

**UNIVERZITA PARDUBICE**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2014**

**Tereza ZÍDKOVÁ**

**Univerzita Pardubice**  
**Fakulta zdravotnických studií**

**Chyby a omyly ve vedení ošetrovatelské dokumentace**

**Tereza Zídková**

**Bakalářská práce**

**2014**

# FORMULÁŘ ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

# FORMULÁŘ ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

**Prohlašuji:**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 1. 7. 2014

Tereza Zídková

**Poděkování:**

Velice ráda bych poděkovala Mgr. Haně Ochtinské za ochotu a pomoc při vypracování a odborném vedení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala své rodině a blízkým za trpělivost a také všem respondentům, kteří se podíleli na vyplňování dotazníku.

## **ANOTACE**

Práce, kterou jsem si vybrala, popisuje ošetrovatelskou dokumentaci. Hlavním cílem práce bylo zjistit názory sester na ošetrovatelskou dokumentaci a snaha objevení chyb a omylů ve vedení ošetrovatelské dokumentace.

Teoretická část práce se zabývá z menší části ošetrovatelstvím, historií, jeho vývojem na počátku 21. století a zdravotnickou dokumentací. Převažují teoretické informace o dokumentaci ošetrovatelské, konkrétně jaké existují formy a formuláře ošetrovatelské dokumentace, účel ošetrovatelské dokumentace, osoby oprávněné zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace, používání barev a zásady vedení ošetrovatelské dokumentace. Dále práce obsahuje informace o akreditaci a standardech, které jsou důležité pro níže uvedenou praktickou část této práce.

Výzkumná část práce je zaměřená na zpracování dat, které jsem získala od respondentů pomocí dotazníku. Výsledky jsou shrnuty v diskuzi a závěru práce.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Ošetrovatelství, dokumentace, chyby při vedení, standardy, akreditace

## **ANNOTATION**

The topic of the thesis has been chosen in order to describe nursing documentation. The main aim of this thesis is to find out opinions of nurses on nursing documentation in general and to detect various mistakes and errors within administration of nursing documentation. A decent part of the theoretical part deals with nursing, history of nursing and nursing at the beginning of the 21st century and medical documentation. Subsequent part includes information focusing nursing documentation, various forms and function of nursing documentation, the purpose of such documentation, then also who is authorised to fill in this nursing documentation, using colours for writing into nursing documentation as well as administration rules for nursing documentation. The last section of the theoretical part is devoted to accreditation and standards important for practical part of this thesis. The research part consists in processing data, which were obtained from respondents by means of a questionnaire. Results and conclusions are summarised in the discussion and conclusion of this thesis.

## **KEY WORDS**

Nursing, documentation, mistakes during administration, standards, accreditation

## **OBSAH:**

<b>SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK</b> .....	<b>10</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>CÍLE PRÁCE</b> .....	<b>12</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 Ošetřovatelství</b> .....	<b>13</b>
1.1 Historie ošetřovatelství .....	14
1.2 Ošetřovatelství na počátku 21. století.....	15
<b>2 Zdravotnická dokumentace</b> .....	<b>16</b>
2.1 Osoby oprávněné zaznamenávat a nahlížet do zdravotnické dokumentace.....	17
2.2 Rozdíl mezi lékařskou a ošetřovatelskou dokumentací .....	18
<b>3 Ošetřovatelská dokumentace</b> .....	<b>19</b>
3.1 Formy ošetřovatelské dokumentace .....	20
3.2 Používání barev v dokumentaci .....	20
3.3 Formuláře a postup při vedení dokumentace ošetřovatelské péče .....	21
3.3.1 Ošetřovatelská anamnéza pacienta a zhodnocení zdravotního stavu pacienta.....	22
3.3.2 Ošetřovatelský plán.....	22
3.3.3 Průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, o předání informací a poučení pacienta.....	24
3.3.4 Ošetřovatelská propouštěcí nebo překladová zpráva.....	24
3.3.5 Doplnující formuláře ošetřovatelské dokumentace .....	25
3.4 Zásady vedení dokumentace .....	25
<b>4 Akreditace a standardy</b> .....	<b>29</b>
4.1 Obecná způsobilost pro akreditační hodnocení.....	30
4.2 Účel akreditace .....	30
4.3 Přínosy akreditace .....	30
4.4 Co jsou „indikátory standardu“ .....	31
4.5 Akreditační šetření a platnost akreditace .....	31
4.6 Platnost akreditace.....	31
4.7 Spojená akreditační komise, o.p.s. ....	31
<b>II VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>33</b>
<b>5 Metodika výzkumu</b> .....	<b>33</b>



5.1 Výzkumné cíle .....	34
5.2 Výzkumné otázky .....	35
<b>6   Prezentace výsledků .....</b>	<b>36</b>
<b>7   Diskuze.....</b>	<b>54</b>
<b>8   Závěr.....</b>	<b>60</b>
<b>POUŽITÉ ZDROJE .....</b>	<b>62</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>65</b>

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

<b>Aj.</b>	A jiné
<b>Apod.</b>	A podobně
<b>AP</b>	Akreditované pracoviště
<b>č.</b>	Číslo
<b>ČAS</b>	Česká asociace sester
<b>FLACC</b>	Hodnotící škála bolesti pro novorozence, kojence, batolata (facies, leg, activity, cry, consolability)
<b>CHE-OPS</b>	Children's Hospital Eastern Ontario Pain Scale (hodnotící škála bolesti pro děti od jednoho roku do sedmi let)
<b>IČ</b>	Identifikační číslo
<b>JCI</b>	Joint Commission International
<b>např.</b>	Například
<b>NIPS</b>	Neonatal/Infant Pain Scale (hodnotící škála bolesti pro děti do jednoho roku)
<b>NP</b>	Neakreditované pracoviště
<b>Obr.</b>	Obrázek
<b>o. p. s.</b>	Obecně prospěšná společnost
<b>P</b>	Pulz
<b>PMK</b>	Permanentní močový katetr
<b>PŽK</b>	Periferní žilní katetr
<b>s., str.</b>	Strana
<b>SAK</b>	Spojená akreditační komise
<b>Tab.</b>	Tabulka
<b>tj.</b>	To je (st)
<b>TK</b>	Krevní tlak
<b>TT</b>	Tělesná teplota
<b>VAS</b>	Vizuální analogová škála
<b>viz.</b>	Odkaz na jiné místo
<b>VOŠ</b>	Vyšší odborná škola
<b>VŠ</b>	Vysoká škola
<b>WHO</b>	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

## ÚVOD

Svoji bakalářskou práci nesoucí název „Chyby a omyly ve vedení ošetrovatelské dokumentace“ jsem si zvolila z toho důvodu, že dokumentace představuje důležitou součást vyplňující každodenní náplň práce sester a ne vždy jsou znalosti o jejím vedení dostačující. Slouží k zapisování záznamů o pacientovi a předávání informací mezi zdravotnickým personálem. Je základním a důležitým pracovním materiálem sestry, protože chrání pacienta, sestru a další zdravotnický personál před právním postihem.

Vedení ošetrovatelské dokumentace není jednoduché a je třeba dbát na správnost a přesnost. Na základě této činnosti je možné posoudit vývoj zdravotního stavu pacienta, případně plánovat následující ošetrovatelské i léčebné postupy.

V praxi jsem se setkala už s mnoha druhy ošetrovatelských dokumentací a různými názory a výtkami na samotné formuláře ošetrovatelské dokumentace. Nemohu neuvést moji zkušenost, kdy na jistém oddělení docházelo k nejednotným názorům, jak dokumentaci vyplňovat, aby bylo jasné, v jakém stavu se pacient nachází a jaká rizika se u pacienta mohou vyskytnout.

Toto téma jsem si vybrala za účelem zjistit obecně názory, spokojenost a vědomosti sester ohledně ošetrovatelské dokumentace, se kterou pracují. Nedílnou součástí je, zjistit správnost vedení ošetrovatelské dokumentace. Pro zlepšení efektivnosti mé práce využiji porovnání nasbíraných informací z akreditovaného a neakreditovaného pracoviště.

Na závěr bych se ráda zmínila o problematice akreditace a akreditačních standardech, které jsou též nedílnou součástí. S vedením ošetrovatelské dokumentace úzce souvisí, protože akreditační standardy na akreditovaných pracovištích uvádějí stejný a kvalitní postup při vedení ošetrovatelské dokumentace.

## CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem této práce je zjistit vědomosti sester o správnosti vyplňování a vedení dokumentace, v závěru zda jsou tyto nabyté vědomosti následně používané v praxi a přístup sester k nynější ošetrovatelské dokumentaci.

### Teoretický cíl

1. Úvod do problematiky a celkové shrnutí pojmů jako je ošetrovatelství, akreditace, standardy a hlavně popis zdravotnické dokumentace, včetně dokumentace lékařské a ošetrovatelské.

### Výzkumné cíle

1. Ověřit znalosti sester o ošetrovatelské dokumentaci a o jejím vedení v praxi.
2. Zjistit chybovost při vedení ošetrovatelské dokumentace a spokojenost s ošetrovatelskou dokumentací, se kterou aktuálně pracují.
3. Zjistit, jak by sestry vylepšily ošetrovatelskou dokumentaci za účelem lepší administrativy.
4. Ověřit, zda má vzdělání a délka praxe sester význam na odbornějším vedení ošetrovatelské dokumentace.
5. Porovnání výsledků mezi akreditovaným a neakreditovaným pracovištěm.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína, která se zaměřuje na vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb jak nemocného, tak zdravého člověka. Zaměřuje se na podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocných pacientů a zajištění klidného umírání a smrti. Podílí se na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Je založené na spolupráci sestry s lékaři, tedy týmové práci, včetně ostatních odborníků zdravotní péče. Jedná se o praktickou aplikaci ošetřovatelských znalostí a dovedností, které jsou stanoveny na základě výzkumu nebo fakt. Využívá poznatky a metody z humanitních věd, fyzikálních, biologických a behaviorálních věd, z teorií řízení a vedení a z teorií vzdělávání. Ošetřovatelství je multidisciplinární obor, který má vlastní teoretické základy a praktickou aplikaci. Vychází ze své vlastní koncepce a také z vědeckých poznatků. (Plevová et al., 2011; Kelnarová et al., 2009)

Základ ošetřovatelství je stavěn na poskytování aktivní a individualizované ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Péče je poskytována ošetřovatelským týmem jednotlivcům, rodinám i skupinám. Pomáhá dosáhnout fyzické, psychické a sociální pohody a zdraví v souladu s ekologickým a sociálním prostředím. Podporuje člověka v péči o své zdraví a snaží se maximalizovat zájem člověka v péči o sama sebe a provádět prevenci onemocnění. Poskytuje péči lidem, kteří se o sebe nemohou, nechtějí nebo neumějí starat. Zaměřuje se na snižování negativního dopadu nemoci na zdravotní stav člověka. (Plevová et al., 2011; Kelnarová et al., 2009)

Koncepce ošetřovatelství definuje ošetřovatelskou péči jako „*soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi*“ (Plevová et al., 2011, s. 60).

Ošetřovatelství jako profese má svá pozitiva i negativa. Jedná se o profesi, jejíž nedílnou součástí je neustálý kontakt s lidmi zdravými, nemocnými i umírajícími. Takoví pacienti mohou být citliví a zvýšeně vnímat chování zdravotnických pracovníků. Proto je důležité, aby zdravotnický pracovník uměl ovládat své profesionální ale i společenské chování. V ošetřovatelství je mnoho činností, které mohou být i fyzicky náročné, proto je důležité osvojení některých pracovních postupů a tím se vyvarovat poškození vlastního zdraví. Mimo fyzické zátěže je ošetřovatelství náročné i ze stránky psychické. Zdravotnický pracovník se

denně setkává s mnoha různými onemocněními u starých ale i mladých lidí. Tyto situace mohou být psychicky náročné s následným vznikem a rozvojem syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření, uváděn jako burnout syndrom, je stav, kdy člověk získá pocit, že už nedokáže nadále zvládat méně snadné situace v běžném životě ani náročné profesní podmínky. Tento stav může být doprovázen strachem a stresem. Častými následky je únava, snížení výkonnosti a celkové vyčerpání. Vyčerpání u burnout syndromu se projevuje znaky emočními (sklíčenost, bezmoc, beznaděj, ztráta sebeovládání, výbuchy vzteku, pocity strachu, pocity prázdnoty, apatie, ztráta odvahy a osamocení) a fyzickými (nedostatek energie, slabost, chronická únava, svalové napětí, bolesti zad, náchylnost k infekcím, poruchy spánku, funkční poruchy, poruchy paměti a soustředění, náchylnost k nehodám). Ošetřovatelství také zahrnuje směnný provoz a povinnost mlčenlivosti. (Plevová et al., 2011; Kelnarová et al., 2009; Stock, 2010)

## **1.1 Historie ošetřovatelství**

Historie ošetřovatelství je spjata s vývojem ošetřovatelského vzdělávání. Ošetřovatelská péče byla zaměřena hlavně na uspokojování základních potřeb. Ošetřování nemocných bylo chápáno jako morální povinnost. Zahrnovalo pomoc člověku v utrpení, bolesti a v těžkých životních situacích. Vycházelo z tradic a náboženského přesvědčení. Pomoc se soustředila kolem klášterů, protože některé řády měly poslání pečovat o nemocné a chudé. První ošetřovatelé byli pomocníci kněží. V 10. a 11. století se vyskytly první náznaky civilního ošetřovatelství (Kelnarová et al., 2009).

Do poloviny 19. století byli nemocní převážně ošetřováni řádovými sestrami a bratry. Mezi mužské řády patřily například řády s názvem „milosrdní bratři“ a „maltézští rytíři“. Z ženských řádů to byly například boromejky a alžbětinky. Řády byly zakládány vedle klášterů i nemocnic (Kelnarová et al., 2009).

V 10. století vznikaly v českých zemích na území Prahy útulky pro chudé nemocné. Ošetřovateli se stávali civilní opatrovníci bez odborného vzdělání a zkušenosti přebírali od svých předchůdců. Zacvičování opatrovníků probíhalo v nemocnici (Kelnarová a kol., 2009).

První nemocnice vznikly s příchodem křesťanství za knížete Boleslava (929-967). Ošetřovatelská péče se zaměřovala na hygienu, nasycení, zajištění tepla a lůžka. Lékařská péče byla minimální (Kelnarová et al., 2009).

Zlom v rozvoji ošetřovatelství nastal v období Krymské války (1853-1856). Ošetřovatelství bylo v této době ovlivněno několika významnými osobnostmi jako např. Florence Nightingalová, Nikolaj Ivanovič Pirogov, Jean Henri Dunant. (Kelnarová et al., 2009; Kutnohorská, 2010)

## **1.2 Ošetřovatelství na počátku 21. století**

Postupem času se ošetřovatelství stalo prestižním povoláním, které prošlo řadou změn. Ošetřovatelství se orientuje na péči ve zdraví a v nemoci, především předcházení nemoci. Profiluje se jako profese s kompetencemi, které jsou jasně definované a v rámci zdravotní péče. Kvalita ošetřovatelské péče se neustále zvyšuje. Ošetřovatelství se stává vědní disciplínou a výzkum prováděný v ošetřovatelství je součástí profesní výbavy nelékařských zdravotnických profesí. Ošetřovatelství spolu s personálem, jako jsou sestry, porodní asistentky a další zdravotnické profese, se stávají edukátory pacientů/klientů. Každodenní i dlouhodobé úkoly v ošetřovatelské péči jsou nekončícím procesem (Kutnohorská, 2010).

Další změnou ve vývoji ošetřovatelství jako profese bylo stanovení kompetencí všeobecné sestry a porodní asistentky. Vymezené kompetence pro všeobecné sestry vychází z Evropské strategie WHO pro vzdělávání tzv. regulovaných nelékařských profesí (všeobecné sestry a porodní asistentky) z roku 1998, direktiv Evropské komise a doporučení Evropské komise (Kutnohorská, 2010).

Pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče je potřeba neustálé doplňování vědomostí a dovedností o nové informace. Také neustálé/celoživotní vzdělávání pomocí výzkumů, kurzů, odborných konferencí, kongresů a seminářů je důležité pro dobře vykonávanou činnost. Významná je také kvalifikační příprava, kterou zdravotník získá studiem na středních, vyšších a na vysokých školách (Kelnarová et al., 2009).

## 2 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace je soubor zaznamenaných informací a údajů ohledně poskytované zdravotní péče konkrétní fyzické osobě. Vedení zdravotnické dokumentace představuje povinnost danou právními předpisy, které jsou jak pro lékaře, tak i pro sestry. Některá oddělení mají svá pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace a interní předpisy zdravotnického zařízení mohou svou zdravotnickou dokumentaci upravovat a konkretizovat na základě specifik konkrétní činnosti a konkrétního oddělení. (Vondráček a Wirthová, 2009; Policar, 2010)

Zdravotnická dokumentace se skládá z dokumentace ošetrovatelské a dokumentace lékařské. Obsahem zdravotnické dokumentace jsou identifikační znaky pacienta (křestní jméno a příjmení, rodné číslo, případně datum narození a bydliště), identifikační znaky zdravotnického zařízení (název zařízení, název oddělení a IČ), dále identifikační znaky zdravotnického zaměstnance, který provádí zápisy do dokumentace (titul, křestní jméno a příjmení, které jsou uváděny otiskem razítka plus podpis zaměstnance) a anamnestické údaje jako rodinná anamnéza, pracovní anamnéza, osobní anamnéza, údaje o dřívějším zdravotním stavu pacienta, nynější onemocnění pacienta, průběh a výsledky vyšetření, léčení a další důležité údaje o zdravotním stavu pacienta související s dalším navrhovaným postupem zdravotní péče. (Vondráček a Wirthová, 2009; Policar, 2010; Kelnarová et al., 2009)

Zdravotnická dokumentace slouží jako pracovní pomůcka ošetřujícího lékaře a sestry. Umožňuje lepší zhodnocení stavu pacienta a zvolení dalších diagnostických a léčebných postupů s cílem zmírnit vyskytující se zdravotní obtíže. Slouží také jako zdroj informací pro samotného pacienta, také jako zpětné zhodnocení jeho zdravotního stavu a přehled vyšetření, která byla u pacienta prováděna. Zdravotnická dokumentace poskytuje důležité informace i pro jiné zdravotnické pracovníky a zdravotnická zařízení (Policar, 2010).

Zdravotnická dokumentace musí být vedena průkazně, pravdivě, čitelně a musí být průběžně doplňována. Zápisy se provádí co nejdříve, bez zbytečného odkladu. Každý zápis do zdravotnické dokumentace musí být opatřen datem, časem, otiskem razítka a podpisem zdravotnického pracovníka, který zápis provedl (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Opravy zápisů ve zdravotnické dokumentaci se provádí novým zápisem, který musí být opět opatřen datem opravy, podpisem a jmenovkou. Původní zápis musí zůstat čitelný. Změna zápisu může být provedena i na žádost pacienta. V tomto případě se k opravě zaznamená



datum, čas a poznámka, že jde o opravu na žádost pacienta. Zápis se opatří podpisem pacienta a zdravotnického pracovníka, který zápis provedl (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Součástí, které jsou obsahem lékařské dokumentace vedené o pacientovi, jsou výsledky vyšetření, operační protokol, anesteziologický záznam, písemné údaje o zjištěném zdravotním stavu pacienta, průběhu a ukončení hospitalizace a další návrhy na poskytování následné zdravotní péče, souhrn informací (epikríza) o průběhu vyšetření a léčby a plán dalšího léčebného postupu. Uvádí se v případě, pokud hospitalizace trvá déle než 7 dnů. Dále se zaznamenávají výsledky biologických expozičních testů, záznamy o vyšetřovacích, léčebných nebo administrativních výkonech, záznamy o závažných nebo neočekávaných nežádoucích příhod. Také nesmí chybět záznam o hlášení infekční nemoci i v souvislosti na podezření nebo úmrtí na infekční nemoc (Vyhláška č. 98/2012 Sb.).

