

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Marie Steinbergerová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Marie Steinbergerová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE NA
JEDNOTKÁCH INTENZIVNÍ PÉČE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Josef Baxa

PLZEŇ 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 12. 2012.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. et Bc. Josefu Baxovi za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji své rodině a příteli za trpělivost.

Anotace

Příjmení a jméno: Marie Steinbergerová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vývoj ošetrovatelské dokumentace na jednotkách intenzivní péče

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Josef Baxa

Počet stran – číslované: 45

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 38

Počet příloh: 21

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: Ošetrovatelská dokumentace, historie jednotek intenzivní péče, ošetrovatelský proces, vývoj dokumentace.

Souhrn:

Toto je stručný popis práce, bez cíle a popisu metod, s uvedením výsledku.

Tématem této bakalářské práce je sledování vývoje ošetrovatelské dokumentace na jednotkách intenzivní péče. Cílem tohoto šetření je zjistit průběh a přínosy vývoje ošetrovatelské dokumentace.

Annotation

Surname and name: Marie Steinbergerová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Development of nursing documentation in intensive care

Consultant: Mgr. et Bc. Josef Baxa

Number of pages – numbered: 45

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 38

Number of appendices: 21

Number of literature items used: 30

Keywords: nursing documentation, ICU history, nursing process, documentation development

Summary:

This is a brief thesis description, without any description and used methods, but with result.

The topic of this bachelor's thesis is monitoring of nursing documentation development in intensive care units. The aim of this investigation is to find process and benefits of nursing documentation development.

OBSAH

ÚVOD.....	13
1 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE.....	15
1.1 Účel ošetřovatelské dokumentace.....	15
1.2 Struktura ošetřovatelské dokumentace	16
1.3 Zásady vedení ošetřovatelské dokumentace	17
1.4 Právní předpisy pro vedení ošetřovatelské dokumentace	18
1.4.1 Vlastnictví zdravotnické dokumentace	19
1.4.2 Nahlížení do zdravotnické dokumentace	19
1.4.3 Uchovávání a skartace zdravotnické dokumentace	19
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	21
2.1 Historie ošetřovatelství	21
2.2 Fáze ošetřovatelského procesu.....	22
3 JEDNOTKA INTENZIVNÍ PÉČE.....	25
3.1 Oddělení intenzivní péče	25
3.1.1 Personální vybavení na JIP	25
3.1.2 Prostorové a přístrojové vybavení na JIP	26
3.1.3 Hygienicko – epidemiologický režim na jednotce intenzivní péče	26
3.2 Potřeby klienta v intenzivní péči	27
4 ROZVOJ INTENZIVNÍ MEDICÍNY V ČESKÉ REPUBLICE.....	29
5 HISTORIE VÝVOJE FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ	31
6 VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE NA ANESTEZIOLOGICKO- RESUSCITAČNÍM ODDĚLENÍ.....	34
6.1 Historie vzniku anesteziologicko-resuscitačního oddělení.....	34
6.2 Dřívější ošetřovatelská dokumentace	34
6.3 Současná ošetřovatelská dokumentace	35
6.4 Porovnání dřívější a současné ošetřovatelské dokumentace.....	36

7 VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE NA CHIRURGICKÉ JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE.....	38
7.1 Historie vzniku chirurgické jednotky intenzivní péče	38
7.2 Dřívější ošetrovatelská dokumentace	38
7.3 Současná ošetrovatelská dokumentace	39
7.4 Porovnání dřívější a současné ošetrovatelské dokumentace.....	40
8 VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE NA METABOLICKÉ JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE.....	42
8.1 Historie vzniku metabolické jednotky intenzivní péče	42
8.2 Dřívější ošetrovatelská dokumentace	42
8.3 Současná ošetrovatelská dokumentace	42
8.4 Porovnání dřívější a současné ošetrovatelské dokumentace.....	43
9 VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE NA NEUROCHIRURGICKÉ JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE.....	45
9.1 Historie vzniku neurochirurgické jednotky intenzivní péče	45
9.2 Dřívější ošetrovatelská dokumentace	45
9.3 Současná ošetrovatelská dokumentace	46
9.4 Porovnání dřívější a současné ošetrovatelské dokumentace.....	48
10 PŘÍNOS DO BUDOUCNA.....	49
10.1 Elektronická dokumentace.....	49
10.2 Význam elektronické ošetrovatelské dokumentace	49
10.3 Nevýhody elektronické ošetrovatelské dokumentace.....	51
10.4 Obsah elektronické ošetrovatelské dokumentace	51
10.4 Elektronický podpis	52
DISKUZE	54
ZÁVĚR	57
LITERATURA A PRAMENY	58
SEZNAM ZKRATEK	61

SEZNAM PŘÍLOH.....	62
--------------------	----

ÚVOD

Vedení ošetrovateľskej dokumentácie je neoddeliteľnou súčasťou ošetrovateľského procesu. Kvalitne vedená dokumentácia v intenzívnej starostlivosti odráža náročnosť ošetrovateľskej starostlivosti na týchto oddeleniach. Sestry v súčasnej dobe začínajú opúšťať rolu pomocníka lekára a stávajú sa viac partnermi a spolupracovníkmi. Okrem plnenia ordinácií lekára sa zameriávajú na samostatné vedenie ošetrovateľského procesu, diagnostikujú ošetrovateľské problémy, vytvárajú a realizujú plány starostlivosti. K úspešnému zvládnutiu týchto úloh je potrebné vytvoriť jednoduchú, ale pritom kvalitnú a prehľadnú ošetrovateľskú dokumentáciu.

Téma bakalárskej práce som sa rozhodla skúmať pomocou metodiky historicko-srovnávacej, ktorá mi umožní sledovať vývoj ošetrovateľských dokumentácií na jednotkách intenzívnej starostlivosti.

Cieľom tejto práce je porovnanie obsahu ošetrovateľských dokumentácií z vybraných jednotiek intenzívnej starostlivosti vo Fakultnej nemocnici Lochotín, sledovanie položiek, či úsekov, ktoré sa postupom času rozvíjaly alebo naopak, ktoré sa neujaly, a následne zanikli. V dôsledku zákona o ochrane osobných údajov je nutné zvyšovať pozornosť k ošetrovateľskej dokumentácii, kde sú napísané osobné informácie klienta a všetky lekárske a sestrske činnosti, ktoré zároveň chránia i pracovníci. K tejto problematike som si stanovila tieto cieľové úlohy:

Cieľ 1- Zistiť vývoj ošetrovateľskej dokumentácie na jednotkách intenzívnej starostlivosti.

Cieľ 2- Zistiť prínos ošetrovateľskej dokumentácie pre sestry na jednotke intenzívnej starostlivosti.

V prvých kapitolách tejto práce, venujem ošetrovateľskej dokumentácii v súčasnosti, jej obsahu a právnymi predpismi pre vedenie ošetrovateľskej dokumentácie, histórii ošetrovateľstva a počiatky intenzívnej starostlivosti. Nasleduje porovnanie ošetrovateľských dokumentácií z vybraných jednotiek intenzívnej starostlivosti, a to aké boli v minulosti a akou formou majú dnes. Ke konci práce sa zameriavam na elektronickú dokumentáciu, na jej možný prechod. Ďalej uvádzam pozitívne stránky elektronickej dokumentácie, ale i s ňou spojené nevýhody. K hlavným metódam skúmania patrilo štúdium literatúry a zákonov Českej republiky týkajúcich sa ošetrovateľskej dokumentácie. Podľa vyhlášky č. 64/2007 Sb., ktorá ukláda nutný písomný súhlas pacienta k nahliadnutiu do zdravotníckej dokumentácie, mi nebol umožnený nahliadnutie do archívu

dokumentací. Proto jsem ke svému výzkumu požádala pamětníky, kteří mi poskytli informace z historie vzniku jednotek intenzivní péče ve FN Plzeň a také popis dřívější dokumentace.

Toto téma jsem si vybrala, jelikož ošetrovatelské dokumentace jsou ostře sledovány, a proto mě zajímal jejich vývoj, jak se měnily k požadavkům klientů a zda jsou přínosné pro sestry pracujících na jednotkách intenzivní péče.

1 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Nedílnou součástí zdravotnické dokumentace je ošetřovatelská dokumentace, která obsahuje důležité informace o zdravotním stavu klienta, o prováděné péči a dalších odborných výkonech u klienta. Ošetřovatelská dokumentace chrání klienta, ale i všeobecné sestry, které se podílely na péči o daného klienta. Pečlivým zaznamenáváním událostí a změn, se všeobecná sestra chrání pro případné pochybení vykonané práce. (1)

1.1 Účel ošetřovatelské dokumentace

Ošetřovatelská dokumentace slouží jako zdroj informací o potřebách jedince, cílech ošetřovatelské péče, o péči samotné a jejich výsledcích. Dále také jako chronologický přehled o poskytnuté péči, jako zdroj informací o klientovi, které je možné předávat mezi sestrami. Je to nástroj pro hodnocení účinnosti či neúčinnosti různých ošetřovatelských zákroků, zdroj hodnověrných informací pro účely právního vyšetřování. A také jako zdroj spolehlivých údajů, které mohou být použity pro ošetřovatelský výzkum. Ošetřovatelská dokumentace je také důležitá ke kontrole kvality ošetřovatelské péče. (2)

Ošetřovatelská dokumentace se i u nás stala postupně samozřejmou a neoddělitelnou součástí zdravotnické dokumentace. Shromažďují se do ní důležité údaje o klientovi z ošetřovatelského hlediska a doporučení pro vhodnou ošetřovatelskou péči. Ukazuje přehled o kvalitě poskytnuté a poskytované zdravotní péči. Díky písemným záznamům umožňuje dokládat, jak je klient ošetřován. Tyto údaje slouží nejen všem sestram, které se o pacienta starají, ale také lékařům a ostatním členům zdravotnického týmu. (3)

Aby byla ošetřovatelská dokumentace žádoucí, musí vyhovovat potřebám oddělení. Dbát na jednoduchost, dobrou přístupnost a sloužit jako informační zdroj všem, kteří poskytují klientovi nejen ošetřovatelskou, ale celkovou zdravotní péči. (4)

Hlavním účelem ošetřovatelské dokumentace je usnadnění práce sester v ošetřovatelské péči. Aby sestře pomohla najít hlavní problémy u pacienta a snáze tak mohla řešit jejich zmírnění či odstranění. Právě proto je ošetřovatelská dokumentace vedena. (2)

1.2 Struktura ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace by se měla skládat minimálně z pěti částí. Jako první je posouzení stavu individuálních lidských potřeb a diagnostický závěr, strukturovaný dle diagnostických domén. Druhý dokument je individuální plán ošetrovatelské péče. Další by měl následovat list o dokumentování realizace ošetrovatelské péče. Součástí jsou i denní záznamy a hlášení sestry. A jako pátý dokument je překladová a propouštěcí zpráva sestry. Ovšem podle druhu zdravotnického zařízení mohou být k základním komponentům ošetrovatelské dokumentace přiloženy i jiné další formuláře. (5)

Základem ošetrovatelské dokumentace je ošetrovatelská anamnéza. Ta slouží jako podklad k tvorbě ošetrovatelského procesu. Sestra do ní zaznamenává údaje o zdravotním stavu klienta, které získá přímo od klienta, rodiny, či lékařské dokumentace. Vyplňuje ji při příjmu klienta do nemocnice. Musí být vyplněná co nejdříve, tzn. nejpozději do osmi hodin po příjmu. (1) Ošetrovatelská anamnéza musí obsahovat základní údaje o klientovi. Patří sem dřívější problémy klienta, současné problémy a zhodnocení klienta, které zaručí úplnost údajů. Vyplňuje se pomocí informací, které získá od klienta rozhovorem. Sestra vyplňuje předem připravený tiskopis, ve kterém jsou jednotlivé rubriky, které jsou zaměřeny na potřeby klienta. Pokud klient odmítne na některou otázku odpovědět, sestra o tom musí do dokumentace provést zápis. Tento formulář by měl být co nejjednodušší, aby bylo jeho vyplnění časově nenáročné. Měl by být sestaven s ohledem na specifika jednotlivých medicínských oborů a měl by odpovídat požadavkům na anamnestické údaje oboru. (5)

Důležitou součástí je plán ošetrovatelské péče, který se odvíjí od stanovených diagnóz pomocí taxonomie NANDA. Jedná se o formulář, do kterého sestra zapíše stanovenou diagnózu, stanoví si pro ni cíl, neboli očekávaný výsledek a ošetrovatelské intervence, které jsou důležité k dosažení cílů u stanovených diagnóz. Poslední částí tohoto dokumentu je vyhodnocení. Do této kolonky sestra zapíše dosažené výsledky včetně datumu, hodiny a podpisu sestry. Nesmíme zapomenout, že potřeby pacienta se při hospitalizaci mění, proto sestra tyto změny zaznamenává a upravuje tak ošetrovatelský plán.

Dalším významným dokumentem je individuální plán ošetrovatelské péče. Vypracovává ho každá směna u všech pacientů na oddělení. Z této dokumentace se

dozvíme, jak se vyvíjel zdravotní stav u pacienta během dne, jaká byla u pacienta provedena vyšetření, odběry a jaké byly podány léky. (1)

Mezi další součásti ošetrovatelské dokumentace patří záznam o hodnocení bolesti a plán péče o dekubity. Záznam hodnocení bolesti slouží k průběžnému sledování bolesti u klienta. Tento dokument pomáhá sestře určit intenzitu, charakter a časový vývoj nemoci. Tyto informace pak slouží lékaři k ordinaci analgetik a posouzení úspěšné léčby bolesti. Neméně důležitý je plán péče o dekubity. Tento dokument se u klienta vyplňuje v případě, že je u něj zvýšené riziko vzniku dekubitu, nebo s ním byl přijat do nemocnice, či vznikl v průběhu hospitalizace. Toto musí z tohoto dokumentu být patrné. Umožňuje tak systematicky sledovat a realizovat preventivní i léčebnou péči u pacienta. (6)

Sestry dále dle zvyklostí oddělení a nemocnice mohou vést takzvanou provozní dokumentaci. Ta slouží ke komunikaci mezi vedením a sestrami. Patří sem kniha vzkazů, která obsahuje informace spojené s provozem oddělení. Zapisují se sem veškeré mimořádné události, vzniklé na oddělení, jejich odstranění a argumenty, které mohou sloužit k obhajobě sester. Přístup k této knize mají sestry na oddělení, staniční sestra a také do ní může nahlížet vrchní a hlavní sestra. Jako další může být vedena dokumentační kniha o evidenci návykových látek. Tato kniha obsahuje informace o správném objednávání, evidenci a stávajícím stavu látek na oddělení. Do této knihy sestry zapisují komu a kolik bylo návykové látky podáno a musí být čitelný podpis sestry. Kontrolu tohoto dokumentu provádí vedoucí pracovníci. (7)

1.3 Zásady vedení ošetrovatelské dokumentace

Jakýkoliv záznam do ošetrovatelské dokumentace znamená konkrétní zápis všeobecnou sestrou, či jiným kompetentním zdravotnickým personálem v daném zdravotnickém zařízení, který dokumentuje postup, stav klienta, nebo jinou skutečnost. Tento záznam musí být vždy označen datem, časem a podpisem vykonávajícího zdravotníka, který k podpisu čitelně otiskne své razítko. Záznamy by měly jít chronologicky po sobě tak, jak bylo při poskytování péče postupováno. Platí to zvláště, pokud byla poskytována urgentní péče nebo pokud nastalo zhoršení stavu klienta. (8)

Do dokumentace není povoleno zaznamenávat subjektivní pocity sester, nesprávné medicínské terminologie, neschválené zkratky, vulgarismy, či slangové výrazy.

