání přítomnosti alkoholu či jiné omamné látky: ano - ne [!]

Bylo zraněnému vystaveno Potvrzení pracovní neschopnosti: ano - ne [!]

Kdy a kam byl zraněný odeslán na další vyšetření nebo do ústavní péče

Zraněný byl hospitalizován
v našem ZZ počínaje dnem:

podpis a razítko zdrav. zařízení

[?] nahodilo? se škrtátek

Vystavil:

Dne:

Vyplněný listopis zašle přibalenému uzomnému posílová ZDP pro účely náhrady nákladů poskytnuté zdravotní péče.
Pořadatel podává toto hlášení ukládá zřizovatel § 55 zákona č. 45/1987 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

VZP-02-0000

**MUNI
MED**