## **2.1 Osoby oprávněné zaznamenávat a nahlížet do zdravotnické dokumentace**

Do dokumentace vedené o pacientovi mohou bez jeho souhlasu nahlížet a provádět záznamy osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání a jiní odborní pracovníci, kteří se podílí na poskytování zdravotních služeb. Patří sem např. lékaři, kliničtí psychologové, logopedové, všeobecná nebo dětská sestra, porodní asistentka, rehabilitační pracovník (fyzioterapeut/ergoterapeut), revizní lékaři, soudní znalci, sociální pracovníci, dietní sestra, radiologický asistent, zdravotní laborant, student/ka, ošetřovatel/ka, sanitář/ka, zdravotničtí pracovníci, kteří posuzují zdravotní stav pro účely sociálního zabezpečení, především nemocenského a důchodového pojištění, státní sociální podpory, zaměstnanosti, sociálně-právní ochrany dětí, sociálních služeb, pomoci v hmotné nouzi a úrazového pojištění. Dále jsou oprávněny osoby, které jsou zaměstnanci orgánů ochrany veřejného zdraví, osoby provádějící hodnocení kvality a bezpečí, osoby provádějící externí klinické audity. Soudní znalci ve zdravotnických oborech a osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotníka (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Vyhláška č. 55/2011 Sb. (Vyhláška o činnostech pracovníků a jiných odborných pracovníků) zmiňuje další zdravotnické pracovníky, kteří jsou oprávněni vést zdravotnickou dokumentaci a její další části. Patří sem pracovníci uvedení výše a dále také zdravotně-sociální pracovník, optometrista, ortoptista, asistent ochrany a podpory veřejného zdraví, ortotik-protetik, zubní technik, dentální hygienistka, zdravotnický záchranář, farmaceutický asistent, biomedicínský

technik, biotechnický asistent, radiologický technik, adiktolog, psycholog ve zdravotnictví, zrakový terapeut, radiologický fyzik, odborný pracovník v laboratorních metodách, biomedicínský inženýr, odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví, zdravotnický asistent, laboratorní asistent, ortoticko-protetický technik, nutriční asistent, asistent zubního technika, dezinfektor, řidič vozidla zdravotnické záchranné služby, masér, laboratorní pracovník, zubní instrumentářka, řidič dopravy nemocných a raněných a autoptický laborant (Vyhláška 55/2011 Sb.).

## **2.2 Rozdíl mezi lékařskou a ošetrovatelskou dokumentací**

Lékařská dokumentace obsahuje ordinace, které lékař naordinoval, obsahuje seznam enterálních a parenterálních léků, transfuzí, požadované a provedené vyšetření. Dále jsou přítomny záznamy teploty, diety, vyprazdňování, příjem tekutin, PMK, PŽK, výšky, váhy, alergie, objektivní a subjektivní záznamy z denní vizity atd. Tyto údaje jsou informací jak pro lékaře, tak pro sestru, která na základě těchto informací dále pracuje a vykonává potřebnou péči o pacienta. Sestra zde zaškrťává splněné ordinace (Ščeпоňcová, 2009).

Ošetrovatelská dokumentace obsahuje informace o výkonech, které byly u pacienta provedeny, nebo jakou péčí je potřeba poskytnout. Dále se tu nacházejí informace o potřebách pacienta. Součástí jsou také ošetrovatelské diagnózy (Ščeпоňcová, 2009).

### 3 Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace o pacientovi. Slouží k systematickému dokumentování poskytnuté plánované i neplánované ošetrovatelské péče a shromažďování dat o pacientovi. Také poskytuje mnoho důležitých informací nejen pro sestru ale i pro lékaře a ostatní členy v zdravotnickém týmu, kteří se podílí na péči o pacienta. Aby byla dokumentace přesným zdrojem informací, je důležité všechny provedené výkony a získané informace o pacientovi důkladně zdokumentovat. Pravdivé informace uvedené v dokumentaci jsou jako doklad o správně poskytnuté ošetrovatelské péči. Důkazem je odpovídající zdravotní stav pacienta. (Policar, 2010; Kelnarová et al., 2009)

Zdravotnická pracoviště a oddělení používají různé formy a druhy ošetrovatelské dokumentace, protože každé pracoviště má rozdílné názory a požadavky na strukturu ošetrovatelské dokumentace. Proto je obtížné sjednotit ošetrovatelskou dokumentaci do jedné podoby. Také se můžeme setkat s tím, že si vedoucí pracovníci vytváří své formuláře dle svých představ a potřeb oddělení. Často ke změně formulářů ošetrovatelské dokumentace vede komunikace mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu, ale také komunikace mezi personálem a pacientem. Při sestavování ošetrovatelské dokumentace je vhodné použít ošetrovatelské modely, aby nedošlo k opomenutí některé oblasti potřeb. (Policar, 2010; Sedlářová et al., 2008; ČAS, 2008)

Vedení ošetrovatelské dokumentace je nedílnou součástí práce sester, porodních asistentek a ostatního zdravotnického personálu. Na základě vedení ošetrovatelské dokumentace vzniká profesionální praxe, která dále podporuje proces péče. Od procesu ji není možné oddělit a ani není volitelným doplňkem, který se používá pouze za určitých okolností (ČAS, 2008).

Dobré vedení ošetrovatelské dokumentace pomáhá chránit pacienty/klienty tím, že bude zajišťovat standard ošetrovatelské péče, kontinuitu péče, lepší komunikaci a předávání informací mezi členy všeoborového zdravotnického týmu, přesný popis plánu péče a poskytované péče a možnost včas vyhledat možné vznikající problémy, např. změnu stavu pacienta/klienta (ČAS, 2008).

Vedení ošetrovatelské dokumentace poukazuje na profesionální úroveň práce sestry. Kvalifikovaní odborníci by měli být obeznámeni o tom, v čem spočívá správnost vedení ošetrovatelské dokumentace. Z neprofesionálního vedení ošetrovatelské dokumentace nejčastěji vychází neshody na pracovišti, nebo nedostatečná praxe a informovanost určitého jedince (ČAS, 2008).

K efektivnímu vedení ošetrovatelské dokumentace přispívá řada faktorů jako například vedení ošetrovatelské dokumentace o každém pacientovi zvlášť, ošetrovatelská dokumentace by měla obsahovat formuláře jako ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelský plán, překladovou/propouštěcí zprávu, záznam vývoje stavu pacienta a další např. formulář o záznamu bolesti, formulář o dekubitech, jiných defektech apod. Každý formulář musí obsahovat identifikaci pacienta a označení zdravotnického zařízení, kterému formulář náleží. Dokumentace by měla být konkrétní, v logických návaznostech a přesně vedená. Zápis o určitém výkonu by měl být proveden co nejdříve, aby dokumentace poskytovala co nejaktuálnější informace o stavu pacienta. Údaje v dokumentaci musí být na podkladě např. pacientova výroku, naměřených hodnot, na podkladě toho, co sestra viděla nebo záznamy z reakce pacienta na péči/základ. Záznamy v dokumentaci musí obsahovat datum, čas a autorizaci sestry, která zápis provedla, také by měly být chronologické, jasné, čitelné, napsané tak, aby zápis nebylo možné vymazat. Při přepisování záznamu musí být původní text čitelný. V dokumentaci by neměly být uvedeny nespisovné výrazy, bezvýznamné fráze a urážlivé subjektivní výroky. Dále by zde měl být popsán problém, se kterým byl pacient hospitalizován nebo který se u pacienta objevil v průběhu hospitalizace a popis realizace plánu neboli kroky, které byly u pacienta provedeny k vyřešení problému (ČAS, 2008).

### **3.1 Formy ošetrovatelské dokumentace**

Na všech zdravotnických pracovištích se můžeme nejčastěji setkat s písemnou formou ošetrovatelské dokumentace. V nynější době je velice populární veškeré informace ukládat jako digitální data. Můžeme se tedy setkat i s elektronickou formou ošetrovatelské dokumentace, která se dnes využívá v mnoha zdravotnických zařízeních. Další formou ošetrovatelské dokumentace je fotodokumentace, která umožňuje lepší orientaci v daném problému. Je třeba brát ohled na samotného pacienta, u kterého se tato forma dokumentace používá. (Policar, 2010; Vondráček a Wirthová, 2008)

### **3.2 Používání barev v dokumentaci**

Nejčastěji se do ošetrovatelské dokumentace provádí zápisy modrou a červenou barvou. Modrá barva se používá na běžné, každodenní zápisy sestry. Červená barva se používá pro důležité záznamy jako je např. označení aplikace opiátů, zápis komplikací a mimořádných událostí (pády, úrazy apod.). Na některých odděleních se používá odlišení zápisů

v jednotlivých směnách a to např. pro odpolední směnu černá a pro noční směnu zelená barva (Vondráček a Wirthová, 2008).

### **3.3 Formuláře a postup při vedení dokumentace ošetrovatelské péče**

Formuláře jsou důležitou součástí ošetrovatelské dokumentace. Označení formuláře by mělo co nejvíce odpovídat jeho obsahu. Nevhodné formuláře jsou ty, které jsou využívány v jiných státech, protože můžou mít zcela odlišné požadavky než na daném pracovišti. Měly by odpovídat skutečným potřebám a zjednodušovat práci sester. Formulář může vytvořit kterákoliv sestra bez ohledu na její funkci ale dle svých kompetencí. Je-li formulář odpovídající, o tom rozhoduje hlavní sestra zdravotnického zařízení (náměstkyně pro ošetrovatelskou péči) na základě pověření ředitelem zdravotnického zařízení. Při tvorbě formulářů je důležité, aby byl formulář potřebný. Může být vytvořen kompetentním zaměstnancem a nesmí být v rozporu s obecně závaznými předpisy. Dále může shromažďovat pouze údaje potřebné k zajištění ošetrovatelské péče, nesmí obsahovat diskriminační údaje a musí mít jednoduché vyplnění (Vondráček a Wirthová, 2008).

Při tvorbě daných formulářů ošetrovatelské péče je třeba vyhodnotit, kolik času je potřeba k jeho vyplnění. Formulář může sloužit při obhajobě sestry, která daný formulář vyplňovala, tedy měl by mít potřebnou vypovídací schopnost pro doložení správného postupu. Sestra by si měla být vědoma toho, že nedostatečné vyplnění formuláře může být hodnoceno jako systémová chyba, která může vést nejen k negativnímu hodnocení sestry, která formulář vyplňovala, ale i k negativnímu hodnocení vedoucích zaměstnanců, kteří tolerovali chybné vyplnění formuláře. Také je při tvorbě formuláře potřeba zvažovat, jak bude vyplňování formuláře vnímat pacient a zda nebudou určité položky k zodpovězení pacientovi nepříjemné (Vondráček a Wirthová, 2008).

Vyplňování formulářů probíhá na základě ošetrovatelského procesu, který je u pacienta prováděn. Ošetrovatelský proces je způsob organizace ošetrovatelské péče. Je to systematický děj a hlavní pracovní metoda ošetrovatelského personálu. Cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problému a plnění potřeb pacienta. Fáze ošetrovatelského procesu jsou ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelská diagnóza, ošetrovatelský plán a cíl, realizace plánovaných ošetrovatelských intervencí a hodnocení ošetrovatelského procesu (Kelnarová et al., 2009).

### **3.3.1 Ošetřovatelská anamnéza pacienta a zhodnocení zdravotního stavu pacienta**

Ošetřovatelská anamnéza a zhodnocení zdravotního stavu pacienta jsou výchozím bodem pro poskytování ošetřovatelské péče s následným posouzením potřeb klienta a stanovení ošetřovatelského plánu. Zahrnuje sběr, ověřování, třídění a záznam údajů o zdravotním stavu pacienta. Získávání informací je součástí všech fází ošetřovatelského procesu a postupně se zaznamenávají do ošetřovatelské dokumentace. Základem k získávání informací jsou odborné znalosti a porozumění pacientovi. Hlavní sběr informací probíhá při příjmu pacienta (vstupní/příjmová anamnéza). Posuzují se všechny oblasti (potřeby) pacienta a zjišťují se důležité údaje o abnormalitách a dysfunkcích. Před začátkem získávání údajů do ošetřovatelské dokumentace je vhodné zjistit některé informace o pacientovi z dokumentace lékařské. (Kelnarová et al., 2009; Plevová et al., 2011; Policar, 2010)

Údaje o pacientovi se dělí na subjektivní (vnímána pacientem), objektivní (získané pozorováním, měřením a fyzikálním vyšetřením), stálé (neměnné) a proměnné (měnící se údaje). Zdroje údajů mohou být primární (pacient nebo rodina) a sekundární, kterými mohou být blízcí příbuzní, zdravotnická dokumentace a jiní zdravotničtí pracovníci (Plevová et al., 2011).

Důležitou součástí při sběru dat je pozorování. Je to záměrné, cílevědomé, plánované a systematické sledování klinického stavu jedince včetně zápisu. Pozorovat můžeme fyzický vzhled, neverbální komunikaci, emocionální stav nebo abnormality v chování jedince při rozhovoru. Další metody získávání informací jsou již uvedené pozorování a rozhovor, dále fyzikální vyšetření a různé hodnotící škály (vědomí, soběstačnost, bolest, stupně dekubitů, nutriční screening aj.). (Kelnarová et al., 2009; Plevová et al., 2011; Vyhláška č. 98/2012 Sb.)

### **3.3.2 Ošetřovatelský plán**

Plánování je proces, kdy se stanovuje plán ošetřovatelské péče s cílem prevence, redukce a eliminace problému. V ošetřovatelském plánu se popisuje ošetřovatelský problém pacienta nebo se stanoví konkrétní ošetřovatelská diagnóza, na jejímž základě se stanoví předpokládané ošetřovatelské činnosti a výkony s jejich záznamem o provedení a poučení pacienta. Někdy je možné stanovit i časový údaj pro splnění výkonu nebo činnosti. Na závěr se provádí zhodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče a průběžné změny v ošetřovatelském plánu. (Kelnarová et al., 2009; Policar, 2010; Vyhláška č. 98/2012 Sb.)

Ošetřovatelská diagnóza neboli problém pacienta vychází dále ze získaných informací od pacienta z příjmové anamnézy. Sestra hodnotí jednotlivé potřeby nemocného a hledá případné problémy. Problémy jsou neuspokojené potřeby pacienta, které se snažíme v průběhu hospitalizace odstranit nebo alespoň zmírnit. Dělí se na aktuální a potenciální. Aktuální jsou potřeby nynější a patří sem např. nedostatek kyslíku, bolest, únava, výrazný váhový úbytek aj. Potenciální problémy jsou problémy, které nejsou zatím aktuální, ale v průběhu hospitalizace by se mohly objevit a zhoršit průběh léčby a zdravotního stavu pacienta. Další problém může být problém edukační, tedy chybějící informace z pohledu pacienta. Náplní je podat pacientovi dostatek informací, které by se týkaly léčebného režimu ve vztahu s jeho zdravotním stavem a s cílem zlepšit zdravotní stav pacienta (např. omezit kouření, alkohol, správné stravování, redukce hmotnosti). Ošetřovatelská diagnóza je přesně zformulovaný ošetřovatelský problém (Kelnarová et al., 2009).

Diagnózy jsou dvousložkové a tříložkové. Dvousložkové zahrnují problém a důvod problému (proč problém vznikl) a tříložkové diagnózy zahrnují název problému, důvod vzniku problému a subjektivní a objektivní projevy daného problému (Kelnarová et al., 2009).

Po určení ošetřovatelské diagnózy je důležité stanovit cíle, tedy výsledek, kterého chceme dosáhnout k odstranění nebo zmírnění ošetřovatelského problému (Kelnarová et al., 2009).

Cíl může být krátkodobý (splnění cíle do několika hodin, dnů) a dlouhodobý (splnění cíle po dobu týdnů nebo po dobu hospitalizace). Dále by cíle měly být dosažitelné, realistické a hodnotitelné. Pro dosažení cílů je dobré pacienta poučit a do péče zapojit (Kelnarová et al., 2009).

Plánování ošetřovatelských intervencí je další částí ošetřovatelského procesu, na kterém se podílí sestra, nejlépe ve spolupráci s pacientem. Důležité je stanovit priority péče, tedy seřazení intervencí (ošetřovatelských postupů) dle aktuálnosti. Plánování vychází z cíle, kterého je potřeba dosáhnout (Kelnarová et al., 2009).

Naplánované ošetřovatelské intervence je dále třeba zrealizovat. Realizace ošetřovatelských intervencí zahrnuje provádění plánovaných ošetřovatelských intervencí. Na této fázi se podílí celý ošetřovatelský tým. Je důležité celý tým obeznámit s ošetřovatelskými intervencemi a jednotlivci v týmu dle svých kompetencí zajišťují realizaci ošetřovatelských intervencí (Kelnarová et al., 2009).

Na závěr se provádí zhodnocení ošetřovatelského procesu, což je důležité ke zjištění správnosti stanovených ošetřovatelských intervencí. Důležité je dosažení stanoveného cíle (cíle

byl dosažen úplně, částečně nebo nebyl dosažen). Pokud nebylo cíle dosaženo, je třeba přehodnotit plán a realizaci ošetrovatelských intervencí. Naopak při dosažení cíle je třeba zhodnotit, zda byl problém natrvalo vyřešen nebo jestli je potřeba v daných intervencích pokračovat. Tento postup se provádí u potenciálních a edukačních diagnóz (Kelnarová et al., 2009).

### **3.3.3 Průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, o předání informací a poučení pacienta**

Průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta jsou velice důležité jako doklad o poskytnuté péči a reakci pacienta na léčbu i ošetrovatelskou péči. Začínají při příjmovém sběru informací do ošetrovatelské anamnézy a dalším zaznamenáváním informací, které byly zjištěny při pobytu pacienta ve zdravotnickém zařízení. Informace v průběhu pobytu pacienta zjistíme při všech ošetrovatelských činnostech, při každodenním kontaktu a komunikaci s nemocným (Kelnarová et al., 2009).

V průběhu hospitalizace je důležité předávání informací mezi zdravotnickým týmem o stavu pacienta včetně poskytnuté péče, která byla u pacienta provedena. Předávání informací slouží k zajištění efektivní a kontinuální péči u pacienta. (Kelnarová et al., 2009; Vyhláška č. 98/2012 Sb.)

Důležité je také poučení pacienta o postupu, který slouží k náplni práce za dobu jeho hospitalizace. Poučení by mělo být srozumitelné, bez odborné terminologie nebo slangových výrazů a v jazyce, kterému pacient rozumí. Následně by mělo být zaznamenáno v dokumentaci (Špidurová et al., 2006).

### **3.3.4 Ošetrovatelská propouštěcí nebo překládová zpráva**

V ošetrovatelské propouštěcí nebo překládové zprávě se především uvádí údaje o poskytnuté ošetrovatelské péči a shrnutí ošetrovatelské anamnézy. Dále se tu vyskytují časové údaje o poslední poskytnuté péči, posledním podání léčivých přípravků a aktuální zdravotní stav pacienta. Může obsahovat doporučení k dalším ošetrovatelským postupům. Zpracovává se, pokud je předem plánovaná hospitalizace nebo umístění do jiného zdravotnického zařízení nebo zařízení sociálních služeb. (Policar, 2010; Vyhláška č. 98/2012 Sb.)



### 3.3.5 Doplnující formuláře ošetrovatelské dokumentace

Další součásti ošetrovatelské dokumentace se mohou na jednotlivých odděleních lišit podle jejich potřeb záznamů údajů o pacientovi. Patří sem například formuláře podepsané pacientem při příjmu nebo propuštění, které se týkají léčby a léčebných postupů. Formuláře sledující konkrétní rizika u pacienta a realizaci opatření zabraňující těmto rizikům (např. dekubity, pády, výživa a bolest). Dále edukační záznamy kde se uvádí informace, o kterých je třeba pacienta poučit, zaznamená se předmět a metody výuky včetně reakce pacienta. Do ošetrovatelské dokumentace patří také záznamy o ošetření ran, formulář tzv. teplotka neboli ordinační karta, kde se zaznamenává tělesná teplota pacienta, výška, váha, údaje o odchodu stolice, sledování bolesti a podávání léčivých přípravků (Policar, 2010).

### 3.4 Zásady vedení dokumentace

Dokumentace, aby zcela plnila svoji funkci a odpovídala platným předpisům, musí být vedena pravdivě, čitelně, ve správném jazyce, věcně, srozumitelně a dle časové posloupnosti. Záznamy musí být autorizovány, se správnou medicínskou terminologií, bez slangových výrazů, vulgarizmů a bez subjektivních pocitů sestry (Vondráček a Wirthová, 2008).