Všeobecná sestra zodpovídá za konkrétní záznam v dokumentaci, za jeho pravdivost, obsah i čitelnost, která záznam provedla. Pokud dojde k chybnému zápisu, musí být provedena oprava tak, aby původní záznam byl nadále čitelný. Z toho vyplývá, že je zakázáno údaje přelepovat nebo používat korekční potřeby. (9)

1.4 Právní předpisy pro vedení ošetrovatelské dokumentace

Právní předpisy podrobně stanovují náležitosti, které musí zdravotnická dokumentace obsahovat vždy, i náležitosti, které musí obsahovat v určitých případech. Každá část zdravotnické dokumentace musí být opatřena identifikačními údaji zdravotnického zařízení (název, sídlo, identifikační číslo, název oddělení a telefonní číslo), pacienta i zdravotnického pracovníka. Pokud je součástí zdravotnické dokumentace komukoliv poskytována, musí být opatřena razítkem zdravotnického zařízení. K identifikaci pacienta je nutno uvádět jméno, příjmení, rodné číslo nebo datum narození (pokud mu nebylo rodné číslo přiděleno), místo trvalého pobytu, u cizích státních příslušníků adresu jeho pobytu v České republice. Dále číslo pojištěnce a kód zdravotní pojišťovny. Každý zápis do zdravotnické dokumentace musí být opatřen datem, identifikací a podpisem toho, kdo zápis provedl. (10)

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace a zároveň je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Pro vedení ošetrovatelské dokumentace je zásadní příloha č. 1 k Vyhlášce č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve které jsou uvedeny minimální obsahy samostatných částí zdravotnické dokumentace. Pod bodem 11 je zde uveden Standard „*Vedení ošetrovatelské dokumentace*“. (11) V tomto standardu je definována ošetrovatelská dokumentace jako: „...*systematické zaznamenávání plánované i neplánované ošetrovatelské péče poskytované klientovi/pacientovi všeobecnou sestrou a porodní asistentkou a ostatními členy ošetrovatelského týmu, kteří pod vedením kvalifikované sestry/porodní asistentky pracují.*“ (12) Ošetrovatelská dokumentace by měla obsahovat tyto základní složky: vstupní zhodnocení zdravotního stavu pacienta, jehož součástí je ošetrovatelská anamnéza, fyzikální vyšetření sestrou a hodnotící měřicí techniky; ošetrovatelský plán;

záznam vývoje stavu pacienta a překladovou/propouštěcí zprávu. Dle individuálních potřeb pacienta a zvyklostí oddělení lze použít další doplňující ošetrovatelskou dokumentaci. (12) Aby byla ošetrovatelská dokumentace smysluplná, musí vyhovovat potřebám oddělení, být přehledná a dobře přístupná všem, kteří nemocnému ošetrovatelskou péči poskytují. (13)

1.4.1 Vlastnictví zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace není majetkem zdravotnického zařízení, patří klientovi a její pořízení a péče o ni je hrazena zdravotním pojištěním. Zdravotnické zařízení má zdravotnickou dokumentaci pouze ve správě po dobu, kdy o pacienta pečuje. (14)

1.4.2 Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Na základě zákona č.111/2007 Sb. (kterým se mění zákon č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů) mohou do zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu nahlížet zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci dle své kompetence, a proto k němu není zapotřebí souhlas pacienta. Naproti tomu u osob, připravujících se na výkon zdravotnického povolání je nutné vyžádat si k nahlížení do zdravotnické dokumentace písemný souhlas pacienta. (14) Dle výše zmíněné novely zákona č. 111/2007 Sb. má pacient a osoby blízké právo nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo si vyžádat její kopii. Nahlížení je možné zpravidla po domluvě se zdravotníky a v jejich přítomnosti. Kopii dokumentace musí zdravotnické zařízení vyhotovit do 30 dnů ode dne, kdy o to pacient požádá. Za výpisy a kopie je možno požadovat po pacientovi úhradu. (15)

1.4.3 Uchovávání a skartace zdravotnické dokumentace

Dobu archivace zdravotnické dokumentace a její vyřazení ve skartačním řízení upravuje zákon č.499/2004 Sb. o archivnictví a spisové službě. Této problematice se věnuje i Vyhláška č.64/2007 Sb. o zdravotnické dokumentaci. Zdravotnické zařízení

odpovídá za uchovávání i skartaci zdravotnické dokumentace v takovém rozsahu, aby byl vyloučen neoprávněný či nahodilý přístup k údajům a jejich zneužití. Skartační plán rozděluje zdravotnickou dokumentaci do celkem 15 druhů a několika poddruhů. Pro každý druh je stanoven skartační znak i skartační lhůta doby uchování zdravotnické dokumentace. Skartační lhůta se začíná počítat od prvního ledna následujícího roku po dané události. Skartační lhůta zdravotnické dokumentace ústavní péče běží po dobu čtyřiceti let od poslední hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení nebo po dobu deseti let od úmrtí pacienta. Označuje se skartačním znakem „S“. (14)

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Mgr. Eva Trachtová uvádí, že: „*Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánovité spokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelský proces je jednak myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetřovatelských aktivit a jednak systémem kroků a postupů při ošetřování nemocného.*“ (16)

2.1 Historie ošetřovatelství

Nemoci a utrpení provází lidstvo od počátku věků. V době kamenné byli nemocní odkázáni pouze sami na sebe nebo na umění šamana, který promlouval k bohům a snažil se z člověka pomocí rituálů dostat špatného ducha. Rozvojem lidské společnosti se pohled na nemocného začíná měnit. Už to není člověk posedlý zlými duchy, ale člověk, kterému něco je.

Již v prvních civilizacích se objevují lidé, kteří se snaží utrpení zmírnit. Jsou to předchůdci dnešních lékařů. Tito lidé prováděli zdravotnickou péči, která odpovídala té době. V období antiky, v době kdy se začíná rozvíjet veškeré vědní disciplíny, byly v Řecku využívány první moderní prvky léčení. Nemocným byla předepisována léčba koupelemi, omýváním, jízdou na koni, tělocvikem a zvláštní dietou. Ve starých spisech z této doby nejsou o ošetřovatelství žádné zmínky, ale i první lékaři potřebovali pomocníky, které si vybírali z řad otroků. Sami lékaři si tyto otroky zacvičovali a dali tak základ pro vznik ošetřovatelství.

Po období antické kultury se na scénu dostává středověk, který je často nazýván jako období temna, které zpomalilo rozvoj ve všech vědních disciplínách. Ošetřovatelství se v této době rozvíjí jako charitativní ošetřovatelství. Rozvíjí se spolu s křesťanstvím a je zaměřeno na péči o nemocné, chudé, opuštěné děti a na jedince závislé na pomoci jiných. V českých zemích se první zmínky o organizovaném ošetřovatelství začínají objevovat v desátém století. V Praze vznikaly hospice a špitály, byly zakládány křesťanské řády, které poskytovaly péči. Za zakladatelku českého

ošetřovatelství je považována Anežka Přemyslovna. Založila několik klášterů a vypracovala pravidla pro řádové sestry jak se starat o ležící nemocné.

Po tomto období temna, kdy byla věda utiskována, se dostáváme do období průmyslové revoluce moderní společnosti. Ošetřovatelství v tomto období zažívá znovu zrození v podobě Florence Nightingelové, která je považována za zakladatelku moderního ošetřovatelství. Tato sestra získala zkušenosti v nemocnicích v Anglii a Německu. Nejvíce byla ovlivněna působením v Krymské válce, kde pracovala ve vojenských lazaretech. Pracovala zde se skupinou katolických jeptišek a s dobrovolnicemi, které získala v Anglii. Ve vojenském lazaretu kladla veliký důraz na hygienu, zde dala zřídit prádelnu. Často chodila mezi raněnými s lampou, která se později stala symbolem sester. Florenc Nightingelová po zkušenostech z války a potřebě školit ošetřovatelský personál založila v Londýně roku 1860 první ošetřovatelskou školu na světě. Vydala také knihu Poznámky o ošetřovatelství, která byla přeložena do sedmi jazyků.

Druhou významnou osobností, která se zasloužila o rozvoj ošetřovatelství, byl chirurg a pedagog Nikolaj Ivanovič Pirogov. Tento doktor se stejně jako Florenc Nightingelová o vojáky staral obětavě a pečlivě. Zasloužil se o organizovanou přípravu sester. Naučil je jak se starat o raněné vojáky.

Dalším významným milníkem je období dvou světových válek, které jako hlavní motor posunulo moderní vědu o velký kus dopředu. V tomto období působily sestry jako ošetřovatelky v lazaretech pro vojáky a poskytovaly jim ošetřovatelskou péči. Po obou světových válkách se dostáváme do období, které trvá až do teď. Toto období je pro ošetřovatelství velice důležité. Ošetřovatelství se dostává ze stínu medicíny a stává se seriózní vědeckou disciplínou. Velkou zásluhu na této změně mají sestry, ve Spojených státech, které jako první začaly ošetřovatelství dostávat do pozice spolupráce s lékaři a ne jenom poslouchání jejich příkazů. V dnešní době je ošetřovatelství moderní a dynamicky se rozvíjející vědní disciplína, které přijímá nové technologie jak ze svého výzkumu, tak i poznatky z ostatních vědních disciplín. (17)

2.2 Fáze ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces má pět fází, nebo-li kroků: posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení.

Posouzení klienta je prvním krokem ošetrovatelského procesu, kdy úkolem sestry je pomocí vstupního rozhovoru a fyzikálního vyšetření zjistit stav individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity. Získávání anamnestických údajů začíná nejprve studiem zdravotnické dokumentace. Sestry tak získají informace, na které mohou při rozhovoru navázat a pro klienta samotného jistě působí seriózněji, kdy se sestra opakovaně neptá na záležitosti, o kterých již mluvil, a které jsou zaznamenány v jeho zdravotní dokumentaci. Tento postup může pomoci získat klientovu důvěru a ochotu spolupracovat. Následný anamnestický rozhovor slouží k získávání informací o individuálních potřebách v předchozím období. Je důležité zaměřit se na diagnosticky významné informace, které přispívají k potvrzení přítomnosti ošetrovatelské diagnózy. V návaznosti na získávání anamnestických údajů probíhá fyzikální vyšetření. Posouzení se vždy zaměřuje na biologické, psychosociální, kulturní a duchovní potřeby klienta. Pokud některá z potřeb klienta není ve funkční podobě odpovídající jeho věku, vývoji a kultuře, hovoří se o ošetrovatelském problému, jelikož lidská potřeba je dysfunkční.

Úkolem druhého kroku (diagnostiky) je identifikovat ošetrovatelské problémy klientů. Po získání všech potřebných informací od klienta, jeho rodiny či zákonných zástupců, sestra komplexně posoudí stav klienta a provede diferenciální ošetrovatelskou diagnostiku. Posouzení a stanovení diagnostického závěru by mělo proběhnout maximálně do 48 hodin od přijetí klienta do zdravotnického zařízení. Dle potřeby pak tuto fázi provádí sestra opakovaně.

Po stanovení ošetrovatelských diagnóz je nutné naplánovat jejich řešení (třetí krok). Sestra vytvoří pro klienta individuální plán ošetrovatelské péče, který má za úkol uspokojovat potřeby v oblasti biologické, psychologické, sociální a duševní. Plány lze rozlišovat na dlouhodobé, které zahrnují celé období péče o klienta včetně období rekonvalescence. Krátkodobé plány, označovány jako denní plány, dále pak standardní, vstupní a průběžné plány. Plán ošetrovatelské péče musí obsahovat položky, které jsou: rozpoznání ošetrovatelské diagnózy s číselným kódem, očekávané výsledky neboli ošetrovatelský cíl se stanovenými kritérii pro hodnocení, ošetrovatelské intervence, plán realizace péče a data pro hodnocení výsledků poskytované ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský plán by měl být konstruován tak, aby bylo možné jeho obsah měnit a doplňovat podle výsledků hodnocení.

Realizace ošetrovatelského plánu představuje čtvrtý krok ošetrovatelského procesu. Jde o poskytování cílené individuální ošetrovatelské péče, za kterou je sestra přímo odpovědná. Péče by měla vést k prevenci vzniku ošetrovatelských problémů,

jejich odstranění, nebo alespoň ke snížení jejich intenzity. Při poskytování ošetrovatelské péče sestry plní ordinace lékaře a spolupracují s lékaři a dalšími odborníky zdravotnického týmu. Při realizaci naplánované ošetrovatelské péče je třeba naplňování následujících kroků. Pokračovat ve sběru informací o klientovi, provádět ošetrovatelské intervence a činnosti, monitorovat zdravotní stav klienta a jeho reakce na ošetrovatelské intervence.

Vyhodnocení jako pátý krok ošetrovatelského procesu znamená sledování a vyhodnocení efektu péče, která byla naplánovaná a realizována v návaznosti na posouzení a diferenciatní diagnostiku stavu potřeb klienta. Při vyhodnocování sestry zjišťují, zda byly cíle plánu realistické, zda byly splněny a jestli plánované intervence byly vhodné. Tím sestry dojdou k závěru, zda je potřeba některé plánované činnosti či cíle pozměnit a následně tuto změnu v ošetrovatelském plánu uskuteční. (18)

3 JEDNOTKA INTENZIVNÍ PÉČE

Pracoviště intenzivní péče jsou určena klientům s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho nebo více orgánů. Poskytují možnost diagnózy, prevence a léčby polyorgánového selhání nepřetržitě 24 hodin denně. Anesteziologicko-resuscitační oddělení jsou určena především pro klienty, kterým hrozí selhání základních životních funkcí, nebo pokud již k tomuto selhání došlo. Klientům je poskytována resuscitační péče a léčba v závislosti na jejich diagnóze. (19)

3.1 Oddělení intenzivní péče

Jednotka intenzivní péče (dále jen JIP) je specializované oddělení nemocnic, které poskytuje intenzivní péči klientům s hrozícím nebo probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. Ošetrovatelská péče na tomto oddělení je závislá na zdravotním stavu pacienta, je náročná na pozornost sestry, její teoretické znalosti a praktické dovednosti. Rozlišujeme oddělení intenzivní péče I. stupně – většinou v menších nemocnicích, II. stupně – ve větších regionálních nemocnicích, a III. stupně – ve velkých oblastních nebo fakultních nemocnicích. V některých zdravotnických zařízeních jsou zřizovány jednotky intermediální péče (dále jen IMP), které navazují na péči na JIP, u klientů se zvýšeným rizikem orgánového selhání nebo arytmií. Oddělení intenzivní péče se mohou dělit na oborové – pro interní nebo chirurgické obory, specializované - pro určité diagnózy nebo multioborové – společné pro klienty všech oborů. Interní JIP se specializují na péči o pacienty s poruchami srdečního rytmu, kardiovaskulárním onemocněním, s neurologickým postižením, s poruchami funkce ledvin, jater, onemocněním gastrointestinálního traktu, dekompenzovaným diabetes mellitus, septickým stavem, hematologickým nebo plicním onemocněním. Vzhledem ke stárnutí populace je nezbytné se zaměřit na akutní péči o geriatrické pacienty. (19)

3.1.1 Personální vybavení na JIP

Personální vybavení na JIP je dáno Vyhláškou č. 493/2005 Sb. Důležitá je trvalá přítomnost kmenového lékaře, který má erudici v oboru intenzivní medicíny. Počet sester na oddělení je dán typem oddělení, jeho odborným zaměřením a stupněm

poskytované péče. Jedna sestra dle typu JIP pečuje o 1 až 4 pacienty. Vytížení personálu úzce souvisí s obložností oddělení, optimální je 80% obložnost. (19)

3.1.2 Prostorové a přístrojové vybavení na JIP

I prostorové a přístrojové vybavení oddělení intenzivní péče je dáno Vyhláškou 493/2005 Sb. Základem pro uspořádání JIP je dostatečně velký prostor, dle doporučení 20m² na jedno lůžko. V rámci prostorového vybavení pracovišť je doporučována kombinace otevřeného JIP sálu s uzavřenými boxy. Otevřené uspořádání je výhodnější pro efektivní využití personálu, ale omezuje klientovo soukromí a zvyšuje riziko přenosu infekce. Naproti tomu systém uzavřených boxů snižuje riziko přenosu infekce, zvyšuje soukromí pacienta, ale provoz je ekonomicky náročnější. Součástí každého lůžka JIP jsou přístroje a vybavení dané rozsahem poskytované péče. Je nezbytné uspořádat okolí lůžka tak, aby byl k pacientovi volný přístup. Oddělení musí mít náhradní zdroj elektrické energie, kyslíku a vzduchu. Důležitý je prostor pro dokumentaci a centrální monitoring, z kterého má personál přehled o celém oddělení. (19)