**Pravdivost záznamů** v ošetrovatelské dokumentaci by měla být samozřejmostí, protože jeden nepravdivý záznam může znehodnotit celou lékařskou i ošetrovatelskou dokumentaci (Vondráček a Wirthová, 2008).

Často jsou v dokumentaci zkreslené časové údaje o podaných lécích, o příchodu nebo odchodu pacientů, nebo údaje o podaných lécích.

Například: *„Pacientovi byl aplikován Morfin s.c., i když byl ordinován a v dokumentaci uveden i.m. Záznamy o fyziologických funkcích, TK, P a TT jsou zaznamenány, i když měření nebylo provedeno a sestra vycházela z údajů sdělených pacientem. Zaznamenané anamnestické údaje neodpovídají skutečnosti, neboť nebyly získány od pacienta.“* (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 15).

**Nečitelnost záznamů** je jeden z nejčastějších problémů ve vedení lékařské a ošetrovatelské dokumentace. Jsou častými výtkami soudních znalců a kontrolních orgánů z toho důvodu, že nečitelnost hlavně ordinací může vést k jistým pochybením a následným poškozením pacienta (Vondráček a Wirthová, 2008).

**Správné použití českého jazyka** v záznamech lékařské i ošetrovatelské dokumentace je velmi důležité z důvodu pochybení a prevence mylného předávání informací. Správný jazyk v záznamech slouží i pro stránku estetickou.

Například: „*Bolest má i eště pořád. Na stolici bila.*“ (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 16).

**Věcnost záznamů** poukazuje na odbornost zdravotnického pracovníka, který záznam provedl a je důležitá pro kontinuitu péče.

Častou chybou například v záznamu o poškození kůže (dekubitů, spálenin, bércových vředů) je, že chybí popis velikosti poškození a charakter poškození (zarudnutí, puchýř, nekróza apod.).

Správný příklad: „*V horním středním kvadrantu pravé hýždě je zarudnutá kůže o ploše 11 x 10 cm, s prasklým puchýřem uprostřed o ploše 3 x 6 cm.*“ (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 16).

Záznamy musí být psané **jasně a srozumitelně** bez více možných výkladů. Tato zásada vedení dokumentace je důležitá především při pozdější obhajobě své práce, tedy práce zdravotnických zaměstnanců. Věci, které jsou v danou chvíli jasné, mohou být za určitý čas nesrozumitelné. Stehy a vykřičníky by se neměly v dokumentaci vůbec vyskytovat.

Například: „*Stehy? Stehy ex?? Zavolat sociálku?! Doplnit!!!*“ (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 17).

**Doplňování dokumentace** by mělo být podle časové posloupnosti, tedy tak, jak se daná událost vyvíjí. Informace zaznamenané o několik hodin i dnů později už nejsou jednak aktuální, ale také nemusí být důvěryhodné. Takový záznam může být považován za nevalidní.

Například: „*7, 15 volán Dr. Novák, pacient začal být dušný.*“ (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 17).

Každý **záznam musí být autorizován**, tedy musí mít jmenovku a podpis. Jmenovka může být jako otisk razítka s titulem a jménem sestry. Také jméno může být napsáno hůlkovým písmem, ale čitelně. Není možné u záznamu zanechat pouze parafu podpisu nebo čitelný podpis (Vondráček a Wirthová, 2008).

Je důležité používat **správnou medicínskou terminologii**. Záznamy vedené v nesprávných termínech mohou vést k pochybnostem o odborné kvalitě poskytovatelů péče a k obtížím při obhajobě sester nařčených z pochybení při poskytování ošetrovatelské péče, především pokud došlo k jakémukoliv poškození pacienta a ke změnám na zdraví.

Například: „*Bércový vřed nelze označit jako prasklou kůží na bérci.*“ (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 18).

**Nepoužívat slangové výrazy**, protože tyto výrazy by se v dokumentaci neměly vůbec uvádět, dokonce ani v uvozovkách. Laická veřejnost by je mohla vnímat jako neprofesionální a znevažující.

Například: „*Pacient injekci béčka odmítl a chce to v tabletách. Transka dokapala bez reakce.*“ (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 19).

**Vulgarismy** jsou v dokumentaci odmítány laiky i odbornou veřejností. Následkem by mohlo být volání sestry k odpovědnosti a to i v případě, že se jedná o problémového pacienta.

Například: „*Poblil celou postel i mně. Pacient Novák požadoval umístění na jiném pokoji, protože s pacientem, který je „ožralý jako prase“, nebude.*“ (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 19).

**Správný jazyk** v dokumentaci slouží k bezproblémovému poskytování jakékoliv zdravotnické péče. Cizí a nejasné výrazy mohou vést k jistým sporům a pochybnostem zejména ze strany pacienta, protože netuší, o čem se například v danou chvíli hovoří, nebo co se bude u pacienta provádět.

Například: „*Pacient grgal, čapík odmietol. Vyměnit vankušík!!*“ (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 19).

**Záznamy o subjektivních pocitech** sester a jiných zdravotnických pracovníků nemají v dokumentaci místo ani oprávnění. Údaje by měly být odborně pojmenovány a měly by konstatovat zjištěnou skutečnost, kterou uvedl sám pacient. Záznamy o subjektivních pocitech mohou být považovány za neodbornost a nekompetentní projev zdravotnického pracovníka.

Například: „*Zdál se mi nepřijemný. Měla jsem pocit, že omdlí.*“ (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 20).

**Hodnocení a zaznamenávání bolesti** je též nedílnou součástí vedení zdravotnické dokumentace. Ve chvíli, kdy zjistíme, nebo nám pacient oznámí, že ho něco bolí, je třeba zjistit okolní údaje o bolesti (lokalizace, kvalita, intenzita, charakter, vyzařování, časový průběh bolesti, vyvolávající a utišující faktory bolesti). Následně je důležité provést záznam a informovat lékaře, který navrhne léčbu. Nejčastěji se k určování bolesti používá vizuální analogická škála (VAS). Pacient slovně odpovídá číslem 0 až 10, kdy nula je bez bolesti a číslo deset je největší bolest (Šamánková et al., 2011).

U dětí, které ještě neumí bolest dostatečně popsat, je možné bolest hodnotit subjektivně a to pomocí obrázků obličejů. Tato škála má rozmezí od 0 do 5, nebo 10 bodů. Další metodou hodnocení bolesti u dětí je pomocí žetonů. Dítěti dáme 4 žetony. Vysvětlíme mu, že jeden žeton je jeden kousek bolesti a vyzveme jej, aby vybralo příslušný počet žetonů dle své bolesti. Školní děti mohou bolest očíslovat nebo oznámkovat (použití analogové škály). Dále existují observační škály, podle kterých sestra stanovuje míru bolesti u dítěte bez samohodnocení pacienta. Jsou to např. škály CHE-OPS (Children's Hospital Eastern Ontario Pain Scale), což je škála pro děti od 1 roku do 7 let. Dále existuje škála FLACC a NIPS (Neonatal/Infant Pain Scale) pro děti do jednoho roku. Tyto škály bodují změny v chování podmíněné bolestí dítěte (Sedlářová et al., 2008).

Dojde-li ke změně nebo zhoršení bolesti, pacient informuje sestru nebo lékaře, který pacientovi změní léčbu a naordinuje léky na bolest. Sestra i lékař provedou zápis do dokumentace. Pokud se jedná o bolest chronickou, léky na bolest mohou být naordinované v pravidelných intervalech. Po podání analgetika, které lékař naordinoval, provede sestra zápis do dokumentace. Zpětně v rozmezí 30-60 minut zaznamená účinek léku. Pokud nedošlo k úlevě po podání léku, sestra informuje lékaře (Tesnerová a Jenišťová, 2011).

## 4 Akreditace a standardy

Akreditace je proces, při kterém externí organizace hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje, zda se práce na oddělení shoduje s požadavky na zvyšování kvality péče. Akreditace je dobrovolná a její standardy jsou chápány jako optimální a dosažitelné. Akreditace tedy slouží ke zvyšování kvality péče, k zajišťování bezpečí prostředí, ve kterém je péče poskytována a k systematické snaze o snižování množství rizik jak pro pacienty, tak i pro zaměstnance (Marx a Staněk, 2008).

Největší akreditující organizací je The Joint Commission v USA. Její pobočka je Joint Commission International (JCI) jejímž cílem je zvyšování kvality péče v mezinárodním prostředí. Akreditace JCI vznikla na základě narůstajících požadavků z různých míst světa, aby byl ustanoven hodnotící systém založený na standardech. Zvyšování kvality se hodnotí pomocí standardů, indikátorů a mezinárodních bezpečnostních cílů. Akreditační proces respektuje právní prostředí každého státu a náboženství/kulturu, která se na daném státě nachází. Program a složení akreditačního týmu se liší podle velikosti hodnoceného zařízení a podle spektra poskytovaných služeb. Akreditace se uděluje, pokud má zařízení spolehlivé, objektivní a pravdivé hodnocení. Při akreditaci neboli návštěvě akreditačních inspektorů se kontroluje dodržování jednotlivých standardů. Výsledek je stanovený na základě celkové úrovně dodržování standardů v celém zdravotnickém zařízení (Marx a Staněk, 2008).

Standardy jsou základem akreditačního programu. Jsou vypracované mezinárodní pracovní skupinou a schválené mezinárodní správní radou. Vycházejí z principů řízení kvality a postupným zvyšováním kvality. Vývoj mezinárodních standardů probíhal na základě šestnáctičlenné mezinárodní pracovní skupiny, do které patřili zkušení lékaři, zdravotní sestry, pracovníci nemocniční správy a odborníci na veřejnou správu. Standardy, které tato skupina vytvoří, se ověřují na základě pilotního testování a připomínek odborníků. Měly by být stanoveny tak, aby splňovaly podmínky současné odborné praxe. Standardy se řadí do kapitol. Každá kapitola odpovídá důležité činnosti zdravotnického zařízení např. Standardy týkající se podávání léků, Standardy týkající se chirurgické a anesteziologické péče, Standardy týkající se komunikačních procesů, Standardy o prevenci a kontrole nozokomiálních a profesionálních nákaz, Standard o kontinuálním vzdělávání pracovníků, aj. (Marx a Staněk, 2008).

## **4.1 Obecná způsobilost pro akreditační hodnocení**

O akreditaci JCI může požádat kterékoliv zdravotnické zařízení. Musí však splňovat jisté podmínky. Zdravotnické zařízení musí být v příslušném státě poskytovatelem zdravotní péče, odpovídá za zvyšování kvality poskytované péče a služeb nebo je odhodláno tuto odpovědnost převzít. Zdravotnické zařízení bude poskytovat druhy a formy zdravotní péče, které upravují standardy JCI (Marx a Cara, 2005).

## **4.2 Účel akreditace**

V průběhu akreditace zdravotnického zařízení se hodnotí jednak dodržování standardů JCI ale také plnění jejich indikátorů. Toho hodnocení se provádí na základě daných kroků. Patří sem rozhovory se zaměstnanci a klienty, inspektoři se zaměřují na poskytování zdravotní péče pacientům, dále posouzení vnitřních předpisů zpracovaných posuzovaným zařízením a na základě výsledků vlastního hodnocení zařízení (Marx a Cara, 2005).

Akreditační šetření pomáhá zdravotnickému zařízení popsat existující problémy, napravovat je a zvyšovat kvalitu poskytované péče a poskytovaných služeb. Úkolem inspektorů, kromě vlastní kontroly dodržování standardů a plnění jejich indikátorů, je podpora a edukace zaměstnanců daného zařízení o postupech zvyšování kvality péče (Marx a Cara, 2005).

## **4.3 Přínosy akreditace**

Akreditace na daném zdravotnickém zařízení pomáhá vytvořit kulturu kvality a bezpečí, na jejíž základě dochází k souvislému zlepšování všech procesů podílejících se na péči o pacienty a ke zlepšování výsledků poskytované péče. Přínosy akreditace jsou například zvyšování důvěry veřejnosti v kvalitní a bezpečné prostředí daného zařízení, vytváří efektivní a bezpečné pracovní prostředí, které se odrazí na spokojenosti zaměstnanců. Zvyšuje účast pacientů a jejich blízkých na procesu poskytování zdravotní péče a vytváří lepší podmínky pro plnění intervencí s následným uspokojením potřeb pacientů a jejich práv. Také konstruuje systém týmového vedení s následnou snahou zajišťovat co nejlepší kvalitu péče a bezpečí pacientů na všech úrovních zařízení (Marx a Staněk, 2008).

#### **4.4 Co jsou „indikátory standardu“**

Indikátory standardů jsou určité požadavky, které se při akreditaci posuzují a které jsou na závěr zhodnoceny. Indikátory jsou „pravidla“, která musí zařízení splňovat a vytvořit, aby byla jeho činnost co nejvíce totožná s příslušným standardem. Jsou uvedeny ve standardech, slouží jako pomůcka při vzdělávání zaměstnanců a při přípravě na následující akreditaci (Marx a Staněk, 2008).

#### **4.5 Akreditační šetření a platnost akreditace**

V průběhu akreditačního šetření se hodnotí všechny činnosti prováděné na daném zdravotnickém zařízení, a zda je poskytovaná péče v souladu s akreditačními standardy (Marx a Cara, 2005).

Na závěr Akreditační výbor JCI na základě zjištěných informací rozhoduje, zda danému zařízení akreditaci udělí. Výsledkem může být, že je akreditace „udělena“. K takovému závěru se dospěje v případě, pokud zdravotnické zařízení splňuje standardy na přijatelné úrovni a to ve všech oblastech poskytované péče. Akreditace „neudělena“ se udává, jestliže zařízení nespĺňuje požadavky standardů JCI (Marx a Cara, 2005).

#### **4.6 Platnost akreditace**

Udělená akreditace platí tři roky. Před ukončením platnosti, tj. po třech letech, je třeba požádat o prodloužení akreditace, reakreditaci. Pokud příslušné zařízení neplní požadavky akreditačních standardů, může JCI akreditaci předčasně odebrat, nebo rozhodne o novém akreditačním šetření (Marx a Cara, 2005).

#### **4.7 Spojená akreditační komise, o.p.s.**

Spojená akreditační komise vznikla v roce 1998. Cílem je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR. Dosažení cílů je realizováno akreditací zdravotnických zařízení. SAK vydává akreditační standardy pro zdravotnická zařízení, které obsahují i podrobné metodiky. Pomáhá zdravotnickým zařízením připravujícím se k akreditaci, organizuje regionální i celostátní vzdělávací akce zaměřené na zvyšování kvality péče o pacienty a zajištění jejich bezpečí. Vydávají publikace zaměřené na zvyšování kvality, spolupracuje s ostatními

organizacemi v ČR, které se podílejí na zvyšování kvality zdravotní péče a spolupráce s orgány státní a veřejné správy ve zdravotnictví. Dále se podílí na mezinárodní spolupráci ve zvyšování kvality a zajišťuje vzdělávání členů akreditačního procesu. Od 21. 6. 2012 je Spojená akreditační komise, o.p.s., oprávněným hodnotitelem kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. V současné době je v České republice akreditováno v systému SAK, o. p. s. (obecně prospěšná společnost) 51 zdravotnických zařízení, zatímco v systému Joint Commission International (JCI) jsou akreditovaná pouze 4 zdravotnická zařízení. (Somrová a Bártlová, 2012; SAK, 2010)



## II VÝZKUMNÁ ČÁST

### 5 Metodika výzkumu

Cílem výzkumné části bakalářské práce s názvem Chyby a omyly ve vedení ošetrovatelské dokumentace bylo zjistit znalosti sester o ošetrovatelské dokumentaci, názor a přístup sester k ošetrovatelské dokumentaci a případně jak by sestry změnilly a docílily kvalitnější práce s ošetrovatelskou dokumentací. Výzkum byl prováděn pomocí anonymních dotazníků, díky kterým jsem získala odpovědi na své výzkumné otázky. Dotazník byl vytvořený pouze pro účely této práce. Obsahoval celkem 20 otázek a to otázky otevřené, uzavřené, dichotomické, polytomické výběrové, polytomické výčetové, polouzavřené, filtrační, projektivní a otázky identifikační. Respondentky tedy vybíraly z navržených možností, mohly volit jednu i více odpovědí dle otázky a také mohly odpovědět vlastními slovy. V průběhu tvorby dotazníku jsem využila již vytvořenou Bakalářskou práci s názvem „Sestra a ošetrovatelská dokumentace“ (Včelová, 2012), ze které jsem použila některé otázky s možnostmi do svého dotazníku (otázka č. 4, 10, 11, 14, 15 a 18) a následnému výzkumu. Jisté otázky a možnosti jsem si dle své potřeby upravila. Otázky v dotazníku byly vyplňovány všeobecnými sestrami, včetně sester se specializací a zdravotnickými asistenty.

Dalším cílem tohoto výzkumu bylo porovnat vědomosti sester mezi akreditovaným a neakreditovaným pracovištěm.

V akreditovaném pracovišti probíhal výzkum od 13. do 17. ledna 2014. Vyplňování dotazníků předcházelo domluvení se s vedoucí zdravotnického zařízení, s cílem povolení výzkumu na daném pracovišti. Na základě domluvy byl stanoven termín, kdy bylo možné dotazníky na pracovišti rozdat (viz výše).

V neakreditovaném pracovišti výzkum probíhal od 15. 12. 2013 do 1. 3. 2014. Než byl výzkum uskutečněn, bylo nutné se opět domluvit s vedoucími jednotlivých oddělení, zda by bylo možné výzkum na daném oddělení provádět. Časový termín pro vyplňování nebyl na rozdíl od akreditovaného pracoviště stanoven.

Na oddělení jednotlivých zdravotnických zařízení jsem se po povolení výzkumu osobně dostavila a poprosila zdravotnický personál (všeobecné sestry/zdravotnické asistenty) o vyplnění dotazníků, které jsou součástí k vypracování mé bakalářské práce. Sběr vyplněných dotazníků jsem provedla opět osobně na daném oddělení. Pouze z jednoho oddělení mi bylo 5 dotazníků posláno poštou pro nemožnost dostavení se na oddělení.

Dotazníků bylo rozdáno celkem 40, mezi pracoviště rozdělené na poloviny. Z každého pracoviště se mi vrátilo všech 20 rozdaných dotazníků, což je 100% návratnost. Vybírání dotazníků nebylo jednotlivě od každé respondentky, ale všechny vyplněné dotazníky mi byly odevzdány najednou v průhledné folii, tudíž anonymita sběru dat byla zachována.

Zpracování otázek probíhalo pomocí počítačového programu Microsoft Excel 2007. Získaná data jsou uváděná níže pomocí tabulek a grafů.

## **5.1 Výzkumné cíle**

Z podkladu teoretické části práce bylo stanoveno níže uvedených pět výzkumných cílů, na jejichž základě jsem vytvořila pět výzkumných otázek, které jsou dále rozvedené v diskuzi této práce.

1. Ověřit znalosti sester o ošetrovatelské dokumentaci a o jejím vedení v praxi.
2. Zjistit chybovost při vedení ošetrovatelské dokumentace a spokojenost s ošetrovatelskou dokumentací, se kterou aktuálně pracují.
3. Zjistit, jak by sestry vylepšily ošetrovatelskou dokumentaci za účelem lepší administrativy.
4. Ověřit, zda má vzdělání a délka praxe sester význam na odbornější vedení ošetrovatelské dokumentace.
5. Porovnání výsledků mezi akreditovaným a neakreditovaným pracovištěm.

## **5.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké jsou znalosti sester o ošetrovatelské dokumentaci včetně vedení ošetrovatelské dokumentace?
2. Chyby, kterých se sestry nejčastěji dopouští při vedení ošetrovatelské dokumentace, jsou nedostatečné a špatně vedené záznamy?
3. Vnímají sestry ošetrovatelskou dokumentaci jako zbytečnou věc s nedostatkem času na pacienty?
4. Jsou sestry nespokojené s ošetrovatelskou dokumentací, a jak by zlepšily vedení ošetrovatelské dokumentace?
5. Má vzdělání a délka praxe vliv na odbornost vedení ošetrovatelské dokumentace?

## 6 Prezentace výsledků

Výsledky otázek jsou znázorněné graficky. V každém grafu můžeme vidět počet odpovědí u jednotlivých možností (A, B, C, D, ..., nebo přesně formulované možnosti) otázky. Modré sloupce ve sloupcových grafech znázorňují počet odpovědí z akreditovaného pracoviště a červené sloupce znázorňují počet odpovědí z neakreditovaného pracoviště. Výsledky v tabulkách jsou opět označeny příslušnou barvou. V Příloze této práce je možné shlédnout dotazník, z kterého jsou vytvořeny tyto výsledky. Grafické znázornění jednotlivých otázek je možné vidět v dále uvedeném textu.