3.1.3 Hygienicko – epidemiologický režim na jednotce intenzivní péče

Klienti hospitalizovaní na JIP ve vážném zdravotním stavu jsou ohroženi infekčními komplikacemi způsobenými nosokomiálními nákazami (dále jen NN). Toto riziko se zvyšuje s délkou hospitalizace na JIP a dlouhodobou aplikací širokospektrých antibiotik. Hlavními NN jsou pneumonie, infekce močových cest a katérové sepse z invazivních vstupů. NN je infekce, která se manifestuje nejdříve za 48 hodin od přijetí pacienta k hospitalizaci. Dodržování hygienicko – epidemiologického režimu na JIP je důležité k zabránění vzniku a šíření NN, k ochraně klientů i personálu. Hygienicko – epidemiologický režim je součástí provozního řádu oddělení. Mytí a desinfekce podlah a povrchů se na JIP provádí 3x denně. Generální úklid v rámci sanitárních dnů se dodržuje dle stanoveného plánu a mikrobiologické situace JIP. Malování oddělení je prováděno 1x ročně. Osoby vstupující na JIP procházejí přes desinfekční rohož, desinfikují si ruce a používají ochranný plášť, případně návleky na obuv. Na JIP se používají jednorázové pomůcky, nebo se individualizují pro každého klienta po celou

dobu jeho hospitalizace. Personál je povinen dodržovat základní pravidla hygieny, manipulace se stravou, s prádlem i s odpady. Nezbytné je dodržování aseptických postupů, případně bariérového přístupu k pacientům. (19)

3.2 Potřeby klienta v intenzivní péči

Potřeby klienta na JIP se liší od potřeb klienta hospitalizovaného na standardním oddělení nebo na oddělení následné péče. K nejčastějším potřebám klienta v intenzivní péči patří nezbytnost pro dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnosti a psychické vyrovnanosti. Úkolem jednotlivých oddělení intenzivní péče je, aby v rámci ošetrovatelského procesu tyto potřeby byly klientům zprostředkovány. (19)

Potřeba dýchání je základní biologickou potřebou, kterou si neuvědomujeme. Dýcháme automaticky. Neuspokojená potřeba dýchání mívá často dramatický průběh a výraznou psychickou odezvu u klienta, který má pocit úzkosti a strach ze smrti. Důležitá je pomoc a pochopení sestry. V rámci ošetrovatelské péče sestra upraví polohu pacienta, podává kyslík a sleduje jeho účinnost, aplikuje léky dle ordinace lékaře, provádí nácvik správného dýchání a dechovou gymnastiku, podporu expektorace a prevenci pneumonií a atelektáz. (20)

Potřeba výživy je primární potřebou člověka. Ovlivňuje nejen jeho duševní pohodu, ale podílí se i na celkovém zdravotním stavu a průběhu většiny onemocnění. Nemocní lidé často ztrácejí chuť k jídlu. I negativní emoce mohou být příčinou nechutenství nebo nevolnosti. Ošetrovatelská péče o pacienta s poruchou výživy je zaměřena na rehydrataci, sledování a zabezpečení dostatečného příjmu potravy a dodržování zásad správné výživy. (21)

Potřeba vyprazdňování je další ze základních biologických potřeb člověka. Do ošetrovatelské péče o klienta s poruchou vyprazdňování patří bilancování tekutin, případně zavedení permanentního močového katétru a podpora pravidelného vyprazdňování. (22)

Potřeba soběstačnosti je mírou samostatnosti člověka při vykonávání denních aktivit. Sestra by měla vždy motivovat a podporovat pacienta v nezávislosti. Hodnocení soběstačnosti se provádí pomocí Barthelova testu základních všedních činností. (23)

Potřeba psychické vyrovnanosti – klient, který je náhle vystaven neznámému

prostředí, obavám o své zdraví, bolesti a mnoha dalším omezením, často na tuto situaci reaguje agresí, úzkostí, depresí nebo zmateností. Sestra se v rámci ošetrovatelské péče snaží udržet nebo zlepšit jeho soběstačnost, odstranit bolest, pozitivně komunikovat a zajistit dostatečný spánek a odpočinek. (16)

4 ROZVOJ INTENZIVNÍ MEDICÍNY V ČESKÉ REPUBLICE

Již od starověku až po novověk se k tišení bolesti používalo ledacos. Zkoušelo se podávat opium, mandragora, hypnóza, pouštění žilou do bezvědomí, alkohol nebo jen dřevěná tyčka mezi zuby. Tyto pokusy byly většinou bez úspěchu a klienti bolesti upadali do bezvědomí.

K zásadnímu obratu došlo až v 19. století, kdy doktor William Thomas Green Morton předvedl skeptickému odbornému publiku éterovou narkózu. Publikum bylo v úžasu, když provedl první řez a klient neprojevil sebemenší známky bolesti. Tím se odstartoval obor anesteziologie.

V České republice použil éterovou anestezii Celestin Opitz již po pouhých 114. dnech, kdy proběhla světová premiéra. Avšak první narkotizační metody byly velmi jednoduché a pro klienta zatěžující. Umělá plicní ventilace ještě neexistovala a operace musela probíhat za spontánního dýchání, což možnosti chirurgie značně omezovalo. Proto byli k operaci připouštěni jen ti klienti, kteří byli v dobrém celkovém stavu, mohli se tak snáze vyrovnat s útrapami narkózy i operačního výkonu.

Od počátku podávání anestezie ji však nevedli lékaři. Podáváním byli pověřováni zřízenci na sálech, pokud nebyli přítomni, zhostili se toho nejmladší chirurgové. Teprve po druhé světové válce byl přijat návrh, aby podáváním narkózy byl pověřen lékař. Stále však byla v rukou mladých chirurgů. Od druhé poloviny padesátých let 19. století se začala postupně oddělovat jako samostatně působící oddělení anesteziologie. Byli zde již lékaři specializovaní v anesteziologii, stále však spadající pod chirurgické obory. Až teprve bouřlivý rozvoj rozsáhlých a náročných operací si vyžádal i vysoké nároky na bezpečnost anestézie. Současně se rozvíjela i peroperační péče o klienta vůbec, tudíž starostí anesteziologa tak přestal být pouze operační výkon, ale i následná péče o rizikového nebo komplikovaného klienta. Vzniká tedy intenzivní péče.

S rozvojem sledování a zajišťování základních životních funkcí (resuscitační péče), se anesteziologie odděluje od chirurgie a plně se rozvíjí v samostatný obor, kde podávání anestezie je jen součástí komplexní anesteziologické péče. Technický pokrok, farmakologický výzkum a zdokonalování anesteziologických postupů umožnily nebývalý rozvoj chirurgických oborů.

Od počátku 70. let se moderní medicína začala výrazně rozvíjet a na tento trend reagovala řada nemocnic. Docházelo k umístování nových přístrojů a na základě nejnovějších poznatků ke zkvalitňování péče se rozvíjela nová oddělení nemocnic. Téměř současně se v těchto letech otevírala moderní pracoviště tzv. pokoje intenzivní péče. Postupem doby se dále jednotky intenzivní péče vyčleňovaly pro jednotlivé obory. Vznikaly tak jednotky intenzivní péče jako samostatné lůžkové oddělení. (24, 25, 26, 27)

5 HISTORIE VÝVOJE FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Historie Fakultní nemocnice (dále jen FN) Plzeň vychází zejména z bohaté historie plzeňské medicíny. V roce 1322 vznikl první špitál svaté Máří Magdalény, který měl dvě místnosti. Jednu větší pro ošetření 16 žen a druhou menší pro péči o 8 mužů. Patřil církevnímu řádu Křížovníků. Prvními lékaři, kteří jsou v historii zaznamenáni, jsou Magister Gerardus de Wrasskov a arcibiskup pražský, který byl i osobním lékařem Václava IV.

Kolem roku 1500 vznikl Městský špitál svatého Martina, který se staral o sedm mužů a tři ženy. Bohužel byl špitál zrušen v roce 1783 za vlády Josefa II.

Rok po zničení špitálu svaté Máří Magdalény Mansfeldem v roce 1618 byl špitál přenesen do města, kde se nastěhoval do kaplanského domu poblíž dominikánského kostela. Nazýval se svatováclavský podle kaple umístěné v dominikánském kostele. Byl to chorobinec pro šest mužů a šest žen. Koncem 17. století se špitál přestěhoval do bývalého panského mlýna v sadech 5. května.

V roce 1809 byla vystavěna vojenská nemocnice v dominikánském klášteře, která sloužila císařskému královskému 35. pěšímu pluku a pojala 50 lůžek. V roce 1895 ale byla přesídlena do areálu na Borech, v ulici Dr. E. Beneše, byla tedy v těsném sousedství s fakultní nemocnicí. V roce 2005 této skutečnosti využil zákon, který obě zařízení spojil. Takže Vojenská nemocnice zcela zanikla a sloučila se s nemocnicí fakultní.

V roce 1833 se postavila veřejná nemocnice, která byla v místě od známé pivnice Na parkáně k dnešní Rooseveltovy ulice. Jednalo se o jednopodlažní budovu s 13 místnostmi a pojala 40 lůžek. Byla zde vybudována operační sň a první lůžkové nemocniční psychiatrické oddělení v Čechách, kdy se po zřízení Psychiatrické léčebny v Dobřanech v roce 1881 psychiatrie na Plzeňsku oddělila od interní medicíny.

Nebývalý stavební a průmyslový rozvoj na přelomu 19. 20. Století přispělo k vybudování nové nemocnice. Ta vznikala postupně ve čtyřech etapách. Jako první byla vybudována Městská všeobecná veřejná nemocnice císaře a krále Františka Josefa I., která se již nacházela v areálu dnešní Fakultní nemocnice Plzeň na Borech. Jako prvotní byla otevřena Nemocnice pro nakažlivé choroby v nynějších pavilonech číslo 13 a 14, která měla 20 lůžek. Zároveň vznikla i administrativní budova (pavilon č. 1).

Jelikož byl nízký počet nemocných, byla zde zahájena léčba tuberkulózy již po roce otevření nemocnice.

Druhá etapa stavby skončila v roce 1902, kdy byly postaveny dva lůžkové pavilony spojené chodbou, což jsou dnešní pavilony 3 a 4 administrativní a hospodářská budova. Nyní pavilony číslo 12 a 16 a umrlčí komora s desinfekční místností ve stávajícím pavilonu číslo 9. Nemocnice byla vybavena plynovým osvětlením, napojena na městský vodovod, měla i samostatný zdroj pitné vody, městský i místní telefon, signální zvonky z pokojů a koupelen, centrální parní vytápění. V pokojích byla umyvadla s ohřívací vody, v administrativní místnosti (pav. 16) se prováděl centrální příjem nemocných, byla zde úřadovna řídícího lékaře, zasedací síň správního výboru nemocnice. V nemocnici bylo 260 lůžek, dva operační sály a rentgen. Pracovalo zde pět lékařů, 20 ošetřovatelek - řádových sester svatého Františka. V roce 1903 bylo hospitalizováno 1883 nemocných, nejvíce - 883 - na interním oddělení, provedeno 424 operací, z toho 311 v chloroformové narkóze.

Třetí etapa výstavby nemocnice započala v roce 1915. Zakoupením nových pozemků se připravovala stavba dětského oddělení, kožního, pohlavního a plicního i nových prádel a kotelen. První světová válka však pozastavila stavbu a tak byla nemocnice dokončena až v roce 1921. Kapacita nemocnice se opět ukázala jako nedostatečná, proto se v roce 1931 přistavělo druhé poschodí interního pavilonu, byl dostavěn nový chirurgický pavilon (pavilon 7). Navíc se osamostatnilo plicní oddělení (pavilon 8). V roce 1942 se z interního lékařství vyčlenily jako samostatné obory neurologie a psychiatrie, které přesídlily do Fodermayerova ústavu. Primářem se stal prof. MUDr. Eugen Vencovský.

V roce 1943 se přestěhovalo gynekologicko-porodnické oddělení do upravené školní budovy na Slovanech. Až v roce 2007 tyto prostory opustila porodnice, kdy začal fungovat nově vybudovaný pavilon na Lochotíně. Z upravené školy vznikl Purkyňův pavilon, kde až do roku 2003 bylo pracoviště ORL, oční klinika a stomatologická klinika. V roce 1944 měla Městská všeobecná veřejná nemocnice už 1571 lůžek.

V roce 1952 se Městská všeobecná veřejná nemocnice přejmenovala na Fakultní nemocnici KÚNZ. V roce 1968 patřily ke zdravotnickým zařízením v Plzni: Fakultní nemocnice s 16 odděleními a 1595 lůžky, městská nemocnice se 190 lůžky, nemocnice MÚNZ s 370 lůžky, Vojenská nemocnice se 400 lůžky a 39 zdravotních obvodů a 16 lékáren.

Ve FN byl dostavěn pavilon 22 v roce 1973, ve kterém až do konce 90. let 20. století působily kliniky anesteziologicko-resuscitační, chirurgická a ortopedická, které tehdy přesídlily do nových prostor na Lochotíně. Pavilon po úpravách nyní slouží klinice urologické, dermatovenerologické a radiodiagnostickému oddělení.

O další stavbě nové nemocnice se uvažovalo už po druhé světové válce, ale s budováním areálu na Lochotíně se začalo až v dubnu 1979. První pavilon interních oborů začal fungovat o šest let později. Další stavba byla zahájena až v roce 1989. Koncem roku 1999 se na Lochotín přestěhovala chirurgická klinika, ortopedická klinika (nyní klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí), neurochirurgické oddělení, klinika anesteziologicko-resuscitační a bylo zprovozněno nové Emergency. Nemocnice získala 12 dalších operačních sálů.

Do původně plánované rozsáhlé krajské polikliniky na Lochotíně se postupně přestěhovaly neurologická klinika, ambulance bolesti ARK, pak dětská klinika a oční a stomatologická klinika, které opustily Purkyňův pavilon. Nastěhovalo se rehabilitační oddělení z Bor, vznikly ambulance ortopedické kliniky a pracoviště artroskopie. Na Lochotíně rovněž začalo fungovat v roce 2002 samostatné kardiochirurgické oddělení.

Na podzim 2005 se zahájila v lochotínském areálu výstavba Gynekologicko-porodnické kliniky a Neonatologického oddělení. Tento pavilon začal fungovat k 1. září 2007. O dva roky později začala výstavba nového sídla onkologie. To přijalo první pacienty na jaře 2011. (28)

6 VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE NA ANESTEZIOLOGICKO-RESUSCITAČNÍM ODDĚLENÍ

6.1 Historie vzniku anesteziologicko-resuscitačního oddělení

Samostatné anesteziologické oddělení vzniklo 1. ledna v roce 1958 pod vedením přednosta prim. Mináře. Anestezie však podávali lékaři chirurgických oborů FN Bory. Prvním lékařem se stal MUDr. Fessler k 1. září roku 1963, který byl jmenován děkanem Lékařské fakulty v Plzni. V roce 1967 nastoupil přednosta chirurgické kliniky prof. Podzimek. Roku 1969 zřídil pooperační pokoj a dovolil ošetřování i jejich oddělení v resuscitační péči. Pracovaly zde sestry z chirurgie, které poskytovaly ošetrovatelskou péči pacientům dospělým i dětského věku, pracovaly s ventilátory, podávaly léky určené pro resuscitační péči. Tento provoz zaznamenal úspěchy v léčbě a již 1. září v roce 1973 bylo otevřeno anesteziologicko-resuscitační oddělení, které začínalo s pěti lůžky a s odstupem několika let dospělo až na desetilůžkové oddělení. Pracovalo zde 28 sester, které byly převážně s čerstvě ukončenou střední školou, ale právě proto byla ošetrovatelská péče kvalitní, neměly nevhodné návyky a nebály se nových modernějších postupů. 1. ledna v roce 1989 se z obyčejného oddělení stala klinika anesteziologicko-resuscitační (dále jen AR). Od roku 1997 se postupně AR klinika přestěhovala na Lochotín, došlo ke zrušení chirurgické kliniky na Borech. Celá chirurgická klinika se přestěhovala do nových prostorů FN Lochotín. Borská nemocnice tak má pouze chirurgické oddělení. (Rozhovor s MUDr. Fesslem, 26. 1. 2012.)

6.2 Dřívější ošetrovatelská dokumentace

Na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (dále jen ARO) byl vytvořen nový chorobopis, který obsahoval záznam za 24 hodin. Tento chorobopis obsahoval současně lékařskou i sesterskou dokumentaci, byl brán jako pracovní záznam. Byly zde zaznamenávány fyziologické funkce pacienta, jako byl krevní tlak, puls, dech, tělesná teplota, šířka zornic, stav vědomí, ale také zavedení vstupů jak periferních, centrálních žil nebo zda byla zavedena pacientovi močová cévka. U těchto vstupů se zapisovalo i

místo, datum zavedení a případné převazy, či kontroly vstupů. Jelikož bylo měření fyziologických funkcí individuální, byla nutná úprava časů dle potřeby. Měřilo se každých pět nebo deset minut, nebo také po hodinách. Součástí chorobopisu byly i ordinace lékaře. Dalším sledováním byl stav výživy a pohybová aktivita pacienta. Na zadní stranu chorobopisu se pak popisoval stav pacienta. Laboratorní list nebyl součástí dekurzu, ale zakládal se vedle chorobopisu. Pro získávání výsledků z biochemické laboratoře se používal dálnopis, aby se předešlo při telefonickém podávání omylům. Byl podobný telegrafu.

Pro hlášení sester se používal sešit s tvrdými deskami, kam sestry zapisovaly pacientův stav, jeho změny a ordinace lékaře.

Sestry na tomto oddělení měly náročnější práci než na standardním oddělení. Musely být nepřetržitě v kontaktu s nemocným, jelikož neměly ani dnešní monitory, měřily a zaznamenávaly hodnoty, vše si musely hlídat a změny stavu sledovat. (Rozhovor s doc. Fesslem, 26. 1. 2012.)

6.3 Současná ošetrovatelská dokumentace

Anesteziologicko-resuscitační klinika využívá ošetrovatelskou dokumentaci s 24 hodinovým záznamem. Obsahuje hlavičku, kde jsou údaje o klientovi, jeho výška a hmotnost, datum, den hospitalizace, číslo diagnózy a kategorii péče, která se rozděluje na plnou, základní a paliativní péči. Zaznamenává se alergie, krevní skupina klienta, ošetřující lékař a ošetřující sestra denní a noční.

Následuje 24 hodinový záznam, kam se pravidelně po hodinách zapisují fyziologické funkce, jako je krevní tlak a tělesná teplota. Pod touto tabulkou je ventilační režim, který je rozepsán na jednotlivé parametry, např. saturace kyslíkem, PEEP – pozitivní tlak na konci výdechu, centrální žilní tlak, střední arteriální tlak, intrakraniální tlak, je zde zařazeno hodnocení stavu vědomí, šíře zornic a sledování glykémie.

Dále se rozepisují perfuzory a analgosedace, která je vyznačena žlutě. Jako poslední tabulka je záznam o příjmu a výdeji tekutin, kde se sleduje příjem per os, infúzí, krevní deriváty a celková hodnota přijatých tekutin, která se sleduje po šesti hodinách. U sledování výdeje tekutin je to obdobné. Sleduje se odchod moče, stolice, drény, NGS a pH žaludečního obsahu a stejně tak se hodnotí celkový výdej, zapisovaný

po šesti hodinách. (viz příloha č. 1 a č. 2)

Druhý list obsahuje údaje o zavedených vstupech, jako je permanentní žilní katétr (dále jen PŽK), centrální žilní katétr (dále jen CŽK), arteriální katétr, dialyzační katétr a Swan-Ganzův katétr a zapisuje se jejich lokalizace, číslo katétru a den zavedení.

Zaznamenávají se informace o zajištění dýchacích cest, zda byla zavedena orotracheální intubace, nazotracheální intubace nebo tracheostomie, jaká je fixace, číslo kanyly a den zavedení. Stejně tak se zapisují údaje o permanentním močovém katétru, nazogastrické nebo nazojejunální sondě. Je zde i kolonka pro zapsání hrudní drenáže, Redonova drénu, epidurálního katétru a jejunostomie.

Dokumentace obsahuje Pravidelné výměny, kde jsou rozepsány uzavřený systém odsávání a dýchací okruh, uzavřený močový systém, perfúzní linky a výměna infuzního roztoku k invazivnímu měření. Zapisují se zde údaje o identifikačním náramku, zda jej klient obdržel, jeho lokalizace a výměna.

Na tomto druhém listě je tabulka pro hodnocení Glasgow coma scale, skórování sedace dle Ramsaye a velikost zornic. Jako poslední jsou zde údaje o bilanci za 24 hodin, bilance za předchozí den a sleduje se hmotnost klienta při přijetí, včerejší a dnešní a nakonec výživa per os. (viz příloha č. 3)

Na zadní straně ošetrovatelské dokumentace je Záznamový list ošetrovatelské péče, který obsahuje hodnocenou oblast jako je stravování, pitný režim, péče o dýchací cesty, péče o cévní vstupy, péče o pokožku, hygienická péče, vyprazdňování, fyzioterapie, spolupráce, komunikace, psychický stav, spánek, ostatní ošetrovatelské činnosti a možnost dalších poznámek. U všech těchto oblastí je předtištěná nabídka a možnost vypsání informací o stavu hodnocené oblasti. Tento záznamový list je jak pro denní směnu, tak pro noční směnu. Ošetrovatelská dokumentace FN Plzeň, anesteziologicko-resuscitační oddělení (viz příloha č. 4).

6.4 Porovnání dřívější a současné ošetrovatelské dokumentace

Současná ošetrovatelská dokumentace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení vychází z dřívější dokumentace. Je vedena jako jeden velký arch, kde jsou jasně přehledné informace o klientovi. Změnila se škála pro měření tlaku a tělesné teploty, která je podrobnější. Hlavní změnou je záznam o perfuzorech a bilanci tekutin, která je barevně zvýrazněna pro sledování příjmu a výdeje tekutin s následným

šestihodinovým sečtením. Další úpravou je předtištěná nabídka o vstupech, pravidelných výměnách a tabulek pro hodnocení stavu vědomí a šíře zornic. Přibyl také záznamový list ošetrovatelské péče pro denní a noční směnu. Celá tato nová ošetrovatelská dokumentace je přehlednější jak pro sestry, tak pro lékaře, kteří na jediném listě vidí jakékoliv změny stavu klienta a naopak sestry mají okamžitý přehled, pokud lékař změní ordinace, či sledované hodnoty.

7 VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE NA CHIRURGICKÉ JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE

7.1 Historie vzniku chirurgické jednotky intenzivní péče

Chirurgická klinika vznikla při založení Lékařské fakulty UK v Plzni v roce 1945 z chirurgického oddělení Městské nemocnice na Borech. V roce 1955 se chirurgická klinika rozdělila na dvě pracoviště. Na I. chirurgickou kliniku pod vedením profesora Domanského a na II. chirurgickou kliniku, kterou vedl docent Špinka. Roku 1967 převzal opětovně sjednocenou kliniku profesor Podzimek, který dal jasný směr klinice a zasloužil se o otevření pooperačního pokoje. Tento pokoj se stal současně i lůžky resuscitačními, kde byli převážně pacienti s polytraumaty a pooperačními stavy. Byl umožněn pro hospitalizaci dospělých a dětských pacientů. Využívala se zde moderní technika, jako byly ventilátory. Nastalo však zvýšení nákladů, např. náklady na antibiotika, která byla velice drahá, ale také se zvyšovaly náklady pro provoz samotný. Začátky tohoto pooperačního pokoje nebyly jednoduché. Bojovalo se zde s nozokomiálními nákazami, pro které bylo nutné dodržovat přísné hygienicko-epidemiologické postupy, jako bylo mytí rukou, používáním jednorázových rukavic a používání dezinfekčních prostředků. Pro kliniku bylo náročné zvládnout nároky na čisté uniformy, jelikož každá sestra musela na danou směnu přijít s čistým oděvem.

V roce 1973 k 1. září se z pooperačního pokoje stala chirurgická jednotka intenzivní péče a byly jí vyhrazeny nové prostory. (Rozhovor s doc. Fesslem, 16. 2. 2012.)

7.2 Dřívější ošetrovatelská dokumentace

Na chirurgické jednotce intenzivní péče se využívala ošetrovatelská dokumentace formou jednoho archu, který byl rozdělen na několik listů.

První list obsahoval osobní údaje klienta (jméno, příjmení, rodné číslo), aktuální datum, objednané krve, krevní skupinu a pooperační den. Na tento list se ručně vypisovaly vstupy, jako je PŽK, CŽK, PMK, jejich lokalizace, datum zavedení a datum převazu. Dále zde lékaři psali vizitu a ordinace.

Druhý list byl určen pro vypsání infúzí a záznamu sester denní směny. Obsahoval rovněž 24 hodinový záznam, kde se každou hodinu zaznamenávaly fyziologické funkce, jako je krevní tlak, pul, dechová frekvence a tělesná teplota.

Třetí list obsahoval bilanci tekutin, kde se sledoval příjem a výdej tekutin a následně se vyhodnocoval za 24 hodin. Vyplněné ošetřovatelské dokumentace za daný den se zakládaly do dekurzu chronologicky podle datumu. (Rozhovor se staničnickými sestrami z chirurgických JIP paní Stehlíkovou a Fremrovou, 8. 2. 2012.)

7.3 Současná ošetřovatelská dokumentace

V současné době se na chirurgické jednotce intenzivní péče využívá ošetřovatelská dokumentace také formou velkého archu, který je rozdělen také na několik listů.

Na prvním listě jsou osobní údaje o klientovi (jméno, příjmení a rodné číslo), z pravidla se do této kolonky nalepuje štítek s těmito údaji. Následuje aktuální datum, den hospitalizace, pooperační den, alergie klienta, diagnóza, krevní skupina, objednávání krve, kategorie poskytované péče (plná, plná základní, základní nebo neresuscitovat), hmotnost a výška klienta. Pod touto hlavičkou jsou rozepsány invazivní vstupy (PK, CŽK, NGS, NJS, drény, PMK, stomie), datum zavedení, lokalizace a číslo katétru, datum převazu nebo výměny. Je zde uvedena informace o identifikačním náramku, zda jej klient obdržel, či nikoliv. Následují údaje o bilanci tekutin za 24 hodin, kde se sleduje celkový příjem a výdej u jednotlivých možností, jako je per os, NGS, infuze, krev, výdej moči a stolice, drény, zvracení. Hodnotí se i bilance předchozí den, pro sledování kontinuity, nebo zda dochází k výkyvům. Celá pravá polovina listu je věnována pro ordinace lékaře. (viz příloha č. 5)

Druhý list je veden formou 24 hodinového záznamu, kde se pravidelně po hodinách zapisují fyziologické funkce, zejména krevní tlak, tělesná teplota, saturace kyslíkem, dechová frekvence, centrální žilní tlak, střední arteriální tlak, glykémie a prodechování. Dále se zde rozepisují léky podávané perfuzory a analgosedace, infúze a sleduje se příjem a výdej tekutin. Příjem tekutin je sledován v infúzích, umělou výživou, příjem sondou, per os a přijatými krevními deriváty. Výdej tekutin je sledován z hlediska odchodu moče, sondou, stolicí a drénů. Po šesti hodinách sledování se zapíše celkové přijetí a výdej tekutin. (viz příloha č. 6)

Třetí list je celý věnován pro záznamy lékaře a mimořádné ordinace. (viz příloha č. 7)

Na zadní straně ošetrovatelské dokumentace navazuje čtvrtý a pátý list, které jsou určeny jako Záznamový list ošetrovatelské péče pro denní a noční směnu. Zde se hodnotí ošetrovatelské oblasti: stravování a pitný režim, péče o dýchací cesty, péče o cévní vstupy, hygienická péče, péče o pokožku, vyprazdňování, vnímání bolesti, fyzioterapie, spolupráce, komunikace a stav vědomí, ostatní ošetrovatelské záznamy a záznamy sestry. U každé hodnotící oblasti jsou předtištěny možnosti a volná místa pro zápis sestry. Nesmí chybět jméno a podpis sestry, která hodnocení provedla. (viz příloha č. 8)

Chirurgická jednotka intenzivní péče využívá Realizaci ošetrovatelského plánu, který slouží jako další arch ošetrovatelské dokumentace. Je rozdělen na oblasti ošetrovatelské péče: celková koupel, dopomoc při hygieně, hygiena dutiny ústní, mytí vlasů, stříhání nehtů, masáž zad, příprava na vyšetření, klyzma, holení tváře, holení před vyšetřením/operací, permanentní cévka, zavedení kanyly, příjem stravy. Dále je rozdělena na datum a kdy, byla tato oblast uspokojena, či vykonána, to je znázorněno symboly R – pro ranní směnu, O – pro odpolední směnu a N – pro noční směnu. Následuje jméno (razítko) a podpis sestry, která tuto oblast vykonala. (viz příloha č. 9)

Na druhém listě jsou předtištěny ošetrovatelské problémy, jejich cíle a navrhované intervence, jejich frekvence, hodnocení, ukončení a odpis sestry. Tyto nabídnuté ošetrovatelské problémy jsou: strach a úzkost, bolest, poruchy dýchání, deficit sebepéče, snížená mobilita, porucha kožní integrity, zácpa, inkontinence moče, hypertermie. Dále je zde hlášení sester pro sedm dní, rozdělené pro ranní a noční službu. (viz příloha č. 10)

7.4 Porovnání dřívější a současné ošetrovatelské dokumentace

Současná ošetrovatelská dokumentace na chirurgické jednotce intenzivní péče vychází z dřívější, ale je rozsáhlejší, rozdělena na více listů. Výhodou jsou předtištěné údaje, které se v minulosti vypisovaly ručně, a nebyly tak přehledné, či čitelné. Samotný 24 hodinový záznam je detailnější v zapisovaných hodnotách, stejně tak i bilance tekutin. K současné ošetrovatelské dokumentaci přibyl také list s ošetrovatelským plánem a hlášením sester. Současná dokumentace na chirurgické jednotce intenzivní

péče vyhlíží uceleněji a podrobněji než dřívější, což je také pozitivní pro sestry pracujících na tomto oddělení.

8 VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE NA METABOLICKÉ JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE

8.1 Historie vzniku metabolické jednotky intenzivní péče

Metabolická jednotka intenzivní péče vznikla v roce 1992 v areálu Lochotín pod vedením MUDr. Nováka a MUDr. Šrámka, který přestoupil z anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Chod metabolické intenzivní péče začínal bez vybavení a nárůst sester se odvíjel podle náročnosti intenzivní péče. V současné době po dvaceti letech zavedení intenzivní péče na metabolické JIP má oddělení devět lůžek, z toho sedm intenzivních a dvě lůžka intermediální pro klienty se zvýšeným dohledem, ale již bez intenzivní péče. Na oddělení pracuje 28 sester a jedna staniční sestra. Je vybaveno devíti ventilátory, resuscitačními lůžky s antidekubitárními matracemi pro vyšší riziko s monitorací, kontinuální multifiltrací, přístroji na měření hemodynamiky, EEG, kalorimetrií a sonografem. (Rozhovor se staniční sestrou z metabolické JIP paní Holíkovou, 7. 2. 2012.)

8.2 Dřívější ošetrovatelská dokumentace

Při začátcích provozu metabolické JIP se využívala ošetrovatelská dokumentace ze standardního oddělení, později převzali ošetrovatelskou dokumentaci z oddělení ARA, kterou během několika let provozu upravovali pro specifickou péči na metabolické JIP. (Rozhovor se staniční sestrou z metabolické JIP, 7. 2. 2012.)

8.3 Současná ošetrovatelská dokumentace

Nyní používaná ošetrovatelská dokumentace na metabolické JIP je vedena formou velkého archu, který je rozdělen na několik listů.