## Otázka č. 1 Co je to ošetrovatelská dokumentace?

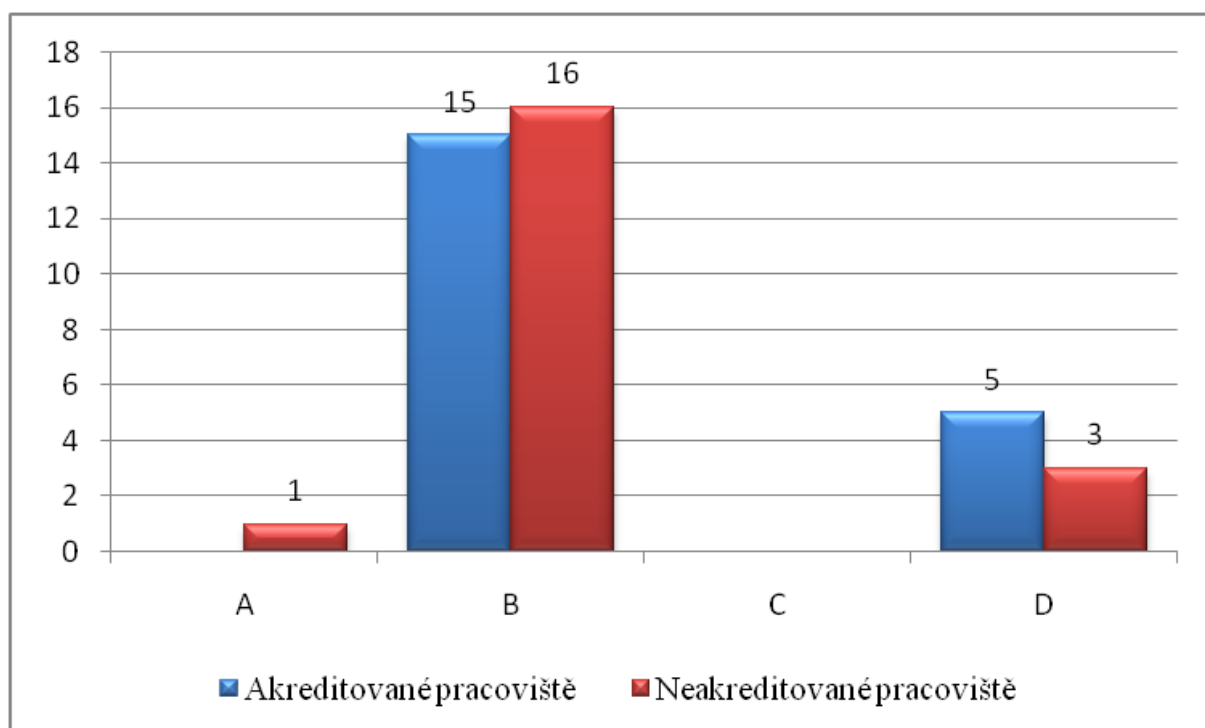
Možnosti otázky zněly následovně:

A - Je soubor pravidel, podle kterých se správně vede ošetrovatelská dokumentace.

B – Je soubor formulářů, které slouží k záznamu údajů o pacientovi, zpětně k zhodnocení vývoje zdravotního stavu pacienta a kvalitě poskytnuté ošetrovatelské péče.

C – Je soubor pravidel, podle kterých by měl být pacient správně ošetrován.

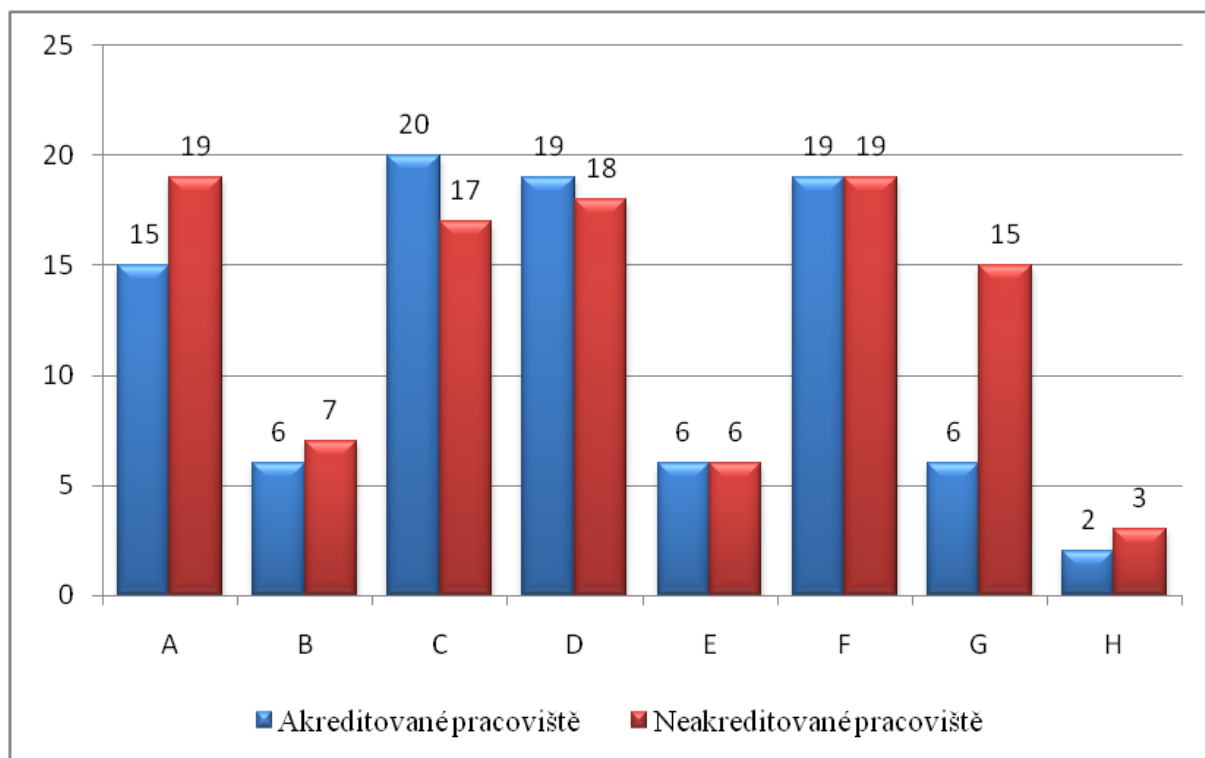
D – Je soubor formulářů, do kterých se zaznamenává celkový zdravotní stav při příjmu pacienta, medikace a vyšetřovací metody v průběhu hospitalizace a závěrečná propouštěcí zpráva.



Obr. 1 Graf odpovědí co je to ošetrovatelská dokumentace

Obrázek 1 je grafické vyjádření první otázky z dotazníku. Správná odpověď v otázce byla pouze odpověď B. Z akreditovaného pracoviště tuto možnost zvolilo 15 (75%) respondentek a z neakreditovaného pracoviště tuto možnost zvolilo 16 (80%) respondentek. Druhou nejčastěji volenou odpovědí byla možnost D. Z akreditovaného pracoviště tuto možnost zvolilo 5 (25%) respondentek a z neakreditovaného pracoviště 3 (15%) respondentky. Odpověď A zaškrtnula pouze 1 (5%) respondentka z neakreditovaného pracoviště. Možnost C nebyla zaškrtnuta ani jednou respondentkou.

**Otázka č. 2 Jaké základní části (formuláře) obsahuje ošetrovatelská dokumentace podle vyhlášky 98/2012?**



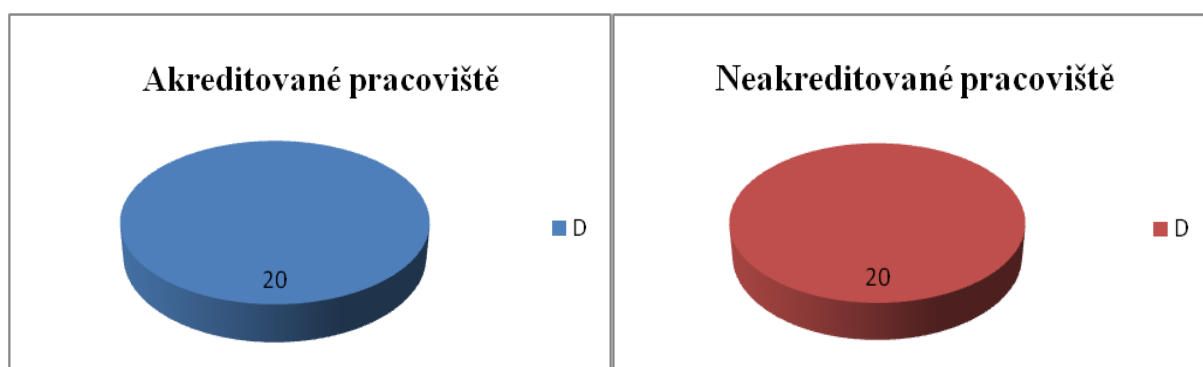
Obr. 2 Graf odpovědí základních částí (formulářů) ošetrovatelské dokumentace

Na obrázku 2 je znázorněno počet odpovědí u jednotlivých částí (formulářů) v ošetrovatelské dokumentaci. Bylo více správných odpovědí (A, C, D, F, G). Jako nesprávné možnosti jsem do otázky zvolila formuláře z dokumentace lékařské. Dále jsou uvedené výsledky jednotlivých možností.

V akreditovaném pracovišti uvedlo správnou možnost A – hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče a průběžné změny v ošetrovatelském plánu 15 (75%) respondentek. Nesprávnou odpověď B – výsledky vyšetření, zvolilo 6 (30%) respondentek. Další správnou odpověď C – ošetrovatelský plán zaškrtnulo všech 20 (100%) respondentek. Odpověď D – ošetrovatelská propouštěcí nebo překládová zpráva byla zvolena 19 (95%) respondentkami. Další nesprávnou možnost E – epikríza, uvedlo 6 (30%) respondentek. Odpověď F – ošetrovatelská anamnéza pacienta byla zaškrtnuta 19 (95%) respondentkami. Poslední správná možnost G – záznam o provedení činností a výkonů, byla zaškrtnuta 6 (30%) respondentkami a poslední nesprávná možnost H – anesteziologický záznam uvedly 2 (10%) respondentky.

V neakreditovaném pracovišti správnou možnost A - hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče a průběžné změny v ošetrovatelském plánu uvedlo 19 (95%) respondentek. Nesprávnou možnost B – výsledky vyšetření, zvolilo 7 (35%) respondentek. Další správnou odpověď C – ošetrovatelský plán zvolilo 17 (85%) respondentek. Odpověď D – ošetrovatelská propouštěcí nebo překladová zpráva byla zaškrtnuta 18 (90%) respondentkami. Další nesprávnou možnost E – epikríza uvedlo 6 (30%) respondentek. Odpověď F – ošetrovatelská anamnéza byla zaškrtnuta 19 (95%) respondentkami. Poslední správnou možnost G – záznam o provedení činností a výkonů uvedlo 15 (75%) respondentek a poslední nesprávná možnost H – anesteziologický záznam uvedly 3 (15%) respondentky.

### Otázka č. 3 Ošetrovatelská dokumentace musí být: ...



Obr. 4 Graf počtu odpovědí z akreditovaného pracoviště

Obr. 3 Graf počtu odpovědí z neakreditovaného pracoviště

Tuto otázku jsem se rozhodla znázornit ve dvou grafech (obr. 3 a obr. 4). Na obrázku č. 3 můžeme vidět stoprocentní odpovědi z akreditovaného pracoviště a na obrázku č. 4 stoprocentní odpovědi z neakreditovaného pracoviště. Zvolené odpovědi, byly správné odpovědi a to za D – ošetrovatelská dokumentace musí být vždy dostupná, pravdivá, čitelná, srozumitelná a psaná v českém jazyce.

#### Otázka č. 4 Co se Vám vybaví pod pojmem ošetrovatelská dokumentace?

Tab. 1 Počet odpovědí u jednotlivých možností z akreditovaného i neakreditovaného pracoviště

Možnosti	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Akreditované pracoviště	18	6	20	1	5	1	13	5	6
Neakreditované pracoviště	15	8	18	1	16	2	12	12	8

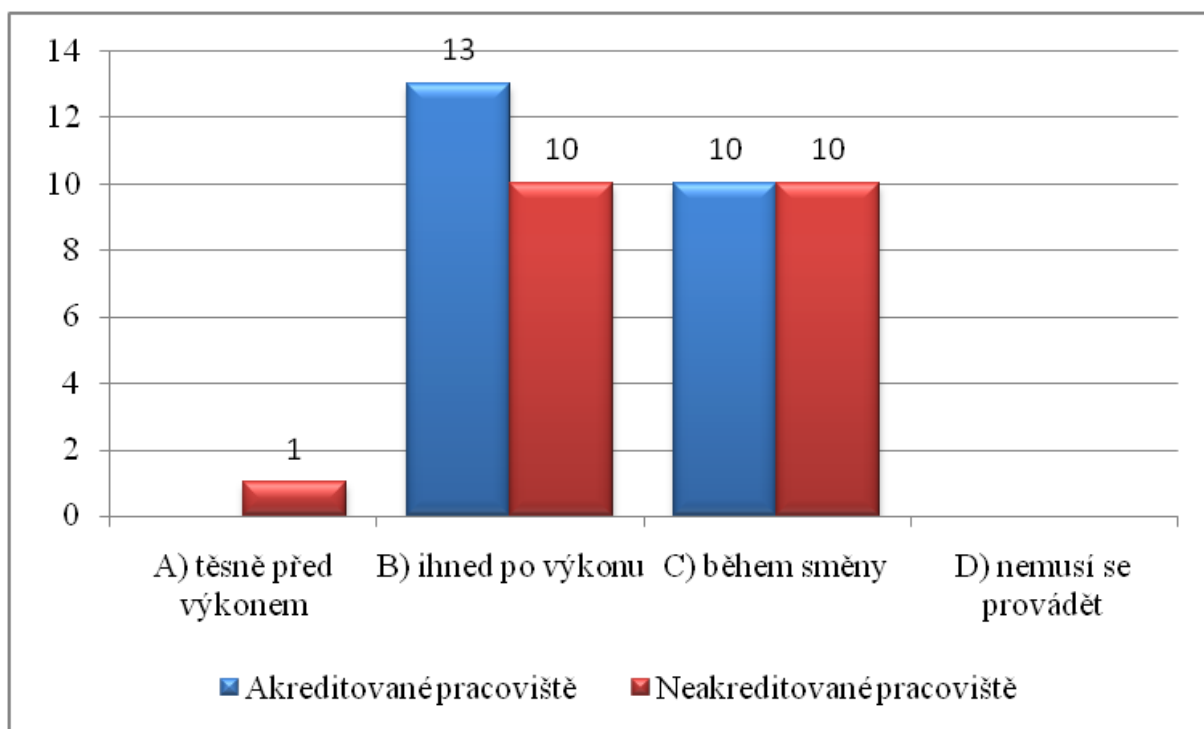
Tabulka 1 znázorňuje počet odpovědí u jednotlivých možností (A-I). Při seřazení odpovědí od nejčastější po nejméně vybranou možnost jsou výsledky takové:

V akreditovaném pracovišti byla nejčastější odpověď C – informace o pacientovi, kterou zvolilo 20 (100%) respondentek. Možnost A – nedílná součást práce sester, vybralo 18 (90%) respondentek. 13 (65%) respondentek zvolilo možnost G – bezpečnost sester. 6 (30%) respondentek zvolilo možnost B – formulář a možnost I – systém práce. Dále 5 (25%) respondentek si myslí, že ošetrovatelská dokumentace je jako bezpečnost pacienta, papírování a nedostatek času na péči o pacienta a pouze 1 (5%) respondentka si pod pojmem ošetrovatelská dokumentace vybaví zbytečnou věc a nečitelnost záznamu.

V neakreditovaném pracovišti byla nejčastěji zvolená odpověď C – informace o pacientovi, kterou zvolilo 18 (90%) respondentek. Jako druhá nejčastější byla možnost E – papírování a nedostatek času na péči o pacienta, vybraná 16 (80%) respondentkami. 15 (75%) respondentek vybralo možnost A – nedílná součást práce sester, 12 (60%) respondentek zaškrtnulo bezpečnost sester a bezpečnost pacienta. Další dvě možnosti vybrané 8 (40%) respondentkami jsou formulář a systém práce, 2 (10%) respondentky si pod pojmem ošetrovatelská dokumentace vybaví nečitelnost záznamu a pouze 1 (5%) respondentka si vybaví zbytečnou věc.



### Otázka č. 5 Zázpis do ošetrovatelské dokumentace se provádí: ...



Obr. 5 Graf o provádění zápisu do ošetrovatelské dokumentace

V akreditovaném pracovišti (obrázek 5) si 13 (65%) respondentek myslí, že zázpis se provádí ihneď po výkone (možnost B) a 10 (50%) respondentek by provedlo zázpis během směny (možnost C).

V neakreditovaném pracovišti byly možnosti ihneď po výkone a během směny vybrány 10 (50%) respondentkami a 1 (5%) respondentka zvolila možnost tesne před výkone. Odpověď D (zázpis se nemusí provádět) neuviedla ani jedna respondentka.

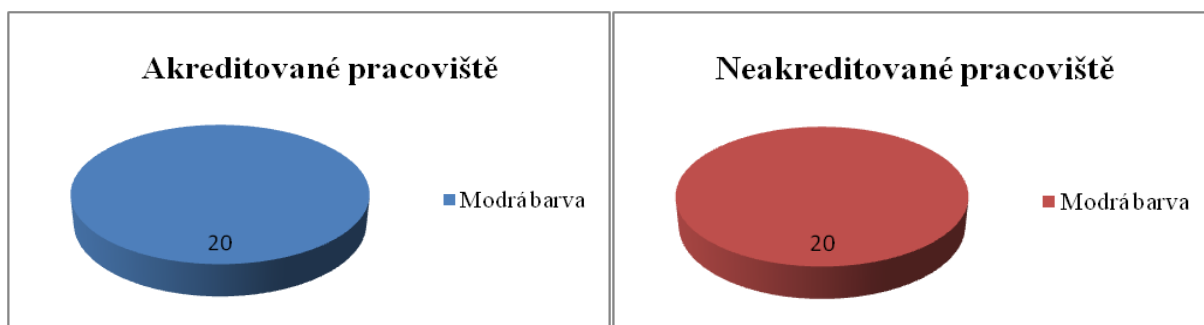
### Otázka č. 6 Každý zápis do ošetrovatelské dokumentace musí být opatřen: ...

Tab. 2 Počet bodů

Možnosti	4 body	3 body	2 body	1 bod	0 bodů
Četnost v akreditovaném pracovišti	13	6	0	0	1
Četnost v neakreditovaném pracovišti	12	8	0	0	0

Tato otázka byla založená na volné odpovědi. Očekávanou odpovědí bylo, že každý zápis do ošetrovatelské dokumentace musí být opatřen datem, časem zápisu, razítkem/jmenovkou a podpisem zdravotníka, který zápis provedl. Každou správně napsanou položku (datum, čas razítko a podpis) jsem pro možné zhodnocení otázky ohodnotila jedním bodem. Z otázky bylo možné získat 0 až 4 body. Hodnocení otázky tímto bodovým způsobem byl můj vlastní zvolený postup, abych byla schopná otázku celkově vyhodnotit. V tabulce 2 je uvedeno, kolik respondentek z daného pracoviště získalo daný počet bodů. Vždy s chybějícím bodem chyběl v odpovědi jeden ze čtyř požadovaných údajů (čas, datum, razítko nebo podpis). Nejvyšší možný počet bodů (4 body) získalo v akreditovaném pracovišti 13 (65%) respondentek, tři body 6 (30%) respondentek a nula bodů 1 (5%) respondentka. V neakreditovaném pracovišti získalo plný počet 12 (60%) respondentek a 3 body 8 (40%) respondentek. Po zprůměrování odpovědí byla obě pracoviště rozdílná pouze o 0,1 bod, tedy ve výsledku této otázky není mezi akreditovaným a neakreditovaným pracovištěm téměř žádný rozdíl.