První list ošetrovatelské dokumentace osahuje hlavičku s osobními údaji klienta (jméno, příjmení, zdravotní pojišťovnu), údaje o identifikačním náramku, diagnózu,

výšku a hmotnost klienta, krevní skupinu, alergie a objednání krevních derivátů. Pod hlavičkou jsou údaje o centrální kanyle, kde se zapisuje druh kanyly (CŽK, dialyzační katétr, Swan-Ganzův katétr, arterie a drény), místo zavedení, datum zavedení, převaz a zrušení. Do této tabulky se navíc zaznamenávají údaje o heparinové zátce. Následují údaje o endotracheální rource, tracheostomické kanyle, močovým katétru, periférii, sondě a rektální rource. U všech těchto možností se zapisuje datum zavedení, velikost a případná fixace. Na pravé straně tohoto listu lékař vypisuje ordinace, pod kterými jsou údaje o péči dýchacích cest. Vypisuje se zde ventilátor, filtr a odsávání, jeho frekvence a charakter sputa. (viz příloha č. 11)

Druhý list je veden formou 24 hodinového záznamu, do kterého se pravidelně po hodinách zaznamenávají údaje o krevním tlaku, pulzu, tělesné teploty, dechové frekvence a saturace kyslíkem. Sleduje se vydechovaný CO₂, centrální žilní tlak, zornice, zapisuje se polohování a hygiena. Následuje rozpis příjmu tekutin, který se sleduje per os, sondou a infúzemi, které jsou zde přímo vypsány jako ordinace lékaře, stejně tak bolusy sedace a krevní deriváty. Posledním záznamem je výdej tekutin, kde se sleduje odchod moče, žaludeční sondou, zvracení, stolice a drenáž. Bilance tekutin se pravidelně zapisuje po šesti hodinách. (viz příloha č. 12)

Na třetím listu jsou předtištěny škály pro vyhodnocení Richmondské škály agitace-sedace a glasgow coma scale. V dolním levém rohu je vyhodnocení pro bilanci tekutin za 24 hodin. Po celé pravé straně tohoto listu jsou zapisovány přístroje třídy II. B. (viz příloha č. 13)

Celá zadní strana ošetřovatelské dokumentace je vedena jako čtvrtý list, který obsahuje výsledky laboratoří, kam sestry přepisují hodnoty z laboratorního listu, pro přehlednost lékařům. Je zde veden také záznam o invazivním měření a příjmu stravy. Po pravé straně je ošetřovatelský plán péče o dekubity, který obsahuje Nortonovu stupnici, ošetření dekubitu a ošetřovatelské intervence. Na závěr se zapisuje hodnocení stavu nemocného sestrou, pro denní i noční směnu, kde nesmí chybět předání a převzetí s následným razítkem a podpisem sestry. (viz příloha č. 14)

8.4 Porovnání dřívější a současné ošetřovatelské dokumentace

Současná ošetřovatelská dokumentace na metabolické JIP, vychází z dřívější převzaté dokumentace z oddělení ARO, avšak proběhlo několik přetisků pro

zaznamenávání takových údajů, které jsou pro ošetřování klientů na metabolické JIP nezbytné. Používaný 24 hodinový záznam není tak podrobně rozdělen, je vyznačen pouze po hodinách. Zvláštností u této ošetřovatelské dokumentace je zapisování výsledků laboratoře, navíc zde chybí ošetřovatelský proces nebo záznamový list ošetřovatelské péče, ale používají hlavně plán péče o dekubity, který je přímo součástí velkého archu. Jiná oddělení mají tento plán jako samostatný list volně vložitelný do dekurzu.

9 VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE NA NEUROCHIRURGICKÉ JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE

9.1 Historie vzniku neurochirurgické jednotky intenzivní péče

Roku 1955 byla 1. chirurgická klinika doc. Domanského pověřena zřízením pracoviště neurochirurgie. Nebylo samostatnou jednotkou, ale bylo součástí chirurgické kliniky. Neurochirurgii tvořila jedna stanice o 20-25 lůžkách, jejímž vedoucím lékařem se stal asist. Ledinský. V roce 1966 převzal vedení pracoviště MUDr. Zdeněk Mraček. Neurochirurgický obor byl dlouho zastíňován obecnou chirurgií, která nevěřila v samostatnost neurochirurgie.

Po šestnácti letech se obor neurochirurgie konečně osamostatnil a díky novému řediteli MUDr. Východskému se v lednu 1983 otevřelo samostatné oddělení neurochirurgie pod vedením primáře MUDr. Mračka s pěti lékaři a deseti sestrami, které měla 33 lůžek a prováděla operace třikrát v týdnu. V letech 1985-86 kdy probíhala rekonstrukce pavilonu č. 7, se neurochirurgické oddělení dočasně přestěhovalo do pavilonu 22.

V roce 1995 byl primářem neurochirurgického oddělení jmenován MUDr. Milan Choc, který v roce 2001 obhájil dizertační práci a získal titul kandidáta lékařských věd a vede pracoviště dosud. V tomto roce nabývá zájem o peroperační monitorování funkce nervového systému, ale až v roce 1999 získala nemocnice neuronavigační přístroj k obrazové simulaci. Významný pro neurochirurgické oddělení je i rok 1999, kdy se přestěhovalo do nového areálu na Lochotín. Oddělení získalo 50 lůžek pro dospělé a 2 lůžka pro dětské klienty. Navíc vznikla oborová jednotka neurochirurgické intenzivní péče s kapacitou deseti lůžek, z toho je 5 lůžek pro umělou plicní ventilaci.

V současné době neurochirurgická jednotka intenzivní péče (dále jen JIP) obsahuje deset lůžek, ale došlo k navýšení sedmi lůžek pro umělou plicní ventilaci. Na jednotce nyní pracuje jedna staniční sestra, 26 sester a šest sanitářů. (29)

9.2 Dřívější ošetrovatelská dokumentace

Na neurochirurgické JIP se využívala 24 hodinová dokumentace. Obsahovala hlavičku, kde byly údaje o klientovi, zejména jméno a příjmení, rodné číslo a pojišťovna. Vypsala se hlavní diagnóza, číslo diagnózy, vedlejší diagnózy klienta, nesmělo chybět datum přijetí a aktuální datum, alergie, krevní skupina, pooperační den a užívaná antibiotika. Hlavička obsahovala tabulku pro hodnocení glasgow coma scale a stupnici pro zaznamenávání rozšíření zornic. (viz příloha č. 15)

Do dvaceti čtyř hodinového záznamu se zapisovaly hodnoty fyziologických funkcí, jako byl krevní tlak, puls, tělesná teplota. Sledoval se intrakraniální tlak, centrální žilní tlak, saturace kyslíkem, frekvence dýchání, parciální tlak CO₂. Hodnotil se stav vědomí a zornic (pravá i levá) a měřila se glykémie. To vše se zapisovalo po hodinách, pokud nebyl náhlý výkyv hodnot a bylo tak třeba o této skutečnosti provést záznam. Přísně se sledoval příjem a výdej tekutin, který se zaznamenával také po hodině, a po šesti hodinách se provedlo celkové sečtení bilance tekutin. Sledovalo se množství přijaté intravenózně, per os nebo NGS. U výdeje se sledovalo množství moče, stolice a drenáže. (viz příloha č. 15)

Mezi těmito záznamy (sledování fyziologických funkcí a bilancí tekutin) bylo volné místo pro zapisování podávání léků perfuzory a podávání infuzí, či aplikování léků intravenózně. (viz příloha č. 15)

Druhý list obsahoval opět hlavičku s údaji o klientovi, záznam o podání opiátů a informace o zavedených vstupech (PŽK, CŽK, nasogastrická sonda (dále jen NGS), permanentní močový katétr), jejich lokalizaci a datum zavedení. Dále zde byla i tabulka pro mikrobiologické nálezy, kde se zaznamenávalo datum odběru, místo oděru, nález a citlivost. (viz příloha č. 16)

9.3 Současná ošetrovatelská dokumentace

Oddělení neurochirurgické JIP si navrhlo novou ošetrovatelskou dokumentaci, která vychází ze staré dokumentace. Obsahuje hlavičku, kde se zapisuje aktuální datum, datum přijetí, operační den, jméno a příjmení pacienta, číslo chorobopisu, hlavní diagnóza, která se píše slovy a číslem diagnózy. Zapisuje se také kategorie, zda má pacient plnou péči, plnou základní, základní péči nebo neresuscitovat. Udává se krevní skupina a případná alergie pacienta. (viz příloha č. 17)

Dokumentace je pro 24 hodinový záznam, kde se po hodinách zaznamenávají

fyziologické funkce jako je krevní tlak, tělesná teplota, puls, dechová frekvence, sleduje se saturace kyslíkem, vydechovaný CO₂, střední arteriální tlak, intrakraniální tlak, centrální žilní tlak. Pravidelně se sleduje glasgow coma scale a velikost a fotoreakce zornic. (viz příloha č. 17 a č. 18)

Pod tímto záznamem jsou údaje o infúzní terapii nebo zda se podává výživa All in one. Dále se rozepisují léky podávané perfusory, analgosedace a červeně vyznačená kolonka je pro ordinace vazopresorů. (viz příloha č. 17 a č. 18)

Zaznamenávají se přijaté tekutiny per os, infúzí nebo podané krevní deriváty. Tento příjem se kontroluje po šesti hodinách, kdy se sečtou veškeré hodnoty. Stejně tak se sleduje výdej pacienta. Odchod moče a stolice, množství z drénů, z NGS a navíc i pH žaludečního obsahu. Celková bilance se zapisuje za 24 hodin, kde se rozepisuje celkový příjem i výdej u jednotlivých možností příjmu a výdeje. Zvláštností u této dokumentace je, že se zapisuje celková bilance z předchozího dne, pro sledování kontinuity, či výkyvů příjmu a výdeje. (viz příloha č. 17 a č. 18)

Na posledním listu tohoto záznamu jsou tyto údaje: dieta pacienta, nebo zda je zavedená NGS, pH a zbytky, diuréza, rehabilitace celková nebo dechová, bandáže dolních končetin, odsávání, péče o dutinu ústní a nos. Pod těmito údaji je kolonka Další ordinace, kde se rozepisují léky podávané intravenózně nebo formou tablet, pokud jsou ordinovány navíc bez perfuzoru. Zapisují se podané opiáty, kde je nutné zapsat hodinu, látku a nesmí chybět podpis sestry, stejně tak se provede zápis do opiátové knihy. (viz příloha č. 19)

Náběry – vyšetření – výkony – konzilia to je další kolonka, kam se tyto výkony zapisují. Následuje rozpis antibiotik a odběr hemokultury. Do Akutní karty lékař vypisuje akutní ordinace, které jsou mimo běžné ordinacem, stejně tak do Priorit, kam vypíše důležité zaměření v péči o pacienta. Ventilační protokol udává, jaké hodnoty je nutné u pacienta sledovat a udržovat v tomto rozsahu. (viz příloha č. 19)

Dále se zapisují informace o zavedených vstupech (arteriální katétr, CŽK, PŽK, NGS, permanentní močový katétr), jejich lokalizaci, datumu zavedení a číslo katétru. Navíc je zde kolonka pro zaznamenání množství odvedeného likvidu lumbální drenáží, komorovou drenáží, odvody Redonovým drénem, nebo zda má pacient hrudní drenáž. Nakonec se vypisují vedlejší diagnózy pacienta. (viz příloha č. 19)

Na zadní straně této dokumentace je list pro lékařskou vizitu, list se škálami pro hodnocení glasgow coma scale, skórování sedace dle Ramsaye, stupnice velikosti zornic a tabulkou pro hodnocení bolesti. (viz příloha č. 20)

Neurochirurgická JIP nevyužívá ošetrovatelský plán jako takový, ale zpracovali Záznamový list ošetrovatelské péče, který je zpracováván formou Hlášení sester. Obsahuje hodnocenou oblast jako je stravování, pitný režim, péče o dýchací cesty, péče o cévní vstupy, péče o pokožku, hygienická péče, vyprazdňování, fyzioterapie, spolupráce, komunikace, psychický stav, spánek, ostatní ošetrovatelské činnosti a možnost dalších poznámek. U všech těchto oblastí je předtištěná nabídka a možnost vypsání informací o stavu hodnocené oblasti. Tento záznamový list je jak pro denní směnu, tak pro noční směnu. (viz příloha č. 21)

9.4 Porovnání dřívější a současné ošetrovatelské dokumentace

Současná ošetrovatelská dokumentace na neurochirurgické JIP vychází z dřívější dokumentace. Je vedena jako jeden velký arch, kde jsou jasně přehledné informace o klientovi. Změnila se škála pro měření tlaku a tělesné teploty, která je podrobnější. Hlavní změnou je záznam o perfuzorech a bilanci tekutin, která je barevně zvýrazněna pro sledování příjmu a výdeje tekutin s následným šestihodinovým sečtením. Navíc je zde list s údaji o náběrech, akutní kartou a prioritách, ventilačním protokolem, záznamem o opiátech a bilancí za předchozí den. Přibyl také záznamový list ošetrovatelské péče pro denní a noční směnu. Celá tato nová ošetrovatelská dokumentace je přehlednější jak pro sestry, tak pro lékaře, kteří na jediném listě vidí jakékoliv změny stavu klienta a naopak sestry mají okamžitý přehled, pokud lékař změní ordinace, či sledované hodnoty.

10 PŘÍNOS DO BUDOUCNA

Žijeme v době, která nám přináší mnohé technologické inovace pro usnadnění práce. Rozvojem těchto technologií zejména informačních, se nabízí nové informační zpracování i ve zdravotnictví a to prostřednictvím elektronické dokumentace, která umožňuje zpracování velkého množství dat a informací, rychlé vyhledávání a zajišťuje čitelnost a přehlednost těchto údajů. Prostřednictvím elektronické dokumentace je možné sdílet tyto informace i s jinými odděleními daného zdravotnického zařízení. Tato forma uchovávání dat vede k úspoře času sester a lepší komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky, kteří se podílejí na přímé péči o klienta. (30)

10.1 Elektronická dokumentace

Při poskytování zdravotnické péče je velmi důležité sdílení, vyměňování a ukládání informací a dalších údajů. O klienta pečuje celá řada zdravotnických pracovníků, kteří se vzájemně doplňují, a proto se vyžaduje vzájemné sdílení informací, aby byli schopni společně spolupráce při poskytování péče. I když je rychlý rozvoj technologií, je papírová forma zdravotnické dokumentace základní a nejrozšířenější. V současnosti se využívá pro uchovávání informací o klientovi forma papírová i elektronická.

Přesto se rozvojem informačních technologií uvažuje o zavedení elektronické dokumentace. Ve státech Evropské unie byly vyvinuty první softwarové verze elektronické dokumentace ve spolupráci s odborníky zabývajícími se informačními technologiemi. První zkušenosti s elektronickým zdravotnickým záznamem v těchto zemích potvrzují dobré pracovní vyhlídky do budoucna s elektronickou dokumentací.

Jde tedy o samostatný modul nemocničního informačního systému. Dodavatelů zabývajících se touto oblastí je v České republice několik. (30)

10.2 Význam elektronické ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace klienta a její význam je jak úřední tak klinický. Poskytuje informace o potřebách klienta, o poskytované péči, o jejich výsledcích a zároveň hodnotí účinnost či neúčinnost různých

ošetřovatelských zákroků. Navíc poskytuje informace, které by mohly být využity pro ošetřovatelský výzkum.

Dobře vedená ošetřovatelská dokumentace je výsledkem správné týmové práce zdravotnických pracovníků, je chápána i jako nástroj pro zvyšování kvality zdravotnické péče a právně chrání klienta i sestru.

Výhodou zavedení elektronické dokumentace je evidence důležitých údajů o klientovi v nemocničním informačním systému, kde lze nahlédnout do starších záznamů a je zde k dispozici kopírování údajů. Počítačové zaznamenávání má lepší čitelnost, menší objemnost a zlepšuje vzájemnou komunikaci mezi členy zdravotnického týmu.

Elektronická ošetřovatelská dokumentace zajišťuje ochranu osobních údajů klienta, jelikož každý člen zdravotnického týmu má přístup pouze k takovým informacím, které jsou v kompetenci s jeho vzděláním a pracovním zařazením.

Výhodou elektronické dokumentace je, že veškeré informace, které jsou zde vloženy, nelze přeškrtnat, znehodnotit, či ztratit. Stane-li se, že dojde k chybnému zápisu nebo se informace stanou neaktuálními, označením těchto informací dojde k jejich zaslepení, ale přesto jsou zde uloženy a lze je zpětně zobrazit. Je možné tedy vyhledat kdo a kdy provedl chybný zápis a o jaký šlo.

Jde také o úsporu času, která sestřám umožňuje více pečovat o klienta a tím tak zvyšovat ošetřovatelskou péči.

System elektronické ošetřovatelské dokumentace je schopen automaticky zaznamenávat čas a jméno zdravotnického pracovníka, který se přihlásil do NIS za účelem vložit či upravit vložené údaje v dokumentaci klienta. Jelikož nezůstane anonymní, je nutné, aby každý pracovník si chránil svůj přístupový kód a nedošlo tak ke zneužití, které ho může ohrozit.

Při plánování ošetřovatelské péče nabídne systém délku plánovaného výkonu a zároveň vyhodnotí čas, který pracovníci věnovali přímé péči o klienta. Vedoucí sestra tak má přehled o ošetřovatelské náročnosti skupiny klientů a současně vidí, kdo jak často a jak dlouho, u kterého klienta péči realizoval.

Lze tedy jednoduchým způsobem nepřetržitě kontrolovat poskytovanou péči. Jestli v určitou dobu byla skutečně činnost provedena nebo zda v danou chvíli nebylo něco opomenuto.

Dalšími výhodami je, že vedoucím sestřám je umožněno sledovat zatíženost personálu na směnách a reagovat na ni. Jsou zde využívány standardní terminologie, aby nedocházelo k různé lidové tvořivosti při formulaci ošetřovatelských diagnóz. Dále

redukuje chybnost a pracnost při dokumentování stavu klienta. Vylučuje možnost duplicit a tato forma ošetřovatelské dokumentace splňuje doporučení akreditačních standardů. (30)

10.3 Nevýhody elektronické ošetřovatelské dokumentace

Mezi nevýhody elektronické ošetřovatelské dokumentace je, že oproti tištěné dokumentace je výrazně dražší, což je hlavním důvodem, proč zdravotnická zařízení elektronickou dokumentaci dosud nevyužívají. Pro některé zaměstnance může být práce s elektronickou dokumentací náročné, či nepřehledné, zvláště pro ty, kteří nepřicházejí často do styku s výpočetní technikou. Pro někoho se může zdát, že využíváním této formy dokumentace, se zvýší odpovědnost a kontrola nad jeho prací, jelikož se zaznamenávají přesné časy změření hodnot nebo přímé ošetřování klientů. Záleží tak na zdravotnických pracovnících, jak se k této formě dokumentace postaví. (30)

10.4 Obsah elektronické ošetřovatelské dokumentace

Tak jako u ručně psané dokumentace, platí pro elektronickou dokumentaci stejné základní principy podle vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci musí obsahovat tyto údaje.

Název zdravotnického zařízení, jeho sídlo, identifikační číslo, pokud bylo přiděleno, název oddělení nebo obdobné části, je-li zdravotnické zařízení takto členěno, telefonní číslo zdravotnického zařízení, které dokumentaci vyhotovilo.

Dále pak obsahuje osobní údaje klienta v rozsahu pro jeho identifikaci: jméno, příjmení, rodné číslo. Pokud není přiděleno, tak datum narození, adresu místa trvalého bydliště klienta nebo jinou kontaktní adresu.

Osobní údaje kontaktní osoby musí obsahovat: jméno, popřípadě jména, příjmení, adresu místa trvalého pobytu osoby, které lze sdělit informace o zdravotním stavu klienta, nebo jinou kontaktní adresu, je-li odlišná od adresy místa trvalého pobytu, telefonní číslo, popřípadě jiný kontakt. Pokud jde o cizince, uvádí se adresa místa pobytu na území České republiky, jestliže nemá, uvede se adresa bydliště v cizině. Tyto údaje se uvádí, pokud je klient sdělí.

V dokumentaci se zaznamenávají údaje o zdravotní pojišťovně klienta, kterými jsou číslo pojištěnce, pokud není tímto číslem rodné číslo, a kód zdravotní pojišťovny.

Zapisují se údaje zdravotnických pracovníků, kteří provedli zápis do zdravotnické dokumentace. Musí být uvedeno jméno, příjmení, titul a podpis zdravotnického pracovníka a datum provedení zápisu do dokumentace.

Dále se zaznamenává datum a čas přijetí klienta do ústavní péče, ukončení ústavní péče, přeložení klienta do jiného zdravotnického zařízení poskytujícího ústavní péči, popřípadě jeho přeložení na jiné oddělení zdravotnického zařízení, předání klienta do ambulantní péče a úmrtí klienta.

Pokud klient odmítne zdravotní péči, obsahuje dokumentace datum, čas a důvod odmítnutí.

Dokumentace musí obsahovat také informace týkající se zdravotního stavu klienta a to především z osobní, rodinné, epidemiologické, sociální a pracovní anamnézy a informace o současném zdravotním stavu klienta.

Zápisy v ošetřovatelské dokumentaci musí být vedeny průkazně a pravdivě, musí být opatřen podpisem osoby, která zápis do ošetřovatelské dokumentace provedla.

Ošetřovatelská dokumentace podle vyhlášky č. 385/2006 musí obsahovat ošetřovatelskou anamnézu klienta a zhodnocení zdravotního stavu klienta, posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetřovatelské péče a ošetřovatelského plánu.

V ošetřovatelském plánu je zejména uveden popis ošetřovatelského problému a stanovení ošetřovatelské diagnózy klienta. Dále jsou zde zaznamenávány postupy poskytování ošetřovatelské péče a podle povahy postupů se uvádí datum a časový údaj o poskytnutí ošetřovatelské péče nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření, či jiných postupů ošetřovatelské péče. Na závěr se hodnotí poskytnutá ošetřovatelská péče a změny v ošetřovatelském plánu.

Dále musí obsahovat ošetřovatelskou propouštěcí zprávu nebo doporučení k dalšímu ošetřovatelskému postupu v případě předání pacienta do další ošetřovatelské péče. (30)

10.4 Elektronický podpis

Podle zákona č. 227/2007 Sb., musí všechny části zdravotnické dokumentace obsahovat elektronický podpis. Jde o nahrazení klasického podpisu v tištěné podobě

podpisem elektronického dokumentu. Elektronický podpis je chápán zpravidla jako číslo, které vytváří podepisující osoba pomocí svých dat pro vytváření elektronického podpisu a pomocí zprávy, kterou podepisuje. Mezi základní charakteristiky elektronického podpisu patří: zajištění právní akceptovatelnosti tohoto podpisu, podepsaná fyzická osoba nemůže popřít, že je původcem podpisu, je možné zjistit, zda zpráva nebyla změněna po podepsání, je možné zjistit identitu podepisované osoby.

Elektronický podpis v současné době může být i ve formě elektronického snímání prstů, snímání oční duhovky, manuálního zadávání číselného kódu, prokázání totožnosti elektronickým kódem v čipu magnetického pásku a digitálního podpisu.

Digitální podpis je nejobvyklejší a nejpoužívanější typ elektronického podpisu, vznikne pomocí šifrování na základě elektronického klíče. Podpis je vlastně velké číslo, které vytvoří vlastník pomocí předem daných pravidel sám pomocí podepisovacího prostředku, soukromého klíče. Obsahuje v sobě identitu podepisující osoby a obsah popisovaného dokumentu.

Jak bylo uvedeno výše, zákon č. 227/2007 Sb., o elektronickém podpisu ukládá, že všechny části elektronické zdravotnické dokumentace musí obsahovat elektronický podpis. V případě, že zápisy nemají elektronický podpis, musí být uchovávány v tištěné formě s datem a podpisem osoby, která zápis provedla. Každá část (list, sestava, výtisk) se považuje za samostatnou část dokumentace a musí být nejen všechny podepsány, ale také opatřeny dostatečnou identifikací pacienta. Dokumentace, která obsahuje elektronický podpis, musí splňovat následující podmínky: elektronický podpis musí být v každé jednotlivé části dokumentace, zápisy musejí být zálohovány minimálně jedenkrát během pracovního dne na záložním médiu, nejméně jedenkrát ročně jsou z nich pořizovány archivní kopie, které nelze dodatečně upravovat (například na CDROM) a archivní kopie musí umožnit čitelnost a přístupnost informací po celou dobu archivace. (30)

DISKUZE

Pro výzkum mé bakalářské práce jsem zvolila metodu historicko-srovnávací a stanovila jsem si dva dílčí cíle. Prvním cílem bylo zjistit vývoj ošetrovatelské dokumentace na jednotkách intenzivní péče. Druhým cílem bylo zjistit přínos ošetrovatelské dokumentace pro sestry na jednotce intenzivní péče. Při sběru výzkumného materiálu jsem se však setkala s problémem, a to s vyhláškou č. 64/2007 Sb., která ukládá nutný písemný souhlas pacienta k nahlédnutí do zdravotnické dokumentace, a tím mi znemožnila přístup do archivu. Na začátku výzkumu jsem uvažovala o této možnosti sběru informací. Pro sběr potřebných údajů jsem využila pamětníky, kteří mi rozhovorem poskytli podrobný popis dřívějších dokumentací a vznik jednotek intenzivní péče v různých oborech.

Pro splnění prvního dílčího cíle jsem se setkala s pamětníky, kteří mi podrobně popsali dřívější dokumentaci. Byla mi poskytnuta současná ošetrovatelská dokumentace, kterou jsem popsala a následně porovnála změny a úpravy. Při tomto šetření vyplývá, že jednotky intenzivní péče jsou oddělení, která mají funkci kratší než standardní oddělení, a tak ve srovnávání dokumentací nenalezneme velké změny. Ošetrovatelské dokumentace, které se používají na jednotkách intenzivní péče, vycházejí z dokumentací na standardním oddělení. Mají však svá specifika, především 24 hodinový záznam, sledování fyziologických funkcí (hlavně saturace, intrakraniální tlak, centrální žilní tlak, vydechovaný CO₂ apod.), bilanci tekutin, která je součástí ošetrovatelské dokumentace na jednom archu a vypsání léků přes perfuzory. Velkou změnou ve vývoji ošetrovatelské dokumentace na jednotkách intenzivní péče je barevné předtištění u významných hodnot, které je nutno sledovat se zvýšenou pozorností a celkové uspořádání sledovaných parametrů. Tím se stává přehlednější a umožňuje rychlou orientaci ve změnách stavu pacienta.

Jako první vzniklo anesteziologicko-resuscitační oddělení, které využívalo 24 hodinový záznam. Zapisovaly se důležité hodnoty, sledoval se zde celkový stav klienta a byla přehledná celková léčba klienta. Následovalo otevření chirurgické jednotky intenzivní péče, která přijala ošetrovatelskou dokumentaci z ARO. Proběhly však úpravy a současná ošetrovatelská dokumentace se skládá z několika listů, takže nevyužívá jeden velký arch. Ovšem zaznamenává stejné hodnoty a sleduje vše za 24 hodin. Přibyl list s ošetrovatelským plánem a hlášením sester. Jako další vznikla

metabolická jednotka intenzivní péče, která má vlastní specifickou ošetrovatelskou dokumentaci. Skládá se z jednoho archu pro 24 hodinový záznam. Je zaměřená na vedlejší diagnózy klienta, takže se nesleduje pouze jedna hlavní, se kterou klient přišel. Navíc je zde plán péče o dekubity, který je na jiných odděleních intenzivní péče veden jako volný list, který se zakládá do dekurzu. Nejmladší je neurochirurgická jednotka intenzivní péče, která využívá stejnou ošetrovatelskou dokumentaci jako ARO pouze s menšími úpravami posledního listu.

Ošetrovatelská dokumentace na jednotkách intenzivní péče se skládá převážně z 24 hodinového záznamu, kde se po hodinách sledují důležité parametry a lékařem vypsané ordinace, či následné změny v ordinacích. Důležitost je kladena na přehlednosti této dokumentace a minimalizování listů ošetrovatelské dokumentace, jako je u standardních oddělení. Vše se zapisuje do jednoho velkého archu, který je určen na jeden den a zakládá se chronologicky do dekurzu podle aktuálního datumu. Tato forma ošetrovatelské dokumentace je přínosná pro sestry pracujících na jednotce intenzivní péče, kde je důležité věnovat se klientům a sledovat vývoj hodnot a stabilizaci stavu klientů. Přínosem takto vedené ošetrovatelské dokumentace je alespoň malá úspora času, jelikož i přesto je vypisování ošetrovatelské dokumentace časově náročné.

Nabízí se však možnost využívat vedení ošetrovatelské dokumentace prostřednictvím elektronické formy, která nabízí mnoho možností. Jsou však také překážky, které zdravotnické zařízení nemohou s touto formou vedení ošetrovatelské dokumentace využívat. Jedná se především o finanční náročnost. Podle výzkumu Michaeli Krýdlové (30), která se zabývala problematikou elektronické dokumentace, vyplývá, že některá zdravotnická zařízení již využívají elektronickou formu dokumentace. V této práci uvádí spokojenost vrchních a staničních sester s používáním elektronické dokumentace, ve které při šetření vyšlo 50% pozitivní pohled na elektronickou dokumentaci. Tento výsledek hodnotí tvrzením, že některá zdravotnická zařízení a zejména pro zaměstnance může být přizpůsobení se a přijetí dokumentace náročné. Dále zde uvádí výsledky ze svého šetření, že nová metoda zaznamenávání do ošetrovatelské dokumentace je skutečně přínosná pro sestry, zejména v úspoře času a pro její přehlednost. Ovšem za předpokladu dostatečného množství počítačů, aby bylo možné mít kdykoliv přístup k elektronické dokumentaci, což ovšem přináší finanční nároky na tuto formu vedení ošetrovatelské dokumentace. Sestry, které mají možnost pracovat s elektronickou dokumentací, uvedly za pozitivum úsporu času, kontinuální kontrolu kvality ošetrovatelské péče a zpřehlednění informací.

Tyto výsledky by přispěli k zavedení elektronické dokumentace, jako další fáze vývoje ošetrovatelských dokumentací.

ZÁVĚR

Velmi důležitou součástí práce všeobecné sestry je vedení ošetrovatelské dokumentace, která je zároveň vizitkou každého zdravotnického pracovníka. Moderní ošetrovatelství napomáhá k rozvoji ošetrovatelské dokumentace v souladu s platnou legislativou.

Cílem studie bylo zjistit vývoj ošetrovatelské dokumentace na jednotkách intenzivní péče. Díky poskytnutým informacím od pamětníků, jsem získala potřebné údaje o dřívějších dokumentacích, jak vypadaly a co vše se do nich zaznamenávalo. S poskytnutím současných ošetrovatelských dokumentací, které jsem také podrobně popsala, jsem porovnávala dřívější a současné ošetrovatelské dokumentace. Změny, které jsem sledovala, byly převážně ve formě zapisování, v jejich přehlednosti a množstvím sledovaných hodnot. Vývoj ošetrovatelské dokumentace na jednotkách intenzivní péče je krátký, jelikož se oddělení intenzivní péče rozvíjelo jako mladý obor vyplývající ze standardních oddělení. Jako první vzniklo anesteziologicko-resuscitační oddělení, které mělo jako první ošetrovatelskou dokumentaci s 24 hodinovým záznamem a sloužila tak jako předloha pro další jednotky intenzivní péče, které vznikaly později.

Přínosem pro sestry pracujících na jednotkách intenzivní péče je především přehlednost zapisování údajů, kde se veškeré sledování zapisuje na jeden velký arch pro jeden celý den. Je zde přehledný denní i noční stav klienta, změny ordinací lékaře a barevné zvýraznění sledování bilance tekutin, perfuzorů a analgosedace.