### Otázka č. 7 Běžný zápis by měl být prováděn barvou: ...

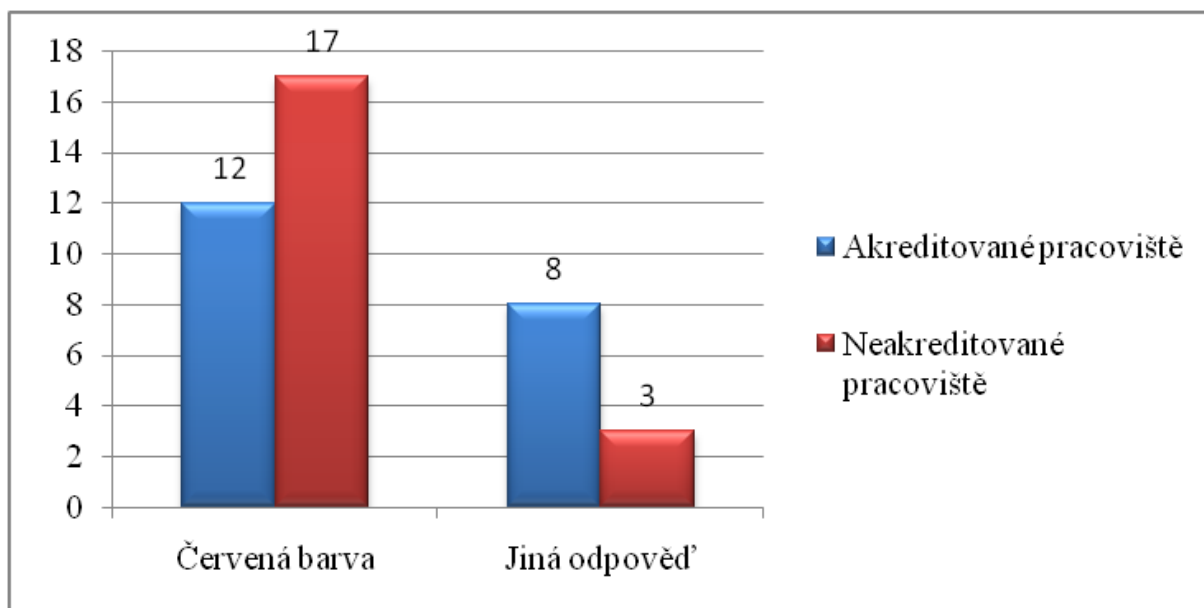


Obr. 6 Graf počtu správných odpovědí z akreditovaného pracoviště

Obr. 7 Graf počtu správných odpovědí z neakreditovaného pracoviště

Otázka byla opět založena na volné odpovědi, kterou měla být správně modrá barva. Výsledek je možný vidět z obrázku 6 a 7. Obě pracoviště odpověděla správně, tedy všech 40 respondentů napsalo modrou barvu. Odpovědi byly zodpovězeny na 100%.

### Otázka č. 8 Důležité záznamy se píšou barvou: ...

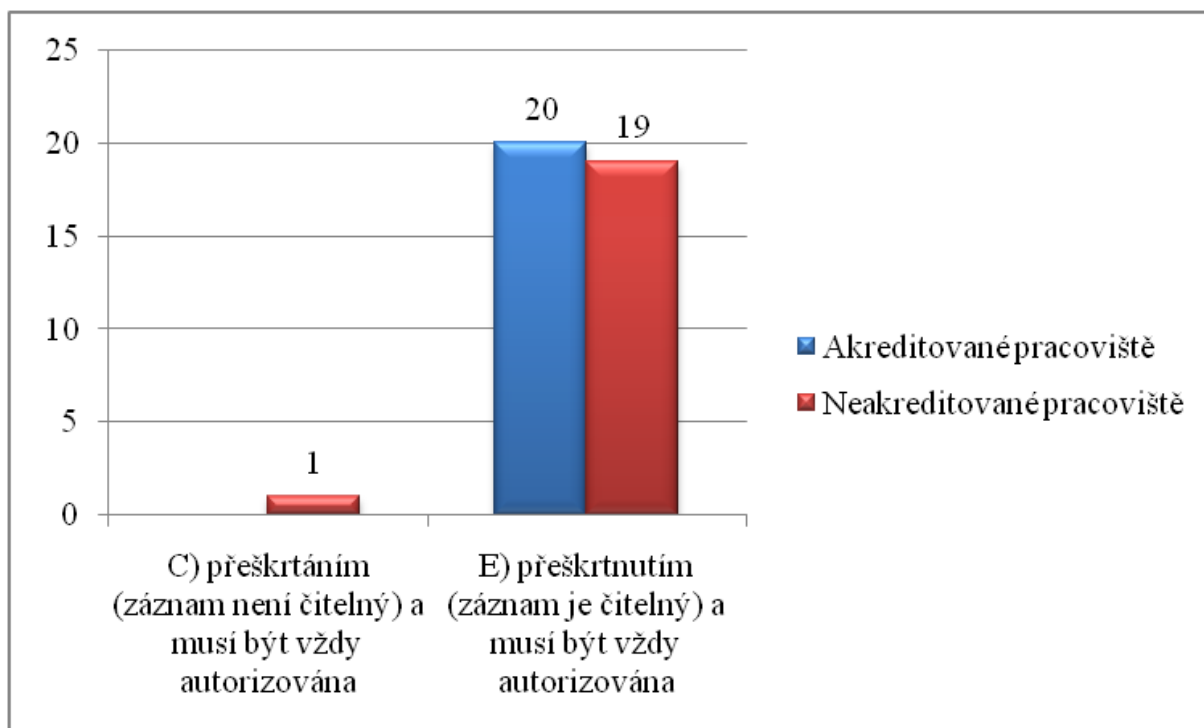


Obr. 8 Graf znázorňující počet správných a nesprávných odpovědí

Otázka opět vycházela z volné odpovědi, kterou měla být barva červená. Na výše uvedeném obrázku 8 jsou znázorněné počty správných a nesprávných odpovědí. V akreditovaném pracovišti odpovědělo červenou barvu 12 (60%) respondentek a jinou odpověď 8 (40%) respondentek. V neakreditovaném pracovišti uvedlo správnou barvu 17 (85%) respondentek

a špatnou odpověď uvedly pouze 3 (15%) respondentky. „Jiné odpovědi“ byly nejčastěji odpovědi např. dle zvyklostí oddělení, individuálně, barva modrá aj.

#### Otázka č. 9 Opravy v ošetrovatelské dokumentaci mohou být provedeny: ...



Obr. 9 Graf jak se provádí opravy v ošetrovatelské dokumentaci

Na obrázku 9 je uvedeno počet odpovědí pouze ze dvou možností. Otázka měla uvedené možnosti A až G. Důvodem neuvedení dalších možností (mimo odpovědi C a E) bylo nezodpovězení možností ani jednou respondentkou. V grafickém znázornění nebylo nutné tyto možnosti uvádět. Správnou odpovědí byla možnost E – oprava v ošetrovatelské dokumentaci může být provedena přeškrtnutím (záznam je čitelný) a musí být vždy autorizována. Tuto možnost zaškrtnulo v akreditovaném pracovišti 20 (100%) respondentek. V neakreditovaném pracovišti možnost E zvolilo 19 (95%) respondentek a 1 (5%) respondentka zaškrtnula špatnou odpověď C – přeškrtním (záznam není čitelný) a musí být autorizován.

### Otázka č. 10 Proč je podle Vás vedení ošetrovatelské dokumentace důležité?

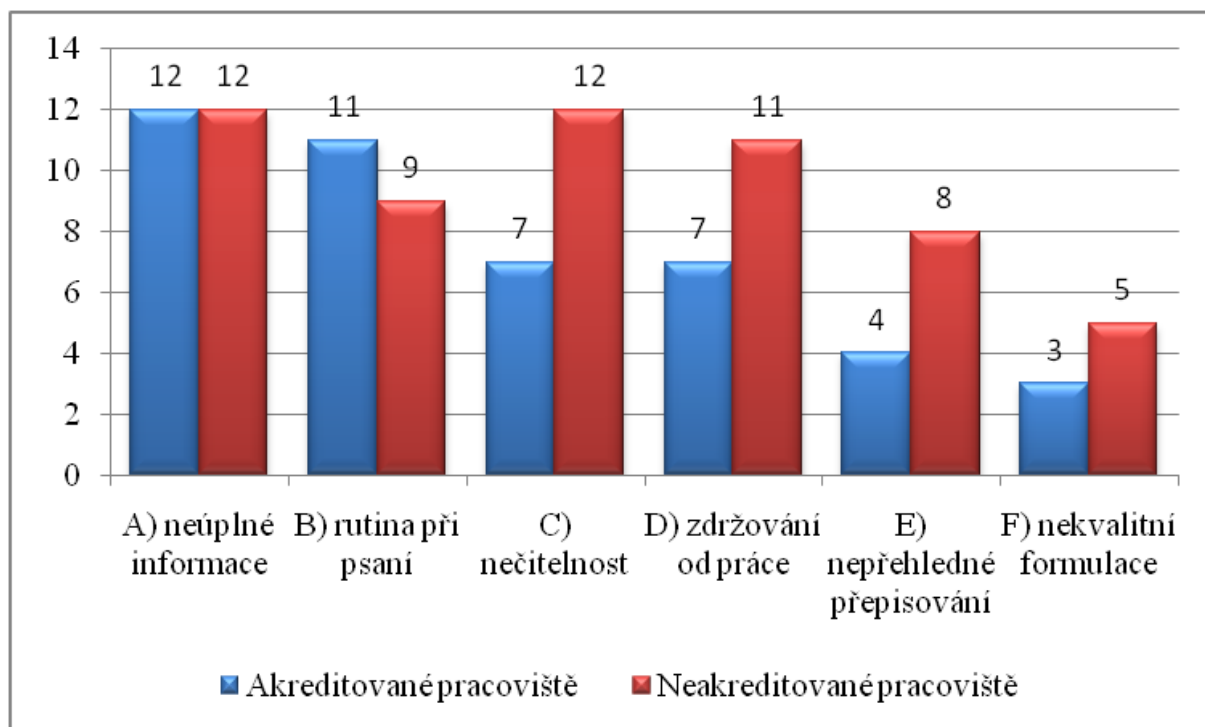
Tab. 3 počet odpovědí u jednotlivých možnostech proč je důležité vedení ošetrovatelské dokumentace

Možnosti	A) zajišťuje standard ošetrovatelské péče	B) lepší předávání informací o stavu pacienta	C) zhodnocení stavu pacienta v průběhu péče	D) bezpečnost sestry	E) bezpečnost pacienta	F) plánování dopředu	G) jiné (volná odpověď)
AP	16	15	18	13	5	3	0
NP	13	19	19	15	15	10	1

Otázka měla možnosti A – G, kdy bylo možné zaškrtnout více odpovědí. V tabulce 3 jsou znázorněny jednotlivé možnosti otázky a číselně počet respondentek, které možnost zaškrtnuly. V akreditovaném pracovišti (v tabulce zkratka AP) odpovědělo 16 (80%) respondentek, že vedení ošetrovatelské dokumentace je důležité, protože zajišťuje standard ošetrovatelské péče, 15 (75%) respondentek, že slouží k lepšímu předávání informací o stavu pacienta, 18 (90%) respondentek, že slouží ke zhodnocení stavu pacienta v průběhu péče, pouze 5 (25%) respondentek uvedlo, že slouží k bezpečnosti pacienta a 3 (15%) respondentky uvedly, že ošetrovatelská dokumentace slouží k plánování dopředu. Odpověď G nebyla zaškrtnuta.

V neakreditovaném pracovišti (v tabulce zkratka NP) uvedlo 13 (65%) respondentek, že vedení ošetrovatelské dokumentace je důležité, protože zajišťuje standard ošetrovatelské péče, 19 (95%) respondentek uvedlo lepší předávání informací o stavu pacienta v průběhu péče a také zhodnocení stavu pacienta v průběhu péče. Bezpečnost sestry a bezpečnost pacienta zaškrtnulo 15 (75%) respondentek, plánování dopředu uvedlo 10 (50%) respondentek a pouze jedna respondentka uvedla možnost jiná odpověď ve znění prevence nežádoucích událostí.

**Otázka č. 11 Co je dle Vašeho názoru nejčastější problém u vyplňování ošetrovatelské dokumentace?**



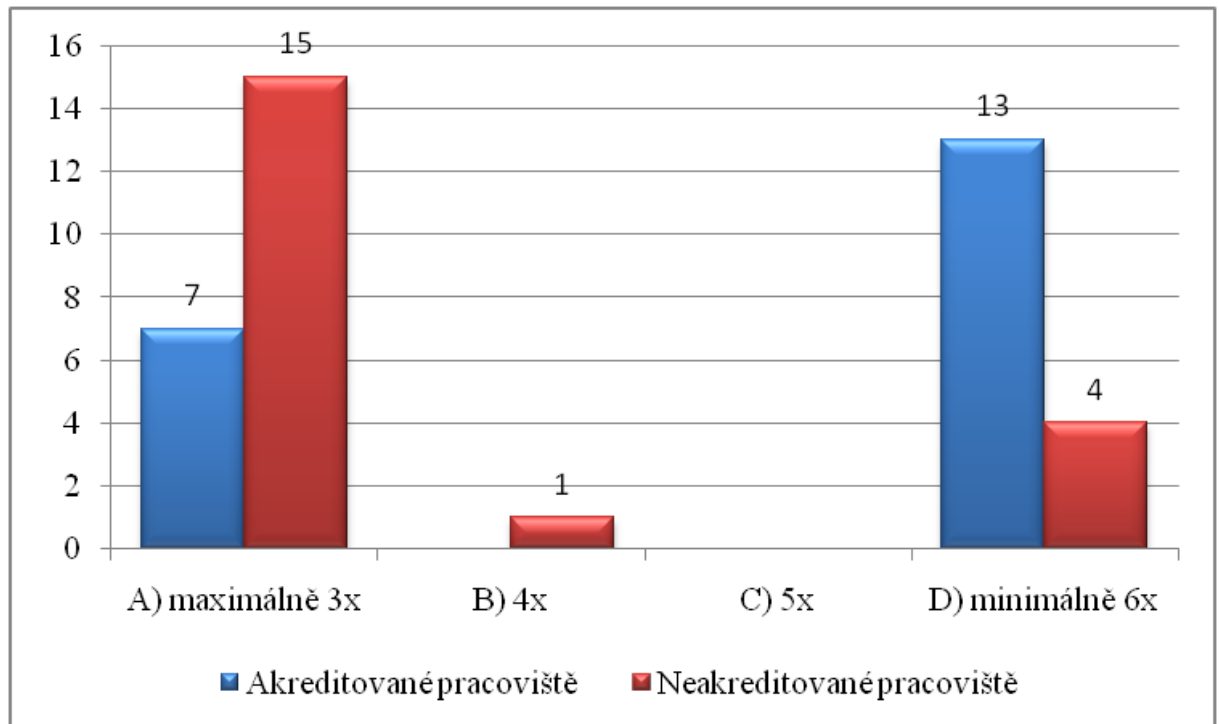
Obr. 10 Graf nejčastějších problémů u vyplňování ošetrovatelské dokumentace podle respondentek

V odpovědích bylo opět možné zaškrtnout více možností. Výsledky jsou na výše uvedeném obrázku 10.

Z akreditovaného pracoviště byla nejčastěji zvolená možnost neúplné informace, kterou zaškrtnulo 12 (60%) respondentek. O jednu méně, tedy 11 (55%) respondentek uvedlo odpověď rutina při psaní. Možnosti nečitelnost a zdržování od práce měly obě 7 (35%) respondentek, 4 (20%) respondentky uvedly, že nejčastější problém u vyplňování ošetrovatelské dokumentace je nepřehledné přepisování, a 3 (15%) respondentky zaškrtnuly možnost nekvalitních formulací.

V neakreditovaném pracovišti byly dvě možnosti zastoupeny 12 (60%) respondentkami, a to odpovědi neúplné informace a nečitelnost. Zdržování od práce bylo vybráno 11 (55%) respondentkami, 9 (45%) respondentek uvedlo, že nejčastější problém u vyplňování dokumentace je rutina při psaní. V možnosti nepřehledné přepisování bylo 8 (40%) respondentek a 5 (25%) respondentek si myslí, že problémem při vedení záznamů jsou nekvalitní formulace.

**Otázka č. 12 Příklad: pacient s bolestí má v medikačním listu naordinovaná analgetika podle potřeby při bolesti. Kolik záznamů byste za směnu provedla, pokud bude pacient vyžadovat analgetika 3x denně?**



Obr. 11 Grafické znázornění počtu záznamů u pacienta s bolestí

Tato otázka měla čtyři možné odpovědi (obrázek 11). Správnou možností bylo za D, tedy zápis by měl být provedený minimálně 6x.

V akreditovaném pracovišti převažovala správná odpověď D. Zvolená byla 13 (65%) respondentkami. Zbýlých 7 (35%) respondentek odpovědělo možnostmi A, a zápis by provedly maximálně 3x.

V neakreditovaném pracovišti byly odpovědi opačné. Nejvíce respondentek 15 (75%) by provedlo zápis maximálně 3x, pouze 4 (20%) respondentky by provedly zápis minimálně 6x a jedna by provedla zápis 4x.

### Otázka č. 13 Který z uvedených záznamů není správný?

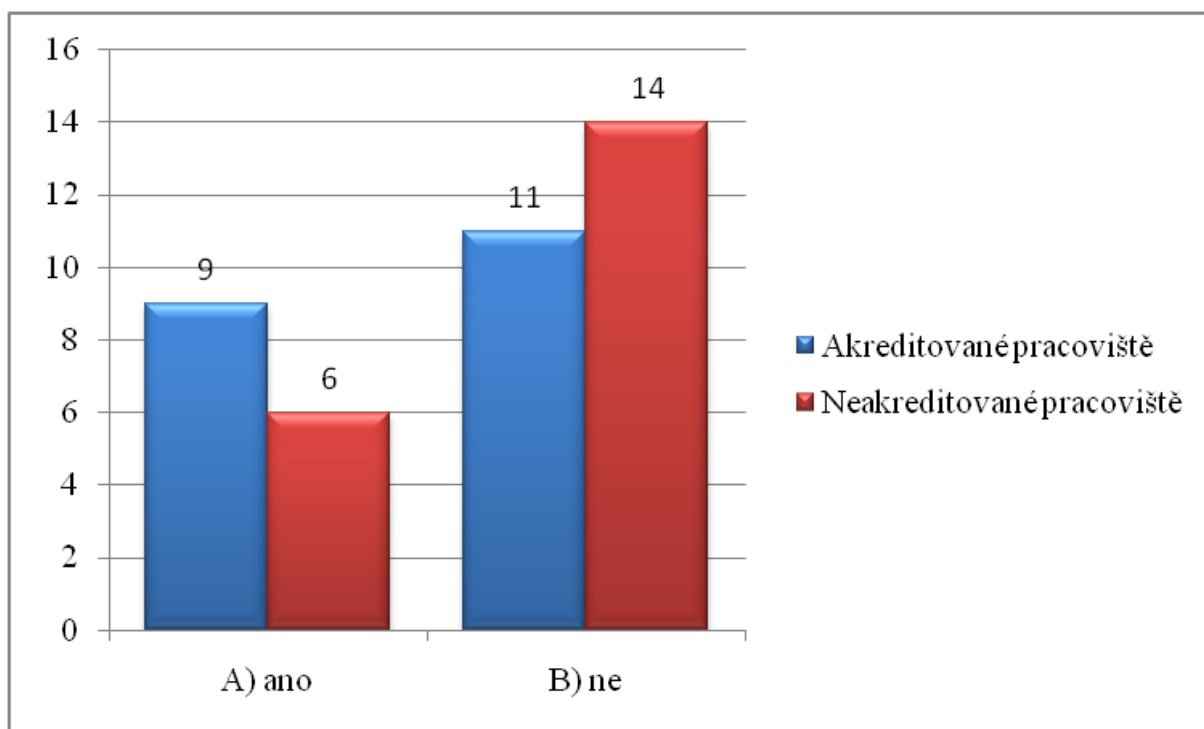
Tab. 4 Který ze záznamů není správný?

Možnosti	A	B	C	D	E	F	G
Akreditované pracoviště	14	11	2	16	0	16	19
Neakreditované pracoviště	10	15	6	14	0	16	18

V možnostech bylo více možných odpovědí. Správné odpovědi byly B, D, F a G. Na výše uvedené tabulce 4 můžeme vidět, kolikrát byla každá správná i nesprávná odpověď zaškrtnutá. Nesprávná odpověď A ve znění „Nechci nic jíst, od rána je mi zle“ uvedlo v akreditovaném pracovišti 14 (70%) respondentek a v neakreditovaném pracovišti 10 (50%) respondentek. První správná odpověď B – Zdál se mi nepříjemný, která je založená pouze na subjektivním pocitu sestry, byla v akreditovaném pracovišti zaškrtnuta 11 (55%) respondentkami a v neakreditovaném pracovišti 15 (75%) respondentkami. Další nesprávná možnost C – V horním středním kvadrantu pravé hýždě je zarudlá kůže o ploše 11 x 10 cm, s prasklým puchýřem uprostřed o ploše 3 x 6 cm, uvedly v AP 2 (10%) respondentky a v NP 6 (30%) respondentek. Druhá správná odpověď D – Měla jsem pocit, že omdlí, opět založená na podkladě subjektivního pocitu sestry, byla v AP zaškrtnuta 16 (80%) respondentkami a v NP 14 (70%) respondentkami. Nesprávnou odpověď E – Pacient pro bolesti pravé kyčle dostal analgetika dle ordinace lékaře, nevedla žádná respondentka. Třetí správnou odpovědí bylo za F – Pacient čapík odmítl, založená na cizím jazyku, která byla v AP i v NP zaškrtnuta 16 (80%) respondentkami. Poslední správná odpověď byla odpověď G – Pacient injekci béčka odmítl, ve které je obsažen nevhodný slangový výraz, byla v AP zaškrtnuta 19 (95%) respondentkami a v NP ji zvolilo 18 (90%) respondentek.



### Otázka č. 14 Jste spokojený/á s ošetrovatelskou dokumentací?



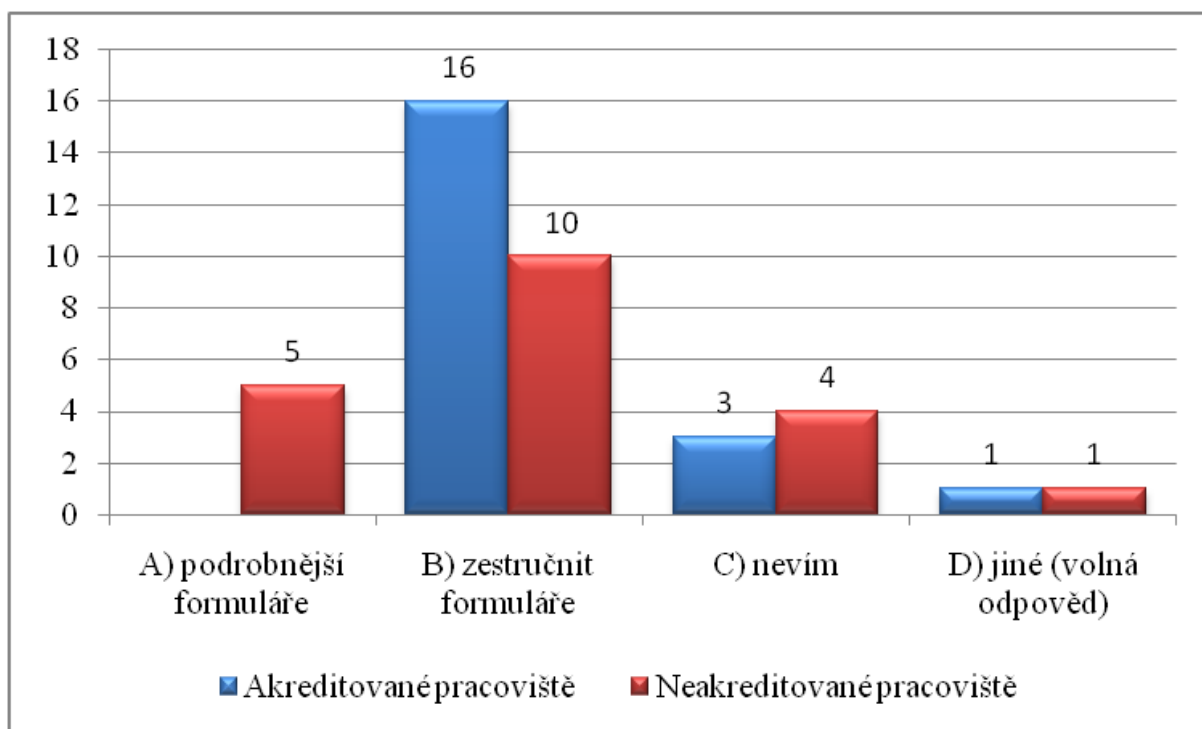
Obr. 12 Graf spokojenosti sester s ošetrovatelskou dokumentací

Cílem této otázky bylo zjistit spokojenost sester s ošetrovatelskou dokumentací. Byly pouze dvě možné odpovědi – ano a ne. Na obrázku 12 je znázorněné, že v akreditovaném pracovišti je s ošetrovatelskou dokumentací spokojených 9 (45%) respondentek a 11 (55%) respondentek je nespokojených. V neakreditovaném pracovišti je spokojených 6 (30%) respondentek a 14 (70%) nespokojených. V dotazníku u této otázky byla možnost volné odpovědi, proč respondenty nejsou s ošetrovatelskou dokumentací spokojené. Odpovědi, proč sestry nejsou spokojené s ošetrovatelskou dokumentací, byly následující:

Akreditované pracoviště – zbytečnost některých částí a formulářů, neúplnost dokumentace, nepřehlednost, mnoho formulářů, zbytečné papírování a nedostatek času na pacienty, složitost a časová náročnost.

Neakreditované pracoviště – složitost a rozsáhlost, nepřehlednost, odlišné dokumentace pro jiná oddělení, nepřesnost, zdouhavost a zdržování od práce, mnoho otázek v příjmové dokumentaci, zbytečné vypisování, málo času na pacienta, nepokrytí všech potřeb pacienta.

### Otázka č. 15 Jak byste zlepšil/a ošetrovatelskou dokumentaci?



Obr. 13 Graf jak by sestry zlepšily ošetrovatelskou dokumentaci

Cílem této otázky bylo zjistit, jak by sestry vylepšily ošetrovatelskou dokumentaci pro efektivnější práci s ošetrovatelskou dokumentací (obrázek 13).

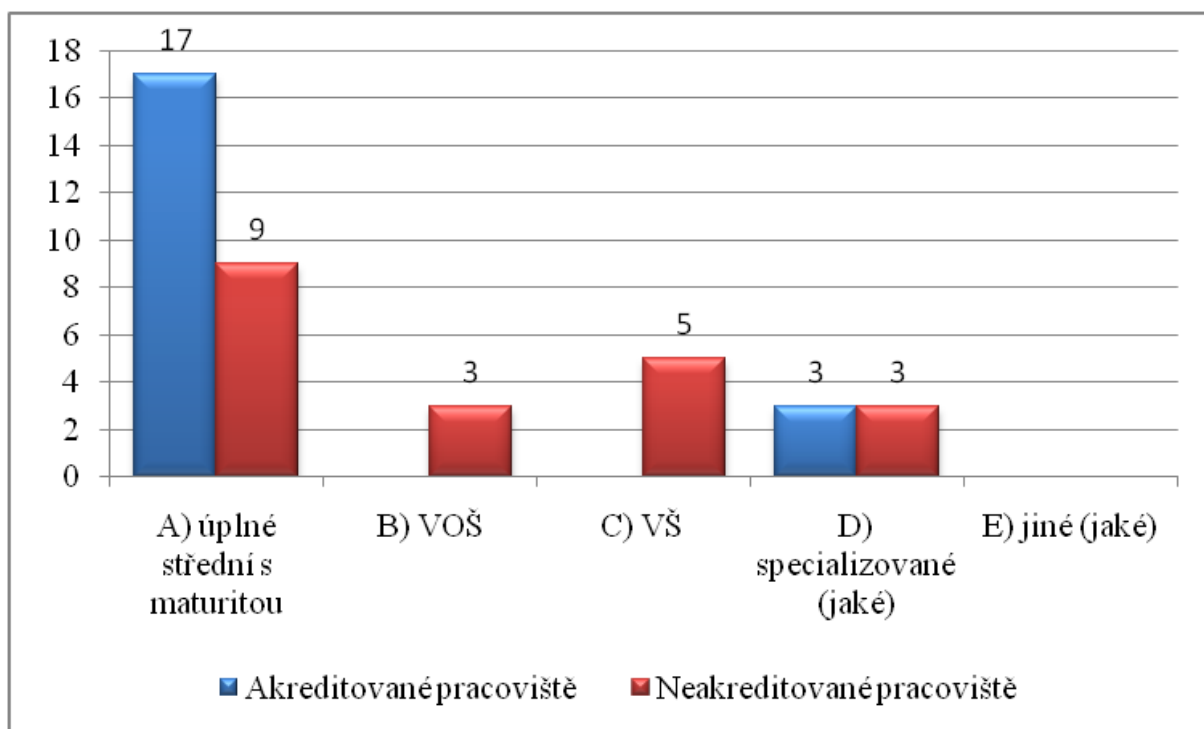
V akreditovaném pracovišti možnost A - podrobnější formuláře, neuviedla žádná respondentka. Naopak 16 (80%) respondentek by ošetrovatelskou dokumentaci zestručnilo. Odpověď C – nevím, uvedly 3 (15%) respondentek.

Z neakreditovaného pracoviště odpověď A zvolilo 5 (25%) respondentek a 10 (50%) respondentek by dokumentaci zestručnilo. Možnost C – nevím uvedly 4 (20%) respondentky. Možnost D – jiné vybrala z každého pracoviště 1 (5%) respondentka. Jejich volnou odpovědí bylo např. úprava ošetrovatelské dokumentace pro krátkodobou a dlouhodobou hospitalizaci, vytvoření více zaškrťovacích kolonek, které by nahradily zbytečné a zdouhavé vypisování. Vytvoření přehlednějších formulářů a omezit množství příjmových otázek na pacienta, kdy by byla možnost některé informace doplnit v průběhu hospitalizace.

### Otázka č. 16 Kdybyste byla v pozici vrchní nebo staniční sestry, jak byste docílila zkvalitnění práce sestry s ošetrovatelskou dokumentací?

Tato otázka byla volnou odpovědí. Je hodně podobná předchozím otázkám 14 a 15 ale zajímaly mě další jiné odpovědi, které nebylo možno uvést v předchozích otázkách. Výsledky, jelikož byly z obou pracovišť podobné, jsem shrnula v následujícím textu: více personálu, semináře a školení pro personál a vedení, finanční ohodnocení, neměnit nebo zjednodušit formuláře, stručné a adekvátní formuláře, více času na provádění zápisů a zpětná kontrola staniční sestrou, menší množství formulářů, zaškrťovací formuláře a zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace.

### Otázka č. 17 Jaké je Vaše dosažené vzdělání?



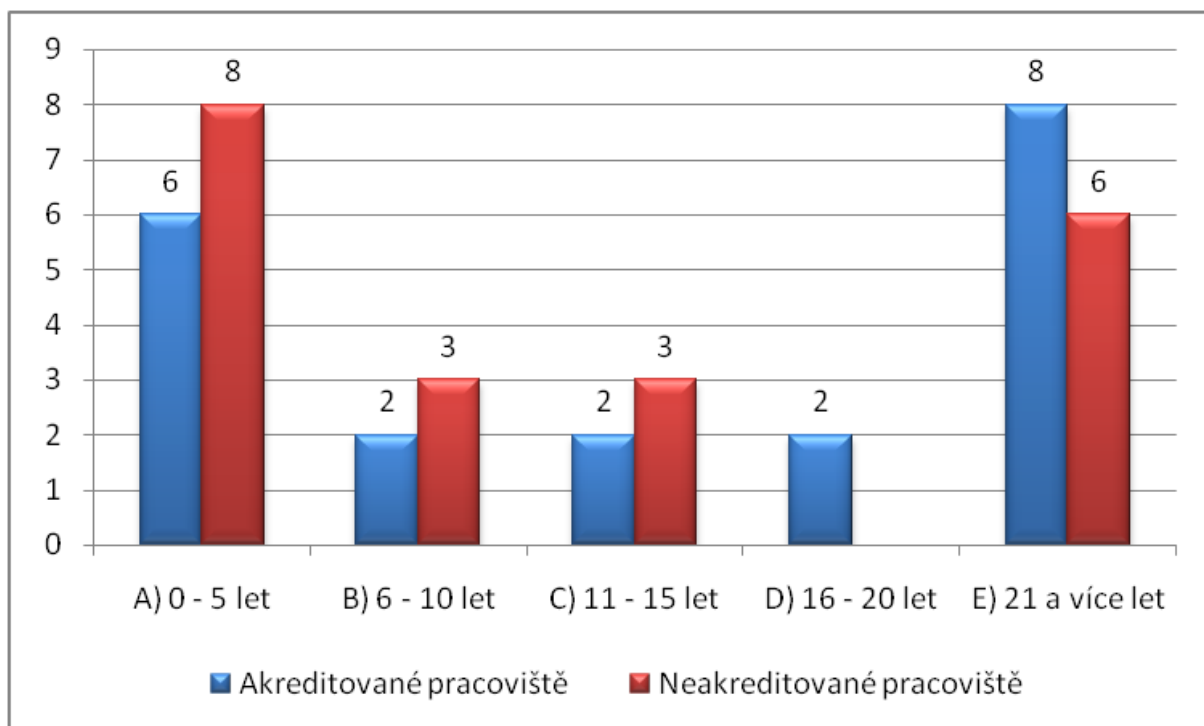
Obr. 14 Grafické znázornění dosaženého vzdělání respondentek

Na obrázku 14 jsou rozdělené četnosti jednotlivých vzdělání na daných pracovištích. V akreditovaném pracovišti je zřejmé, že největší počet 17 (85%) respondentek má vzdělání střední s maturitou a pouze 3 (15%) respondentky mají vzdělání specializované. Respondentky s vyšším odborným, vysokoškolským a jiným vzděláním zde nejsou obsaženy.

V neakreditovaném pracovišti je více úrovní dosaženého vzdělání. 9 (45%) respondentek uvádí vzdělání úplné střední s maturitou a 5 (25%) respondentek uvádí vzdělání

vysokoškolské. Vzdělání vyšší odborné a specializované jsou zaškrtnuté 3 (15%) respondentkami a vzdělání s možností jiné není uvedeno.

#### Otázka č. 18 Délka Vaší praxe: ...



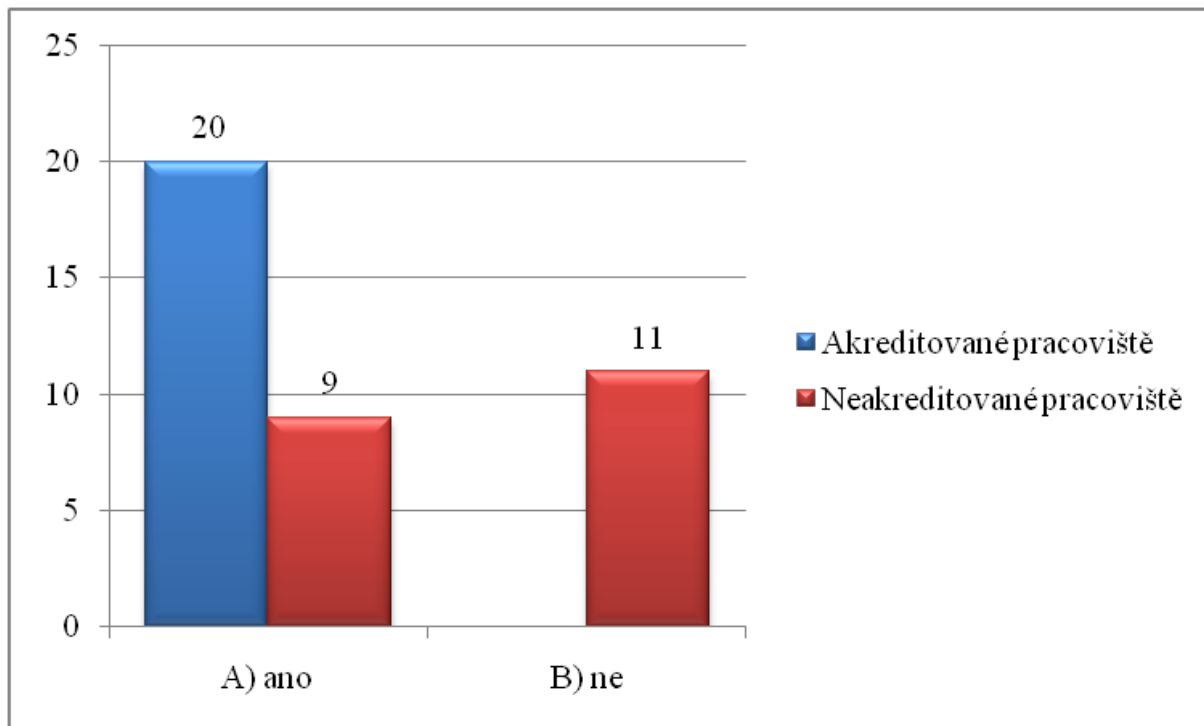
Obr. 15 Graf znázorňující počet respondentek rozdělených podle délky praxe

Tato otázka v dotazníku sloužila k vyhodnocení výzkumné otázky, zda má délka praxe vliv na odbornost vedení ošetrovatelské dokumentace. Na obrázku 15 je shrnut počet respondentek, které jsou rozdělené do jednotlivých možností otázky.

V akreditovaném pracovišti je nejvíce a to 8 (40%) respondentek s praxí delší než 21 let. O dvě respondentky méně, tedy 6 (30%), má praxi 0 – 5 let a zbylý počet respondentek zastupují po dvou (10%) 6 – 10 let, 11 – 15 let a 16 – 20 let.

V neakreditovaném pracovišti je nejvíce respondentek 8 (40%) s praxí 0 – 5 let, o dvě méně 6 (30%) respondentek mají praxi 21 a více let a 3 (15%) respondentky mají praxi 6 – 10 let a 3 (15%) respondentky 11 – 15 let praxe.

**Otázka č. 19 Máte na svém oddělení vypracovaný standard o vedení ošetrovatelské dokumentace?**



Obr. 16 Grafické znázornění vypracovaných standardů pro vedení ošetrovatelské dokumentace

Na obrázku 16 je možné vidět počet odpovědí z jednotlivých pracovišť, zda mají vypracovaný standard pro vedení ošetrovatelské dokumentace. V akreditovaném pracovišti odpovědělo ano 20 (100%) respondentek. V neakreditovaném pracovišti odpovědělo pouze 9 (45%) respondentek, že na jejich pracovišti je vypracovaný standard pro vedení ošetrovatelské dokumentace.

**Otázka č. 20 Na jakém pracovišti pracujete?...**

Tato otázka sloužila pouze pro mou lepší orientaci, rozdělení dotazníků dle jednotlivých pracovišť a nepomíchání dotazníků. Odpovědi byly z každého pracoviště zodpovězeny na 100% a grafické znázornění zde není podstatné.

## 7 Diskuze

V této bakalářské práci bylo stanoveno 5 výzkumných otázek, které jsou shrnuty v níže uvedeném textu.

### 1. Jaké jsou znalosti sester o ošetrovatelské dokumentaci včetně vedení ošetrovatelské dokumentace?

Tuto výzkumnou otázku jsem z dotazníku vyhodnocovala na základě otázek 1, 2 a 3. Cílem bylo zjistit, zda sestry ví, co je ošetrovatelská dokumentace, z jakých částí se ošetrovatelská dokumentace skládá a jak by obecně měla být dokumentace vedená.

Co je ošetrovatelská dokumentace, odpovědělo v akreditovaném pracovišti správně 15 (75%) respondentek a v neakreditovaném pracovišti 16 (80%) respondentek. Shrnutí je možné vidět v příloze 2 na obrázku č. 17.

Dále jsem zjistila, že respondentky z neakreditovaného pracoviště mají větší přehled o tom, z jakých částí by se měla ošetrovatelská dokumentace skládat (dle vyhlášky 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci). Všechny správné možnosti zaškrtno v neakreditovaném pracovišti 9 (45%) respondentek a v akreditovaném pracovišti pouze 3 (15%) respondentky. Více v příloze 2, tabulka č. 5.