Ošetrovatelská dokumentace je ostře sledována pro bezpečnost klientů, ale také slouží jako právní ochrana sester, které u klienta prováděly různé výkony. Její vývoj půjde neustále kupředu a je možné, že se sestry na oddělení intenzivní péče dočkají zavedení elektronické dokumentace.

LITERATURA A PRAMENY

1 VONDRÁČEK, L.; LUDVÍK, M.; NOVÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.

2 STAŇKOVÁ, M. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.

3 STAŇKOVÁ, M. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.

4 STAŇKOVÁ, M. *Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.

5 VONDRÁČEK, L. *Sestra a její dokumentace. Návod pro praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

6 VAŠÁTKOVÁ, I. *Ošetrovatelská dokumentace*. 1. vyd. Hradec Králové: RNDr. František Skopec, CSc. – Nukleus HK, 2005. 68 s. ISBN: 80-86225-72-0.

7 VAŠÁTKOVÁ, I. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 127 s. ISBN: 80-7013-327-9.

8 VONDRÁČEK, L. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 68 s. ISBN 80-247-0705-5.

9 VONDRÁČEK, L. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 68 s. ISBN 80-247-1919-3.

10 STRNAD, Z. K vyhlášce č.385/2006Sb. O zdravotnické dokumentaci. *Diagnóza z ošetrovatelství*. 2007, roč. 3, č. 3, s. 109. ISSN 1801-1349.

11 TOMEK, V. *Ošetrovatelská dokumentace*. Florence. 2007, roč. 3, č. 5, s. 238-239. ISSN 1801-464X.

12 *Vyhláška č. 385/2006 Sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky o zdravotnické dokumentaci ve znění Vyhlášky č. 479/2006 Sb. a Vyhlášky č. 64/2007 Sb., příloha 1* [online]. 21 Červenec 2006. [cit. 2011-12-16]. Dostupný na internetu: http://www.clk.cz/zakpred/vyhl_385_2006_zdrav_dokumentace.html

13 MIČUDOVÁ, E., KOCOURKOVÁ, J. Ošetrovatelská dokumentace v nemocničním informačním systému. *Sestra*. roč. 16, č. 3, s. 25. ISSN 1210-0404. 2006.

14 *Vyhláška č. 64/2007 Sb., kterou se mění Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb.*

15 KLÁNOVÁ, M. Zdravotnická dokumentace. *Sestra*. roč. 19, č.6, s. 12-13. ISSN 1210-0404. 2009.

16 TRACHTOVÁ, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: MIKADAPRESS, 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. s. 9. ISBN 80-7013-324-4.

17 KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-224-4.

18 TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: 2.vyd. NCO NZO, 2003, 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

19 KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. Vyd. Praha: Grada 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

- 20 TRACHTOVÁ, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: MIKADAPRESS, 2006. *Potřeba dýchání*. s. 111. ISBN 80-7013-324-4.
- 21 TRACHTOVÁ, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: MIKADAPRESS, 2006. *Správná výživa*. s. 111. ISBN 80-7013-324-4.
- 22 TRACHTOVÁ, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: MIKADAPRESS, 2006. *Faktory, které ovlivňují vyprazdňování stolice a moče*. s. 111. ISBN 80-7013-324-4.
- 23 TRACHTOVÁ, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: MIKADAPRESS, 2006. *Sebepéče a soběstačnost*. s. 111. ISBN 80-7013-324-4.
- 24 POKORNÝ, J., BOHUŠ, O. *Anesteziologie a resuscitace v České a Slovenské republice na cestě k oborové samostatnosti*. Praha: Pražská vydavatelská společnost, 1996. 204 s. ISBN 80-85369-36-2.
- 25 DBALÝ, V., et al. *50 let Ústřední vojenské nemocnice*. Praha: Naše vojsko, 1988. 120 s. 28-023-88.
- 26 SPINADEL, L. *Klinická anesteziologie*. Praha: Naše vojsko, 1950. 589 s.
- 27 ŠKVAŘIL, J., et al. *Válečná chirurgie*. Praha: Naše vojsko, 1950. 592 s.
- 28 *Historie FN Plzeň – historie plzeňské medicíny* [online]. [cit. 2012-01-5]. Dostupné z: <http://www.fnplzen.cz/historie.asp>
- 29 CHOC, M., MRAČEK, Z. *Letopis k 50. výročí neurochirurgie v Plzni*. Praha: EUROVERLAG, 2006. 58 s. ISBN 80-7177-075-2.
- 30 KRÝDLOVÁ, M. *Elektronická dokumentace v ošetrovatelské praxi*. České Budějovice, 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Lenka ŠEDOVÁ.

SEZNAM ZKRATEK

FN – fakultní nemocnice

AR – anesteziologicko-resuscitační

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

PEEP – pozitivní tlak na konci výdechu

PŽK – permanentní žilní katétr

CŽK – centrální žilní katétr

JIP – jednotka intenzivní péče

CO₂ – oxid uhličitý

EEG – elektroencefalograf

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 – Záznamový a ordinační list.
- Příloha č. 2 – Záznamový a ordinační list – pokračování.
- Příloha č. 3 – Záznam o vstupech a hodnotících škálách.
- Příloha č. 4 – Záznamový list ošetrovatelské péče pro denní a noční směnu.
- Příloha č. 5 – Záznamový a ordinační list.
- Příloha č. 6 – 24 hodinový záznam.
- Příloha č. 7 – Záznamy lékaře, mimořádné ordinace.
- Příloha č. 8 – Záznamový list ošetrovatelské péče pro denní a noční směnu.
- Příloha č. 9 – Realizace ošetrovatelského plánu.
- Příloha č. 10 – Standardní ošetrovatelský plán zaměřený na potřeby jedince, hlášení sester.
- Příloha č. 11 – Záznamový a ordinační list.
- Příloha č. 12 – Ordinační list denní.
- Příloha č. 13 - Hodnotící škály
- Příloha č. 14 - Laboratorní list a ošetrovatelská péče o dekubity.
- Příloha č. 15 – 24 hodinový záznam.
- Příloha č. 16 – Mikrobiologické nálezy.
- Příloha č. 17 – Záznamový a ordinační list.
- Příloha č. 18 - Záznamový a ordinační list – pokračování.
- Příloha č. 19 – Záznamy o vstupech, bilanci tekutin, antibiotik a náběrech.
- Příloha č. 20 – Lékařská vizita a hodnotící škály.
- Příloha č. 21 - Záznamový list ošetrovatelské péče pro denní a noční směnu.

Příloha 1: Záznamový a ordinační list.

ZÁZNAMOVÝ A ORDINAČNÍ LIST

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Anesteziologicko - resuscitační klinika

Datum	Den hosp.	41 ^a	220	6	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Identifikace pacienta		40 ^a	200		100								
		39 ^a	180		100								
		38 ^a	160		100								
		37 ^a	140		100								
Výška	Hmotnost	36 ^a	130		100								
		35 ^a	120		100								
		34 ^a	100		100								
PL	PZL	33 ^a	80		100								
Alergie			70		100								
KS:			60		100								
Oš. lékař			50		100								
			40		100								
			30		100								
			20		100								
			10		100								
			0		100								

Oš. sestra denní	Oš. sestra noční	Anestesiologie	Per os - sonda	Influze	Krev - křemí čerňavý	Celkem	Moč	Drény	NGS	Stolice	Celkem

Léky - Perfusiony	Anestesiologie	Per os - sonda	Influze	Krev - křemí čerňavý	Celkem	Moč	Drény	NGS	Stolice	Celkem

Výdej	pH žal. obsahu	Klyzma	Celkem

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace FN Plzeň, anesteziologicko-resuscitační oddělení.

Příloha č. 3: Záznam o vstupech a hodnotících škálách.

Periferní žilní katétr - lokalizace	Číslo katétru	Den zavedení	Zajištění dýchacích cest	Fixace (cm)	Číslo kanyly	Den zavedení
			Orotacheální intubace			
			Nazotracheální intubace			
CŽK - V. jugularis int. dx.			Tracheostomie			
V. jugularis int. sin.			Permanentní močový katétr / epicystostomie			
V. subclavia dx.			Nazogastrická sonda			
V. subclavia sin.			Nazojejunální sonda			
V. femoralis dx.			Čidlo k měření - ICP - intraparenchymové			
V. femoralis sin.			- komorová drenáž			
Dialyzační katétr -			Hrudní drenáž:			
Swan - Ganzův katétr -						
Arteriální katétr - A. radialis dx.						
A. radialis sin.			Redonův drén:			
A. femoralis dx.						
A. femoralis sin.						
			Epidurální katétr:			
Svjo ₂						
			Jejunostomie:			
Pravidelné výměny:			V01 TS punkční	I01 Katérová sepe		
Uzavřený systém odsávání a dýchací okruh			V02 TS operační	I02 Nozokomiální pneumonie		
Uzavřený močový systém			V03 Bronchoskopie	I03 Uroinfekce		
Perfuzní linky			V04 Bronchoalveolární laváž	I04 Inlekce operační rány		
Výměna infuz. roztoku k invazivnímu měření			V05 Pronační poloha	I05 Sinusitis		
			V06 Hrudní punkce	M01 Alergická reakce		
			V07 SG katétr	M02 Analýtický šok		
			V08 Měření CO	M03 Bronchospasmus		
			V09 ICP čidlo	M04 Podání tekutin (TPN) nesprávnou rychlostí		
			V10 Oxymetrie jug. bulbu	M05 Podání nesprávného léku nebo dávky		
			V11 Měření IAP	P01 Postpunkční krvácení (tracheostomie)		
			V12 Epicystostomie	P02 Postpunkční krvácení		
			V13 Postpylorická výtka	P03 Pneumothorax		
			C01 Nechtěné vytažení CŽK	P04 Hemotorax		
			C02 Nechtěné vytažení arterie	P05 Punkce arterie při zavádění CŽK		
			C03 Dekubitus	P06 Krvácení z DC po odsávání		
			C04 Nechtěná extubace	P07 Stenóza DC - po extubaci		
			C05 Pád z postele nebo křesla	P08 Stenóza DC - po zrušení TS		
			C06 Nechtěné vytažení hrud. drénu			
ID náramek: ano / ne	Poznámka:					
Lokalizace:						
Výměna:						

Glasgowské schéma		bodů	bodů	Skórování sedace dle Ramsaye	Velikost zornic (mm)
Otevření očí	4	Nejlepší motorická odpověď	6	Lehká	1 2
spontánní	4	vyhoví výzvě	6	1. úzkostný, agitovaný, neklidný	1 2
na oslovení	3	lokalizuje bolest	5	2. spolupracující, orientovaný, klidný	3 4
na bolest	2	necílený úhyb	4	3. pouze odpovídá na pokyny	3 4
žádné	1	abnormální flexe	3	Hluboká	5 6
Nejlepší slovní odpověď	5	abnormální extenze	2	4. rychlá odpověď na lehký poklep na glabelu / hlasité oslovení	5 6
orientovaná	5	žádná	1	5. zpomalená odpověď na lehký poklep na glabelu / hlasité oslovení	7 8
zmatená	4			6. žádná odpověď	
pouze slova	3			Vizuální analogová škála	
pouze zvuky	2			0 - bez bolesti 10 - maximální bolest	
žádná	1				

Bilance za 24 h.	ml	Bilance předchozí den	Hmotnost (kg)	Výživa p.o.
per os / sonda		Příjem	při přijetí	
infuze			včerejší	
krev / plazma		Výdej	dnešní	
příjem - celkem				
moč		Bilance MEM		
drény		Příjem		
zvratky / sonda		Výdej		
stolice				
výdej - celkem		Souhrn		

FN 0193/01

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace FN Plzeň, anesteziologicko-resuscitační oddělení.

Příloha č. 4: Záznamový list ošetřovatelské péče pro denní a noční směnu.

ZÁZNAMOVÝ LIST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE - NOČNÍ SMĚNA

Hodnocená oblast / Ošetřovatelská diagnóza	Ošetřovatelské zásady	Hodnocení, doporučení
1. Stravování, plyný režim		Název diety:
2. Péče o dýchací cesty	Frekvence odsávání: Charakter sputa: Prodechování / dechová rehabilitace:	
3. Péče o cévní vstupy: periferní žíla arterie centrální žíla	Klasifikace dle Maddonovy stupnice Stav místa vpichu/způsob ošetření	
4. Péče o pokožku	Stav pokožky / Norton score: Porušená integrita kůže - ano / ne Speciální lékopis ano / ne Typ ATD matrace / lůžka:	
5. Hygienická péče	Celková koupel na lůžku / ARLUO - ano / ne Dužina uší - stav / způsob ošetření: Oči - stav / způsob ošetření: Nemocný aktivně pečuje o hygienu - ano / ne / částečně:	
6. Vyprazdňování	Charakter moče: Charakter stolice: Spoupráce nemocného při vyprazdňování - ano / ne Jak:	
7. Vnímání bolesti	<i>Při použití soupřavy na hodnovou dlužku - vyměň po 10 dnech a kontroluj indikaci!</i> Má pacient bolesti - ano / ne Hodnocení dle VAS: Lokace / charakter: Bolest odstraněna - ano / ne / jak?:	
8. Fyzioterapie	Rehabilitace fyzická - aktivní / pasivní: jak často / kdo provádí:	
9. Spolupráce, komunikace, psychický stav, spánek	Spolupráce - ano / ne / jak: Komunikace - ano / ne / jak: Psychický stav: Návštev - ano / ne / kdo: reakce: Spánek - ano / ne / jak dlouho: Jiné aktivity, projevy:	
10. Ostatní ošetřovatelské činnosti	Převazy: Operační zákroky - plánované / provedené: předoperační příprava: Vyšetření - plánované / provedené: Počet objednaných krevních konzerv:	
11. Administrativa	Přijetí / úmrtí - oznámení rodině / způsob: Příklad / propuštění - kam:	
Další poznámky:		

ZÁZNAMOVÝ LIST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE - DENNÍ SMĚNA

Hodnocená oblast / Ošetřovatelská diagnóza	Ošetřovatelské zásady	Hodnocení, doporučení
1. Stravování, plyný režim		Název diety:
2. Péče o dýchací cesty	Frekvence odsávání: Charakter sputa: Prodechování / dechová rehabilitace:	
3. Péče o cévní vstupy: periferní žíla arterie centrální žíla	Klasifikace dle Maddonovy stupnice Stav místa vpichu/způsob ošetření	
4. Péče o pokožku	Stav pokožky / Norton score: Porušená integrita kůže - ano / ne Speciální lékopis ano / ne Typ ATD matrace / lůžka:	
5. Hygienická péče	Celková koupel na lůžku / ARLUO - ano / ne Dužina uší - stav / způsob ošetření: Oči - stav / způsob ošetření: Nemocný aktivně pečuje o hygienu - ano / ne / částečně:	
6. Vyprazdňování	Charakter moče: Charakter stolice: Spoupráce nemocného při vyprazdňování - ano / ne Jak:	
7. Vnímání bolesti	<i>Při použití soupřavy na hodnovou dlužku - vyměň po 10 dnech a kontroluj indikaci!</i> Má pacient bolesti - ano / ne Hodnocení dle VAS: Lokace / charakter: Bolest odstraněna - ano / ne / jak?:	
8. Fyzioterapie	Rehabilitace fyzická - aktivní / pasivní: jak často / kdo provádí:	
9. Spolupráce, komunikace, psychický stav, spánek	Spolupráce - ano / ne / jak: Komunikace - ano / ne / jak: Psychický stav: Návštev - ano / ne / kdo: reakce: Spánek - ano / ne / jak dlouho: Jiné aktivity, projevy:	
10. Ostatní ošetřovatelské činnosti	Převazy: Operační zákroky - plánované / provedené: předoperační příprava: Vyšetření - plánované / provedené: Počet objednaných krevních konzerv:	
11. Administrativa	Přijetí / úmrtí - oznámení rodině / způsob: Příklad / propuštění - kam:	
Další poznámky:		

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace FN Plzeň, anesteziologicko-resuscitační oddělení.

Příloha č. 5: Záznamový a ordinační list.