Poslední informací, kterou jsem k této výzkumné otázce využila, byla otázka č. 3, ve které jsem zjistila, že respondentky v akreditovaném i neakreditovaném pracovišti stoprocentně ví, že dokumentace musí být pravdivá, čitelná, srozumitelná, psaná v českém jazyce a měla by být vždy dostupná. Více v příloze 2, obrázek č. 18.

Při porovnání těchto výsledků, je možné uvést závěr, že respondentky v neakreditovaném pracovišti jsou zřejmě více informované o ošetrovatelské dokumentaci, než respondentky v pracovišti akreditovaném.

(Škrla, 2005) uvádí z výzkum Smetzera z roku 1996, že průměrná sestra věnuje dokumentaci 13-28% svého času. Není-li dokumentace vedena efektivně, může sestru odvádět od důležitých úkolů s následným zvyšujícím se rizikem pochybení, které se může projevit například ve špatném vedení ošetrovatelské dokumentace.

*„Správně vedená zdravotnická dokumentace pacienta by měla přesně a kompletně odrážet péči, kterou pacient obdržel (nebo neobdržel) a může být přirovnána ke „svědkovi, jehož paměť se nikdy neztrácí“.“ (Škrla a Škrlová, 2008, s. 111)*

## **2. Chyby, kterých se sestry nejčastěji dopouští při vedení ošetrovatelské dokumentace, jsou nedostatečné a špatně vedené záznamy?**

Při procházení vyplněných dotazníků jsem se rozhodla změnit následné hodnocení jedné otázky, která je součástí této výzkumné části. Jedná se o otázku číslo 5, ve které pozoruji, kdy sestry provádí zápis do ošetrovatelské dokumentace, ve znění „Zápis do ošetrovatelské dokumentace se provádí:“. Možnosti této otázky jsou v dotazníku uvedeny: „těsně před výkonem, ihned po výkonu, během směny a zápis není nutný“. Při sestavování této otázky jsem jako jedinou možnost zamýšlela „ihned po výkonu“, což byla také nejčastěji zaškrtnutá odpověď. Respondentky také uváděly možnost „během směny“. Zřejmě byla otázka špatně formulovaná, protože i zápis během směny je prakticky i teoreticky správný. Během směny by měl být proveden zápis např. o celkovém stavu pacienta, reakce na léčbu aj. Tento zápis tedy není prováděn na základě výkonu, který by u pacienta proběhl. Následně jsem se rozhodla, že zaškrtnutou možnost „během směny“ nechám také jako správnou možnost. Jelikož u této otázky byla možnost zaškrtnutí pouze jedné odpovědi, při hodnocení této otázky jsem tedy stanovila kritérium, kdy by měla být zaškrtnutá alespoň jedna z těchto dvou odpovědí. Ostatní otázky byly dále vyhodnoceny, jak bylo původně zamýšleno.

Pod špatně vedeným záznamem si představuji například nepřesný čas zápisu do dokumentace, zápisy provedené nesprávnou barvou, špatně prováděné opravy v dokumentaci a záznamy obsahující např. cizí jazyk, slangový výraz nebo záznam psaný na základě domněnky sestry. Po vyhodnocení příslušných otázek z dotazníku vyšlo, že z akreditovaného i neakreditovaného pracoviště v průměru 15 (75%) respondentek ví, jak správně psát ošetrovatelskou dokumentaci a v ní obsažené záznamy.

Nedostatečné záznamy jsou záznamy, které nejsou kompletní. U zápisu chybí například čas, kdy byl zápis proveden nebo v dokumentaci není dostatečný počet zápisů, které by efektivně vyhodnocovaly stav pacienta. V závěru jsem zjistila, že v akreditovaném pracovišti vede v průměru více respondentek (65%) kompletnější záznamy než v pracovišti neakreditovaném, kde (v průměru) pouze 40% respondentek ví, co záznam obsahuje a kolik by v konkrétním případě mělo být za směnu uvedeno zápisů (viz. prezentace výsledků, otázka č. 12, obr. 11).

(Škrļa, 2005) uvádí článek, kdy odborný tým Practice Breakdown Research Advisory Panel (PBRAP) v roce 2001 odhalil osm hlavních pochybení, které se v ošetrovatelství vyskytují. Důležitou informací pro mě bylo pochybení, kdy se provádějí chyby v ošetrovatelské dokumentaci a to chybné záznamy o podaných lécích a to ještě dříve, než jsou vůbec podány. Dále nevěnování dostatečné pozornosti dekurzům, ordinacím lékařů, nečitelnost a nekompletní nebo chybějící zápis například o reakci pacienta na léčbu.

(Škrļa a Škrlová, 2008, s. 111-112) uvádí, že nečitelný záznam může být vnímán jako nesprávně vedenou dokumentací. Čitelnost záznamu znamená, že nezdravotník s průměrným vzděláním by měl být schopen zápis přečíst. *„Řada zdravotnických zařízení se snaží odstranit drobné nedostatky ve své zdravotnické dokumentaci a přitom ignoruje její nečitelnost. Pokud zdravotnické zařízení nemá v této oblasti jasno a pokud nevyhlásí nulovou toleranci nečitelným zápisům, nemůže tvrdit, že poskytuje kvalitní a bezpečnou péči.“*

### **3. Vnímají sestry ošetrovatelskou dokumentaci jako zbytečnou věc s nedostatkem času na pacienty?**

V dnešní době je praxe založená na neskutečném množství formulářů, které je třeba vyplňovat a tím dokazovat komplexnost a správnost naší praxe. Co se týče obecně celé zdravotnické dokumentace, tak z praxe vím, že obsahuje velké množství formulářů, které se vyplňují jak při příjmu pacienta, při jeho hospitalizaci, tak při propouštění. Někdy si sama pokládám otázku, zda budu schopná přes to všechno papírování u pacienta provést potřebnou péči, kterou pacient vyžaduje. Samozřejmě tu funguje přímá úměra. Čím závažnější zdravotní stav pacient má, tím více formulářů dokumentace obsahuje a tím více údajů/informací je třeba u pacienta zaznamenat. Zajímalo mě, jaký postoj k této realitě zaujmají respondentky, které se podílely na vyplňování dotazníků.

Zbytečnou věc uvedlo v obou pracovištích 5% respondentek a nedostatek času na péči o pacienta uvedlo v průměru 52% respondentek. Zbylá procenta respondentek dále nejčastěji uváděla například, že ošetrovatelská dokumentace slouží k lepšímu předávání informací o pacientovi, ke zhodnocení stavu pacienta v průběhu hospitalizace. Také že zajišťuje standard ošetrovatelské péče. Nejčastější negativa, která byla v dotazníku uváděná, byla například, že ošetrovatelská dokumentace obsahuje neúplné informace a nečitelné záznamy.

(Holubová a Pálková, 2012) uvádí v časopisu „Sestra“ s názvem článku „Jak sestry vnímají ošetrovatelskou dokumentaci?“ výsledky již provedeného výzkumu, ve kterém se zaměřují na postoje sester k ošetrovatelské dokumentaci. Z výzkumu bylo zjištěno, že 51 % respondentek



si myslí, že je ošetrovatelská dokumentace důležitá a pouze 5% respondentek označilo ošetrovatelskou dokumentaci jako zbytečnou věc.

#### **4. Jsou sestry nespokojené s ošetrovatelskou dokumentací, a jak by zlepšily vedení ošetrovatelské dokumentace?**

(Holubová a Pálková, 2012) dále ve výše uvedeném výzkumu zjišťovaly, zda jsou sestry spokojené s ošetrovatelskou dokumentací. Průzkum byl uskutečněný na základě skutečností, kdy sestry ve většině případů nejsou s dokumentací spokojeny a ztotožněny. Z článku bych ráda citovala:

*„A zde vyvstávají otázky – Proč nejsou sestry spokojeny s ošetrovatelskou dokumentací? Co by na ní chtěly změnit? Jaké úpravy by měla dokumentace podstoupit, aby sestrám vyhovovala a přijaly ji jako nepostradatelnou součást své práce? Vždyť ošetrovatelská dokumentace je dokladem o poskytované péči klientům. Pouze psaná forma nás zdravotníky dokáže ochránit a obhájit při soudních sporech.“* (Holubová a Pálková, 2012, s. 29)

Možnosti v otázce byla čísla – hodnocení od jedné (nejlepší) do pěti (nejhorší). Pouze 2% respondentek odpovědělo známkou jedna, a nejhorší známku – 5 uvedlo také 2% respondentek. Jako průměr této otázky vyšla známka 3, tedy dobrá. V další otázce uvedlo 49% respondentek, že jsou spokojené s ošetrovatelskou dokumentací a 51% uvedlo, že spokojené nejsou. V otázce, jak by sestry změnilly ošetrovatelskou dokumentaci, bylo například zjednodušení ošetrovatelské dokumentace, více diagnóz v ošetrovatelském plánu, specifikace dokumentace na dané oddělení, zpřehlednění dokumentace, více cílů a intervencí a lepší grafickou úpravu. Z těchto výsledků se zjistilo, že sestry jsou s ošetrovatelskou dokumentací spokojené pouze částečně. (Holubová a Pálková, 2012)

Výsledky z mého výzkumu jsou následující. V akreditovaném pracovišti je s ošetrovatelskou dokumentací spokojeno 9 (45%) respondentek a v neakreditovaném pracovišti je spokojených pouze 6 (30%) respondentek.

A jak by sestry zlepšily vedení ošetrovatelské dokumentace? Odpověďmi v dotazníku bylo například zestručnění a zjednodušení formulářů, semináře a školení, více času na provádění zápisů a menší množství formulářů. (Podrobněji uvedeno v prezentaci výsledků, otázky 14, 15 a 16.)

Z dalšího provedeného výzkumu s názvem „Význam akreditace nemocnic pro ošetrovatelství“ (Somrová a Bártlová, 2012) mě zaujalo grafické znázornění názorů vedoucích pracovníků na zvýšení kvality ošetrovatelské dokumentace v souvislosti s akreditací

zdravotnického zařízení. Výsledkem bylo, že 96% respondentů potvrdilo zkvalitnění ošetrovatelské dokumentace v souvislosti s akreditací zdravotnického zařízení a pouze 4% respondentů uvedlo, že akreditační proces měl na ošetrovatelskou dokumentaci malý dopad.

#### **5. Má vzdělání a délka praxe vliv na odbornost vedení ošetrovatelské dokumentace?**

V této poslední otázce mě zajímalo, zda sestra s vyšším vzděláním a delší praxí vede ošetrovatelskou dokumentaci lépe, než sestra s menším množstvím praxe a nižším vzděláním.

Otázku jsem vyhodnocovala následovně. Ke každé otázce, kterou bylo možné vyhodnotit nějakým bodovým způsobem, jsem si určila daný počet bodů. Za každou správně zvolenou možnost jsem udělila jeden bod. S každou nesprávně zvolenou odpovědí jsem body odečítala. Celkem z bodově ohodnocených otázek (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12 a 13) bylo možné získat 20 bodů. Na tomto základě jsem vyhodnocovala, zda má vzdělání a délka praxe vliv na odbornost vedení ošetrovatelské dokumentace.

V akreditovaném pracovišti 6 respondentek s praxí 0 – 5 let dosáhlo v průměru 15 bodů. Naopak 8 respondentek s praxí 21 a více let dosáhlo v průměru 13 bodů.

Nejvyšší počet bodů (19) získala pouze jedna respondentka s praxí 0 - 5 let a nejnižší počet bodů (5) získala také jedna respondentka s to s praxí 21 a více let.

V neakreditovaném pracovišti bylo s praxí 0 – 5 let 8 respondentek. V průměru dosáhli 14, 5 bodů. S praxí 21 a více let bylo 6 respondentek a průměrný počet bodů také 14, 5.

Nejvyšší počet bodů (17) dosáhly 3 respondentky s praxí 0 – 5 let a jedna respondentka s praxí 11 – 15 let. Nejnižší počet bodů (7) dosáhla jedna respondentka s praxí 6 – 10 let.

Pokud bych měla vyvodit závěr z toho, zda má délka praxe vliv na odbornost vedení ošetrovatelské dokumentace, výsledky jsou následující. V akreditovaném pracovišti délka praxe nemá vliv na vedení ošetrovatelské dokumentace, protože respondentky s kratší praxí dosáhly znatelně více bodů, než respondentky s praxí delší. V neakreditovaném pracovišti jsou výsledky téměř stejné, tedy z výzkumu nemohu říci, že respondentky s delší praxí mají lepší vedení ošetrovatelské dokumentace. Více je možné vidět v příloze 2 na obrázcích č. 19 a 20.

Jaké jsou výsledky vzdělání x odbornost vedení ošetrovatelské dokumentace?

V akreditovaném pracovišti jsou dle výzkumu respondentky pouze se vzděláním středním s maturitou a specializovaná vzdělání. Největší počet bodů (19) dosáhla respondentka se vzděláním středním s maturitou a nejméně bodů (5) získala také respondentka s maturitou.

V průměru obě vzdělání dosáhla 14 bodů, tedy vzdělání na akreditovaném pracovišti nehraje roli pro odbornost vedení ošetrovatelské dokumentace.

V neakreditovaném pracovišti jsou respondentky se vzděláním úplným středním s maturitou, specializovaným vzděláním a vzděláním VOŠ a VŠ. V průměru měly nejméně bodů (12) respondentky s maturitou a nejvíce (16, 4) respondentky s VŠ vzděláním. Ve výsledku je to nepatrný rozdíl, ale mohou říci, že v neakreditovaném pracovišti má vzdělání vliv na odbornost vedení ošetrovatelské dokumentace. Více v příloze 2 na obrázcích č. 21 a 22.

## 8 Závěr

Ošetrovatelská dokumentace je součástí práce sester. Je důležité správné vedení ošetrovatelské dokumentace, které poukazuje jednak na správnost péče o pacienta, ale také může pomoci při možném právním hájení sestry o správnosti postupů péče.

V teoretické části jsem se zabývala zdravotnickou dokumentací včetně dokumentace ošetrovatelské a správností vedení ošetrovatelské dokumentace. V menší části práce jsem se zabývala ošetrovatelstvím, akreditací a standardy, které souvisejí s cílem práce a to porovnání pracoviště akreditované a neakreditované.

K bakalářské práci bylo stanoveno sedm cílů, na jejichž základě jsem stanovila pět výzkumných otázek. Na všechny výzkumné otázky bylo zodpovězeno a výsledky jsou shrnuty v diskuzi této práce.

Ve výzkumné části jsem primárně zjišťovala vedení a chybovost ve vedení ošetrovatelské dokumentace. Většina respondentek v akreditovaném i neakreditovaném pracovišti ví, jak správně ošetrovatelskou dokumentací vést. Co se týká komplexnosti záznamů, tak vybrané respondentky v akreditovaném pracovišti vedou více komplexní záznamy než respondentky z pracoviště neakreditovaného. Dále více jak polovina respondentek z obou pracovišť ví, co ošetrovatelská dokumentace je. Méně očekávaným výsledkem bylo, že respondentky v neakreditovaném pracovišti mají větší přehled o tom, z jakých částí by se měla ošetrovatelská dokumentace skládat (dle vyhlášky 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci), než respondentky v pracovišti akreditovaném.

Také byly zjištěny názory sester na ošetrovatelskou dokumentaci. Respondentky měly prostor pro vyjádření vlastního názoru a postupu, který by eventuelně vedl k lepší práci s ošetrovatelskou dokumentací, případně jak by dokumentaci zlepšily a tím odstranily nedostatky. Respondentky ochotně dotazníky vyplnily. Z výzkumu tedy vyšly zajímavé názory na ošetrovatelskou dokumentaci, jejichž cílem by mohlo být zlepšení a upravení ošetrovatelské dokumentace.

Překvapivé pro mě bylo pozitivní zjištění, že více než polovina všech oslovených respondentek si myslí, že je ošetrovatelská dokumentace důležitá. Pouze 5 % respondentek jak z pracoviště akreditovaného, tak i neakreditovaného, ošetrovatelskou dokumentaci označují jako zbytečnou věc.

A spokojenost sester s ošetrovatelskou dokumentací? Většina mých respondentek je s ošetrovatelskou dokumentací nespokojena. Spokojených respondentek je méně než polovina z celkového počtu respondentek. V akreditovaném pracovišti je však s ošetrovatelskou dokumentací spokojených respondentek více než v pracovišti neakreditovaném. K tomuto výsledku bych nejspíše přiřadila akreditaci zdravotnického zařízení, která byla jako pozitivní vliv na ošetrovatelskou dokumentaci prokázána v provedeném výzkumu (Somrová a Bártlová, 2012), který jsem již zmiňovala v diskuzi práce.

Tato bakalářská práce by mohla pomoci při úpravách ošetrovatelské dokumentace s cílem lepšího vedení ošetrovatelské dokumentace, včetně pozitivnějšího přístupu sester k ošetrovatelské dokumentaci, protože ošetrovatelská dokumentace je a bude nedílnou, každodenní a velice důležitou součástí práce sestry.

## POUŽITÉ ZDROJE

1. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Vedení ošetrovatelské dokumentace*. [online]. Praha: Česká asociace sester, 2008. [cit. 2013-07-30]. Dostupný z WWW: <http://www.cnna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>
2. ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb., ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 20*. [cit. 2014-03-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>>
3. ČESKO. Vyhláška č. 98/2012 Sb., ze dne 22. března 2012 o zdravotnické dokumentaci [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky. 2012, částka 39* [cit. 2013-10-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>>
4. ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 131* [cit. 2014-01-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast6>>
5. HOLUBOVÁ, A., PÁLKOVÁ, A. Jak sestry vnímají ošetrovatelskou dokumentaci? *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 1, s. 29-31. ISSN 1210-0404.
6. KELNAROVÁ, J. et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 1. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 240+4 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
7. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
8. MARX, D., DI CARA, V. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1001-3.
9. MARX, D., STANĚK, I. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 312 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
10. PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-2557-3.
11. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
12. RAK, M. *Ošetrovatelská dokumentace v ČR* [online]. České Budějovice, 2009 [cit. 2014-01-10]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Helena Michálková. Dostupný z WWW:



9%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Do%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A1%20dokumentace%26start%3D1

25. 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.
26. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.



# SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Grafické a tabulkové zpracování výzkumných otázek

## Příloha 1 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Zídková a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, oboru všeobecná sestra. Tento dotazník bude sloužit jako podklad bakalářské práce s názvem „**Chyby a omyly ve vedení ošetrovatelské dokumentace**“.

Tímto Vás prosím o vyplnění dotazníku. Ujišťuji Vás, že dotazník je zcela anonymní. U otázek, kde není uvedeno „více variant“, je pouze jedna možná odpověď. Zvolenou možnost prosím zakroužkujte.

Předem děkuji za odpovědi a za Váš čas.

1) Co je ošetrovatelská dokumentace?

- a) Je soubor pravidel, podle kterých se správně vede ošetrovatelská dokumentace.
- b) Je soubor formulářů, které slouží k záznamu údajů o pacientovi, zpětně k zhodnocení vývoje zdravotního stavu pacienta a kvalitě poskytnuté ošetrovatelské péče.
- c) Je soubor pravidel, podle kterých by měl být pacient správně ošetrován.
- d) Je soubor formulářů, do kterých se zaznamenává celkový zdravotní stav při příjmu pacienta, medikace a vyšetřovací metody v průběhu hospitalizace a závěrečná propouštěcí zpráva.

2) Jaké základní části (formuláře) obsahuje ošetrovatelská dokumentace podle vyhlášky 98/2012? (zaškrtněte + více variant)

- a) hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče a průběžné změny v ošetrovatelském plánu
- b) výsledky vyšetření
- c) ošetrovatelský plán
- d) ošetrovatelská propouštěcí nebo překladová zpráva
- e) epikríza
- f) ošetrovatelská anamnéza pacienta
- g) záznam o provedení činností a výkonů
- h) anesteziologický záznam

3) Ošetrovatelská dokumentace musí být:

- a) někdy opatřená datem a časem
- b) pod záznamem k identifikaci stačí podpis
- c) vyplňovaná podle domněnky sestry
- d) vždy dostupná, pravdivá, čitelná, srozumitelná a psaná v českém jazyce
- e) psaná na základě zkratk

4) Co se Vám vybaví pod pojmem ošetrovatelská dokumentace? (zaškrtněte + více variant)

- a) nedílná součást práce sester
- b) formulář
- c) informace o pacientovi
- d) zbytečná věc
- e) papírování a nedostatek času na péči o pacienta
- f) nečitelnost záznamu
- g) bezpečnost sester
- h) bezpečnost pacienta
- i) systém práce

5) Zápis do ošetrovatelské dokumentace se provádí:

- a) těsně před výkonem
- b) ihned po výkonu
- c) během směny
- d) zápis není nutný

6) Každý zápis do ošetrovatelské dokumentace musí být opatřen: (prosím vypište)

- a).....
- b).....
- c).....

7) Běžný zápis by měl být prováděn barvou: (prosím vypište) .....

8) Důležité záznamy se píšou barvou: (prosím vypište) .....

9) Opravy v ošetrovatelské dokumentaci mohou být provedeny:

- a) přelepením
- b) přeškrtnutím (záznam není čitelný) a nemusí být autorizována
- c) přeškrtnutím (záznam není čitelný) a musí být autorizována
- d) přeškrtnutím (záznam je čitelný) a nemusí být vždy autorizována
- e) přeškrtnutím (záznam je čitelný) a musí být vždy autorizována
- f) vymazáním textu
- g) začervenaním

10) Proč je podle Vás vedení ošetrovatelské dokumentace důležité? (zaškrtněte + více variant)

- a) zajišťuje standard ošetrovatelské péče
- b) lepší předávání informací o stavu pacienta
- c) zhodnocení stavu pacienta v průběhu péče
- d) bezpečnost sestry
- e) bezpečnost pacienta
- f) plánování dopředu
- g) jiné (prosím doplňte).....

11) Co je dle Vašeho názoru nejčastější problém u vyplňování ošetrovatelské dokumentace?  
(zaškrtněte + více variant)

- a) neúplné informace
- b) rutina při psaní
- c) nečitelnost
- d) zdržování od práce
- e) nepřehledné přepisování
- f) nekvalitní formulace

12) Příklad: pacient s bolestí má v medikačním listu naordinovaná analgetika podle potřeby při bolesti. Kolik záznamů byste za směnu provedla, pokud bude pacient vyžadovat analgetika 3x denně?

- a) maximálně 3x
- b) 4x
- c) 5x
- d) minimálně 6x

13) Který z uvedených záznamů není správný? (zaškrtněte + více variant)

- a) „Nechci nic jíst, od rána je mi zle“
- b) Zdál se mi nepříjemný.
- c) V horním středním kvadrantu pravé hýždě je zarudlá kůže o ploše 11 x 10 cm, s prasklým puchýřem uprostřed o ploše 3 x 6 cm.
- d) Měla jsem pocit, že omdlí.
- e) Pacient pro bolesti pravé kyčle dostal analgetika dle ordinace lékaře.
- f) Pacient čapík odmítl.
- g) Pacient injekci béčka odmítl.

14) Jste spokojený/á se současnou ošetrovatelskou dokumentací?

- a) ano
- b) ne

Pokud Vaše odpověď byla ne, proč? (vypište)

.....

.....

.....

15) Jak byste zlepšil/a ošetrovatelskou dokumentaci?

- a) podrobnější formuláře
- b) zestručnit formuláře
- c) nevím
- d) jiné (prosím vypište)

.....  
.....  
.....

16) Kdybyste byla v pozici vrchní nebo staniční sestry, jak byste docílila zkvalitnění práce sestry s ošetrovatelskou dokumentací? (prosím vypište)

.....  
.....  
.....

17) Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- a) úplné střední s maturitou
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské
- d) specializované (jaké).....
- e) jiné (prosím vypište).....

18) Délka Vaší praxe:

- a) 0 - 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 21 a více let

19) Máte na svém oddělení vypracovaný standard o vedení ošetrovatelské dokumentace?

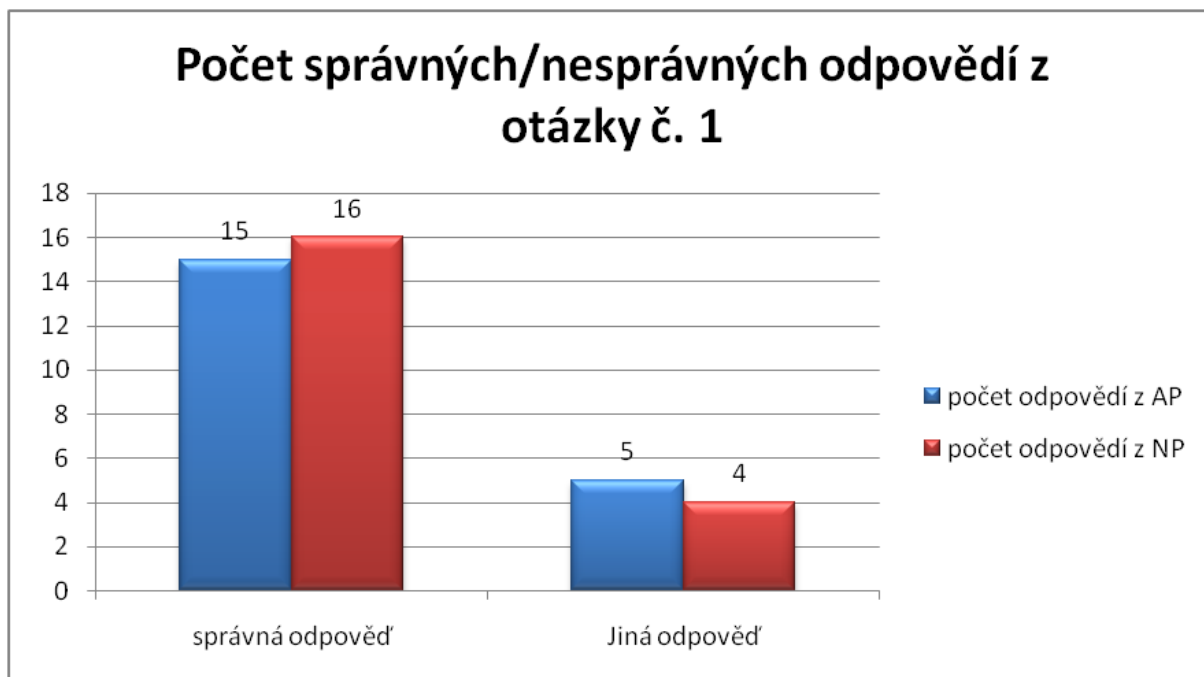
- a) ano
- b) ne

20) Na jakém pracovišti pracujete?

- a) akreditované
- b) neakreditované

**DĚKUJI ZA VAŠI SPOLUPRÁCI A ZA ČAS, KTERÝ JSTE MI VĚNOVALI!**

## Příloha 2 Grafické a tabulkové zpracování výzkumných otázek

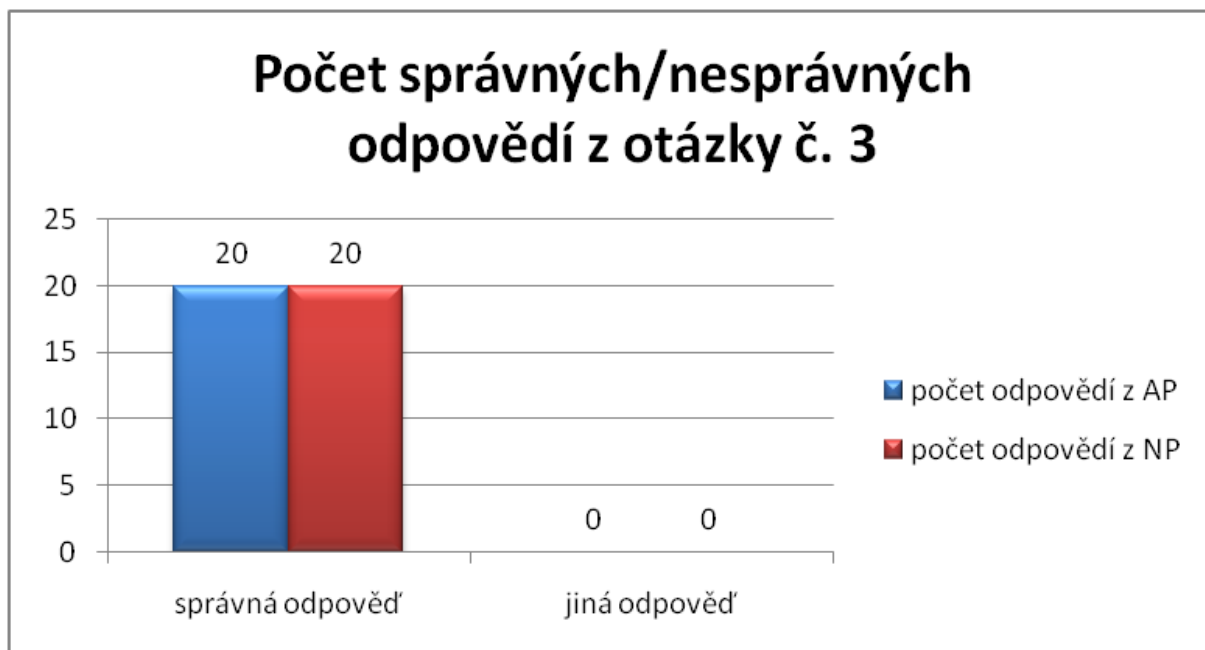


Obr. 17 Graf počtu odpovědí z akreditovaného a neakreditovaného pracoviště

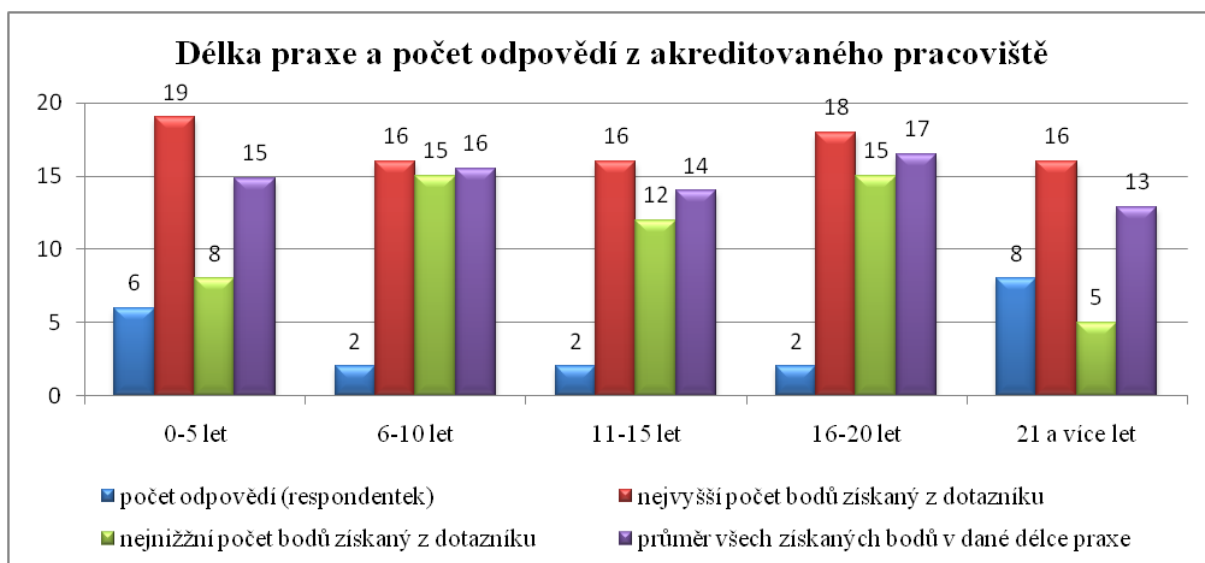
Tab. 5 Znárodnění četností správných odpovědí v otázce č. 2

Počet správně zvolených možností	0 správných možností	1 správná možnost	2 správné možnosti	3 správné možnosti	4 správné možnosti	5 správných možností
Četnost odpovědi v AP	0	4	1	3	9	3
Četnost odpovědi v NP	1	3	2	0	5	9

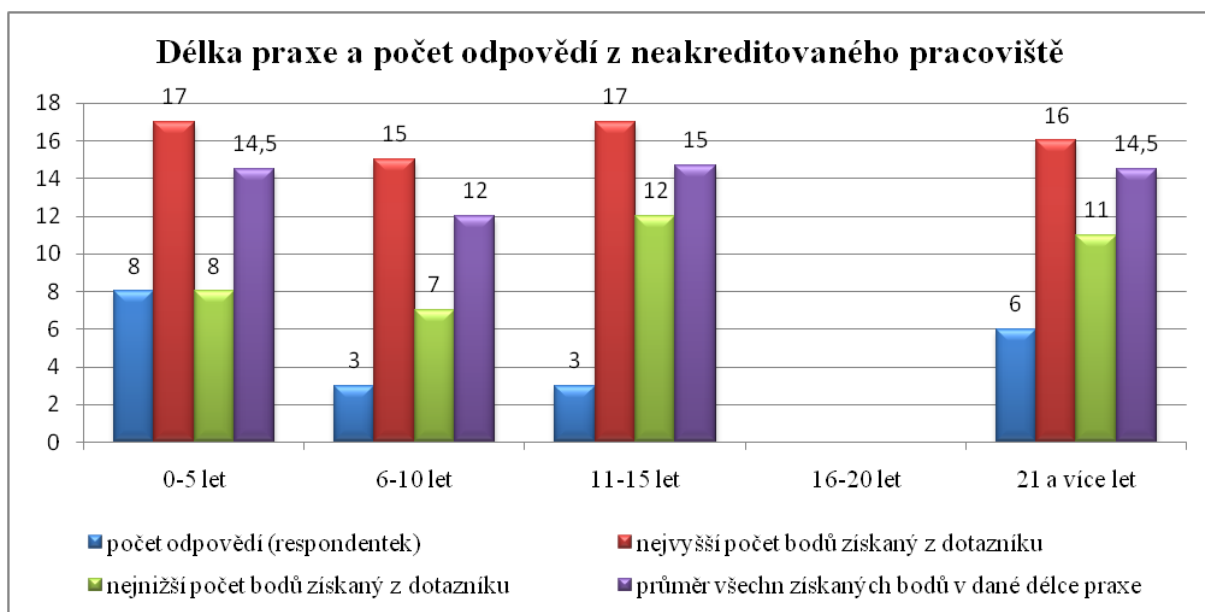




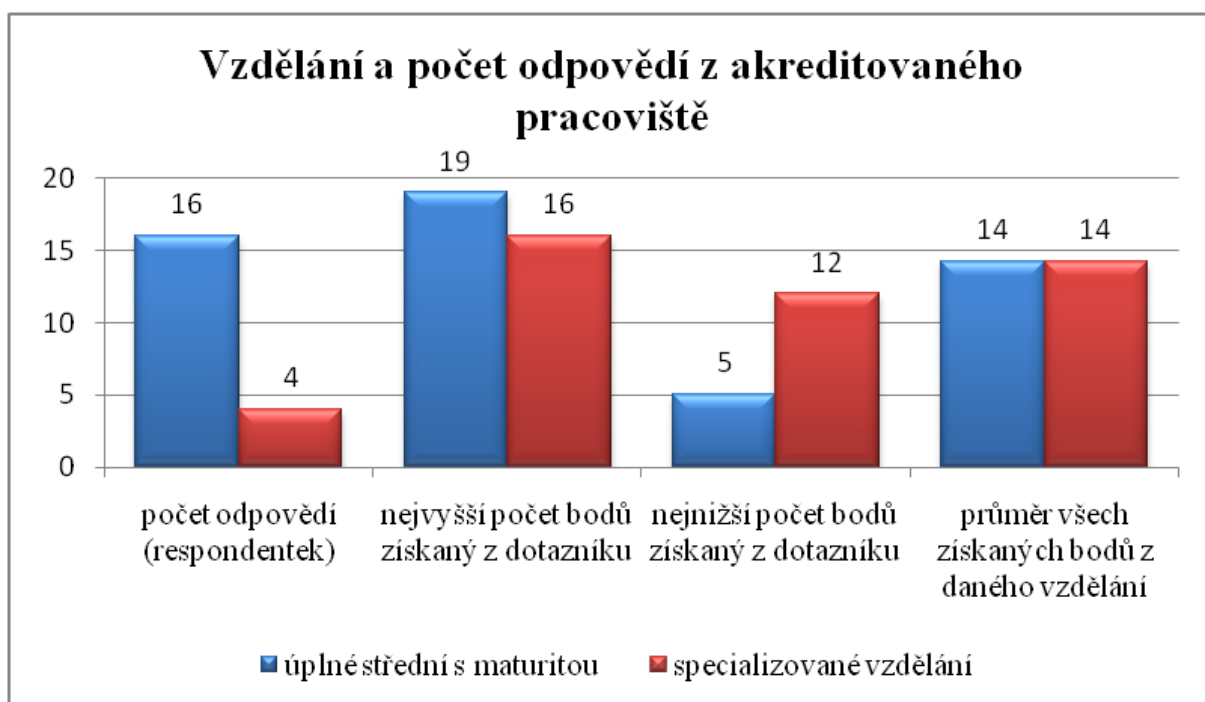
Obr. 18 Graf počtu odpovědí z akreditovaného a neakreditovaného pracoviště



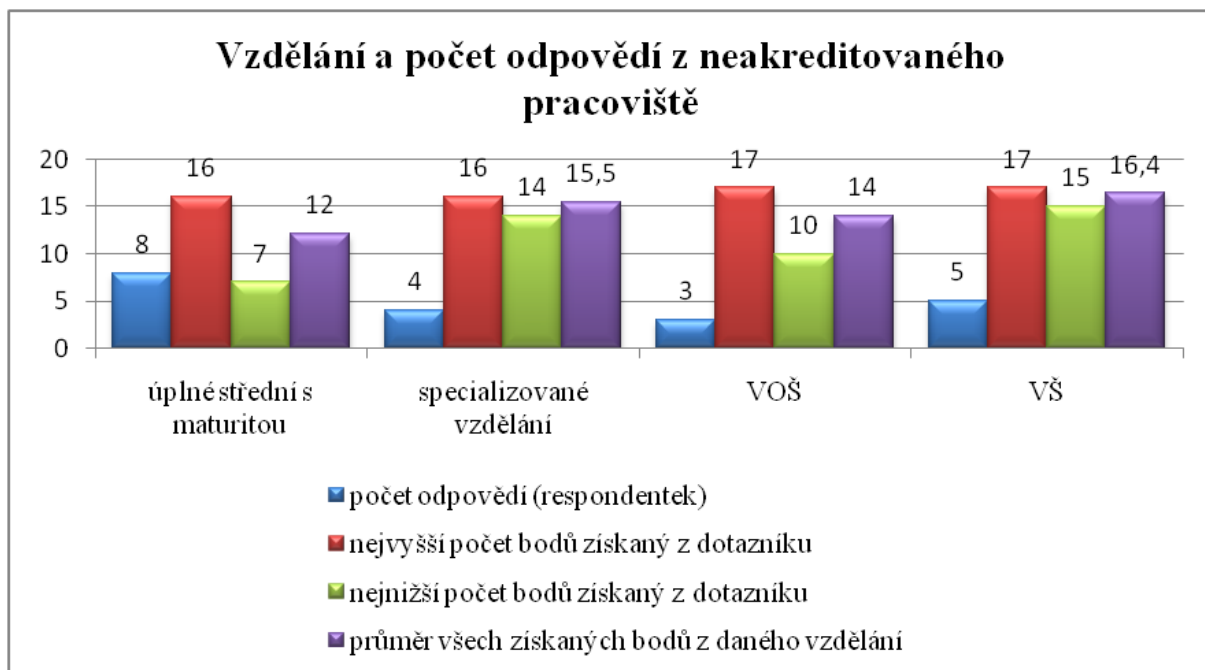
Obr. 19 Graf znázorňující počet dosažených bodů v závislosti na délce praxe v akreditovaném pracovišti



Obr. 10 Graf znázorňující počet dosažených odpovědí v závislosti na délce praxe v neakreditovaném pracovišti



Obr. 21 Graf dosažených bodů v závislosti na vzdělání v akreditovaném pracovišti



Obr. 22 Graf dosažených bodů v závislosti na vzdělání v neakreditovaném pracovišti