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Chirurgická klinika - JIP

ZÁZNAMOVÝ A ORDINAČNÍ LIST

Štítek		Datum	Den hospitalizace	Ordinace:
		Pooperační den		
Alergie				
DG	KS	Zásoba na TS		
Kategorie				
PL	PZL	ZL	NR	
Hmotnost	Výška			
invasivní vstupy	Datum	Lokalizace/číslo	Převaz/výměna	
PŽK				
CŽK				
NGS/NJS				
TR/TS				
ART				
DK				
EDK				
DREN				
PMK				
Stomie/fejuno				
ID náramek	ANO / NE			
PRAVIDELNÉ VÝMĚNY				
perfuzní linky				
infuzní roztok k invazivnímu měření				
uzavřený močový systém				
uzavřený systém odsávání + dýchací okruh				
Bilance za 24h - ml		moč		
p.o. / NGS		drény		
infuze		NGS / zvracení		
krev / MLP		stolice		
příjem - celkem		výdej - celkem		
Bilance předchozí den - ml				
příjem		výdej		

PRACOVNÍ 118/2007

FN 0249/01

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace FN Plzeň, chirurgická JIP.

Příloha č. 7: Záznamy lékaře, mimořádné ordinace.

Záznamy lékaře, mimořádné ordinace:

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace FN Plzeň, chirurgická JIP.

Příloha č. 8: Záznamový list ošetrovatelské péče pro denní a noční směnu.

ZÁZNAMOVÝ LIST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE - DENNÍ SMĚNA

Hodnocená oblast	Ošetrovatelské zásahy	Hodnocení
1. Stravování, plyný režim	NPO Schopnost spolupráce	Dieta Sipping
2. Péče o dýchací cesty	Frekvence odsávání/odkašle aktivně Charakter sputa	
3. Péče o cévní vstupy Periferní žíla Centrální žíla	Dýchová rehabilitace/prodechování Klasifikace dle Maddonovy škály / stav místa vpichu / způsob ošetření	
4. Hygienická péče	Celková koupel na lůžku Schopnost spolupráce Důlma ústní (stav/způsob ošetření) Oči (stav/způsob ošetření)	
5. Péče o pokožku	Speciální lískopis Stav pokožky/Norton skóre Porušená integrita kůže Typ matrace	
6. Vyprazdňování	Charakter moče Schopnost spolupráce	
7. Vnímání bolesti	Bolest Bolest odstraněna Hodnocení dle VAS - jednoduchá deskriptivní škála	
8. Fyzioterapie	Rehabilitace fyzická: aktivní/pasivní RHC provádějíjak často Ventilace: lůžko/křeslo Stoj u lůžka/chůze	
9. Spolupráce, komunikace, stav vědomí	Spolupráce Komunikace Stav vědomí/GCS Orientace (čas, místo, prostor) Návštěvy Spánek	
10. Ostatní ošetrovatelské činnosti	Operační zákrok: plánovaný/provedený Předoperační příprava Operační rána - převaz	
11. Záznamy sestry	Vyšetřena plánované/provedené	
		Zpracovala:

ZÁZNAMOVÝ LIST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE - NOČNÍ SMĚNA

Hodnocená oblast	Ošetrovatelské zásahy	Hodnocení
1. Stravování, plyný režim	NPO Schopnost spolupráce	Dieta Sipping
2. Péče o dýchací cesty	Frekvence odsávání/odkašle aktivně Charakter sputa	
3. Péče o cévní vstupy Periferní žíla Centrální žíla	Dýchová rehabilitace/prodechování Klasifikace dle Maddonovy škály / stav místa vpichu / způsob ošetření	
4. Hygienická péče	Celková koupel na lůžku Schopnost spolupráce Důlma ústní (stav/způsob ošetření) Oči (stav/způsob ošetření)	
5. Péče o pokožku	Speciální lískopis Stav pokožky/Norton skóre Porušená integrita kůže Typ matrace	
6. Vyprazdňování	Charakter moče Schopnost spolupráce	
7. Vnímání bolesti	Bolest Bolest odstraněna Hodnocení dle VAS - jednoduchá deskriptivní škála	
8. Fyzioterapie	Rehabilitace fyzická: aktivní/pasivní RHC provádějíjak často Ventilace: lůžko/křeslo Stoj u lůžka/chůze	
9. Spolupráce, komunikace, stav vědomí	Spolupráce Komunikace Stav vědomí/GCS Orientace (čas, místo, prostor) Návštěvy Spánek	
10. Ostatní ošetrovatelské činnosti	Operační zákrok: plánovaný/provedený Předoperační příprava Operační rána - převaz	
11. Záznamy sestry	Vyšetřena plánované/provedené	
		Zpracovala:

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace FN Plzeň, chirurgická JIP.

Příloha č. 9: Realizace ošetřovatelského plánu.

REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU

datum	R		O		N		R		O		N		R		O		N		
	O	N	R	O	N	R	O	N	R	O	N	R	O	N	R	O	N		
OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE																			
celková koupel:	ranni																		
	večerní																		
dopomoc při hyg.:	ranni																		
	večerní																		
hygiena dutiny ústní																			
mytí vlasů																			
stříhání nehtů																			
masáž zad																			
příprava na vyšetření																			
klyzma (projimadlo) - vyš.																			
holení tváře																			
holení před vyš./operací																			
permanentní cévka																			
zavedení kanyly																			
příjem potravy *																			

Z - zavedení K - kontrola P - převaz V - výměna EX - konec H - hygiena
 * velikost porci: 0 - 1/4 - 1/2 - 1

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace FN Plzeň, chirurgická JIP.

Příloha č. 10: Standardní ošetřovatelský plán zaměřený na potřeby jedince, hlášení sester.



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN ZAMĚŘENÝ NA POTŘEBY JEDINCE

List č.:

Datum	Problém	Cíl	Navrhovaná opatření	Frekv.	Hodn.	Stop	Podpis	Datum	Problém	Cíl	Navrhovaná opatření	Frekv.	Hodn.	Stop	Podpis	
	1. Strach a úzkost	U pacienta se sníží pocit strachu	1. podporuj vyjádření P emoci 2. ověř zda pochopil všechny instrukce a informace související s péčí a diagnózou						5. Porucha kožní integrity <input type="checkbox"/> dekulat <input type="checkbox"/> kanyla <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> nevznikne defekt <input type="checkbox"/> na defektu bude probíhat proces hojení						
	2. Bolest	P sdělí, že bolest je méněší nebo ustoupila	1. doporuč úlevovou polohu 2. podávej analgetika dle ordinace 3. kontroluj a dokumentuj charakter, intenzitu, propagaci						6. Zácpa	Stolice minimálně 1x za 96 dní	1. provolej návčik vyprazdňovacího reflexu 2. doporuč potraviny bohaté na vlákniny 3. sleduj množství a frekvenci stolice 4. podlej projímadlo dle ordinace					
	3. Poruchy dýchání	P bude volně dýchat	1. zajisť polohu v polosedě 2. podávej kyslíkovou terapii dle ordinace 3. doporuč dechovou RHC						7. Inkontinence moče	P bude schopen optimálně kontrolovat močení	1. zajisť hygienu dle potřeby 2. snižuj příjem tekutin 2-3 hodiny před spaním 3. aktivně nabízej podložní mísu					
	4. Deficit sebezpečě <input type="checkbox"/> hygiena <input type="checkbox"/> výživa								8. Hypertermie	TT 36 - 36,9°C	1. zajisť dostatek tekutin 2. máš časově TT 3. podávej dle ordinace antipyretika / studené obklady					
	5. Snižená mobilita	P se bude pohybovat optimálně vzhledem ke zdr. stavu	1. zajisť vše potřebné k lůžku, signalizace 2. zajisť aktivní či pasivní RHC, zapoj rodinu													
Specifický problém:																

HLÁŠENÍ SESTER

dat./čas	oš. kat.	ranní služba	čas	odpolední služba	čas	noční služba
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
Dotazy na lékaře:						

Pokoj	Jméno	lék											ko oše plánu					hodiny																	
		R	O	N	Ord	?	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne	D	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace FN Plzeň, chirurgická JIP.

Příloha č. 11: Záznamový a ordinační list.

DATUM: _____ List č.: _____

Příjmení a jméno:				
IP:		Plátce ZP:		
ID náramek:		DG:		
Výška:		Hmotnost:		
KS:		Alergie:		
Zásoba na TS:				
CENTRÁLNÍ KANYLA				
Druh	Místo	Zavedení	Převaz	Zrušení
CŽK				
DIALYZ. KATÉTR				
SWAN-GANZ				
ARTERIE				
DRÉNY				
Zátka D.K.	ANO: ml:	HEPARIN - CITRÁT		
ENDOTRACHEÁLNÍ ROURKA				
Dat. zavedení		Velikost:	Fixace:	VENTILÁTOR
TRACHEOSTOMICKÁ KANYLA				
Dat. zavedení		Velikost:		FILTR
MOČOVÝ KATETR				
Dat. zavedení		Velikost:		OSTATNÍ
Dat. zavedení		PERIFERIE:		ODSÁVÁNÍ
Dat. zavedení		SONDA:		
Dat. zavedení		REKTÁLNÍ ROURKA:		FREKVENCE
Příbuzní - tel. č.:				R
				N
				CHARAKTER SPUTA
				R
				N

Péče o dýchací cesty

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace FN Plzeň, metabolická jednotka intenzivní péče.

Příloha č. 12: Ordinační list denní

		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	
DIETA 6:	TK+P	220	41																							
	TT	2100	40																							
PŘÍDAVKY:		190	39																							
		150	38																							
		140	37																							
		120	36																							
STUDIE:		100	35																							
		80	34																							
KATEGORIE LÉČBY:		60	33																							
		40	32																							
SATURACE																										
DECHY																										
SLEDOVANI																										
ET CO.																										
CŽT																										
Ph. Z. O. / poloha																										
ZORNICE																										
POLOHOVANI																										
HYGIENA																										
PŘÍJEM	PER OS																									
	SONDA																									
	INFUZE																									
SEDACE																										
BOLUSY SEDACE																										
KREV + KR. DERIVÁTY																										
MOC																										
ZAL. SONDA																										
ZVRAGENÍ																										
STOLICE/PŘÍJEM																										
DRENÁŽ																										
POSLEDNÍ STOLICE:																										
BILANCE																										
P																										
V																										
12 ⁰⁰																										
18 ⁰⁰																										
24 ⁰⁰																										

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace FN Plzeň, metabolická jednotka intenzivní péče.

Příloha č. 13: Hodnotící škály

Richmondská škála agitace-sedace (RASS)			Hodnocení	
Skóre	Pojmenování	Popis nemocného	Denní	Noční
+4	Útočný	Bezprostředně ohrožuje personál		
+3	Velmi agitovaný	Cíleně vytahuje vstupy (katétr, ETR), agresivní		
+2	Agitovaný	Necíleně vytahuje vstupy (katétr, ETR), interferuje s UPV		
+1	Neklidný	Vystrašený, ale bez agrese či výrazných pohybů		
0	Klidný a bdělý			
-1	Ospalý	Na oslovení dlouhodoběji probuditelný: na > 10s otevře oči a fixuje pohled		
-2	Lehká sedace	Na oslovení se krátce probudí: na < 10s otevře oči a zafixuje pohled		
-3	Střední sedace	Na oslovení se pohne či krátce otevře oči (ale nefixuje pohled)		
-4	Hluboká sedace	Na oslovení nereaguje (ale na dotyk se pohne či otevře oči)		
-5	Neprobuditelný	Nereaguje ani na oslovení ani na stimulaci dotykem		

GLASGOW COMA SCALE					D	N
OČI	otevře	spontánně	4			
		na slovní výzvu	3			
		na bolestivý podnět	2			
	neotevře	1				
	PŘÍJEM ml		Nelepší motorická odpověď			
BILANCE		Nelepší slovní odpověď				
KB:		orientován a konverzuje		5		
ZTRÁTY		dezorientován a konverzuje		4		
		neadekvátní výrazy a slova		3		
		nesrozumitelné zvuky		2		
		žádná odpověď		1		
SONDA: MOČ: DRÉN:		Celkově				

PŘÍSTROJE TRIDY II.0.

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace FN Plzeň, metabolická jednotka intenzivní péče.

Příloha č. 16: Mikrobiologické nálezy.

Příjmení, jméno:	
Pojišťovna:	
Dg.:	

hod.	látka	podpis

Druh	Datum inserce	Místo inserce	Lokální nález v místě vpichu	Mikrobiologický nález konce

Mikrobiologické nálezy			
Datum odběru	Místo odběru	Nález	Citlivost

	Datum zavedení	Doba trvání
NG sonda		
Perm. močový katetr		

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace FN Plzeň, neurochirurgická jednotka intenzivní péče, dřívější dokumentace.

Příloha č. 17: Záznamový a ordinační list.

		Datum aktuální přijetí		Operativní den		41 ^h	220	6	7	8	9	10	11	41 ^h	200	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Jméno		40 ^h	210	200										21 ^h	200									
Příjmení		39 ^h	190	180										20 ^h	180									
IP		38 ^h	170	160										19 ^h	160									
C. chromopapsu		37 ^h	150	140										18 ^h	140									
Hlavní diagnóza slovy + č. dg.		36 ^h	130	120										17 ^h	120									
Kategorie		35 ^h	110	100										16 ^h	100									
Pl. PLZ ZL NR		34 ^h	90	80										15 ^h	80									
Krevní skupina + TO		33 ^h	70	60										14 ^h	60									
Alergie		32 ^h	50											13 ^h										
INF + AIO																								
Analýza sedimentace																								
Perfuzory																								
Glykémie																								
Přijem																								
Výdej																								

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace FN Plzeň, neurochirurgická jednotka intenzivní péče, současná dokumentace.

Příloha č. 19: Záznamy o vstupech, bilanci tekutin, antibiotik a náběrech.

Dieta			Náběry - vyšetření - výkony - konzília		
NGS					
pH + zbytky					
Monitorace trvale zápis					
Diuréza					
P / V					
RHC	celková		Antibiotika		
	dechová				
Bandáže DK					
Odsávat dle potřeby					
KOP			Hemokultura - datum náběru		
Péče o DÚ + nos					
Další ordinace (i. v. + tbl)			Akutní karta		
			Priority		Ventilační protokol Vt Ip FIO ₂ PEEP Df ASB
			Lokalizace		Datum zavedení
			Arteriální katetr		č. katetru
			CŽK		
			PŽK		
Opiáty			PŽK		
Hodina	Látka	Podpis	PŽK		
			OTI / NTI / TS fixace:		
			NGS		
			PMK		
			lumbální drenáž, komorová drenáž, Redonův drén, hrudní drenáž		
			Vedlejší diagnózy		
Bilance za 24 h.			ml		
per os / sonda					
infuze					
krev / plazma					
příjem - celkem					
moč					
drény					
zvratky / sonda					
			Bilance předchozí den		
stolice			Příjem		
výdej - celkem			Výdej		

FN 0208/01

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace FN Plzeň, neurochirurgická jednotka intenzivní péče, současná dokumentace.

Příloha č. 20: Lékařská vizita a hodnotící škály.

LÉKAŘSKÁ VIZITA

Glasgowské schéma		body	Stavování sedace dle Ramsaye	
Nelepší motorická odpověď				
Lehka				
1. uzkosný, agitovaný; neklidný				
2. spontánní odpověď na otázky, klidný				
3. pouze odpověď na pokyny				
Hluboká				
4. rychlá odpověď na lehký poklep na glabelu / hlasité oslovení				
5. zpomalená odpověď na lehký poklep na glabelu / hlasité oslovení				
6. žádná odpověď				
Nelepší slovní odpověď				
orientovaná				
zmataná				
neorientovaná				
pouze zvuky				
žádná				
Otevření očí				
spontánní				
na oslovení				
na bolest				
žádné				
Velikost zornice (mm)				
1 2 3 4 5 6 7 8				
• ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○				
Ošetřovatelské zásahy				
Čas				
0 1 2 3 4 5				
Lokalizace a charakter bolesti				
Ošetřovatelské zásahy				
Hodnocení stupně bolesti				
0 - bez bolesti, spánek				
1 - mírná bolest				
2 - střední bolest				
3 - silná bolest				
4 - velmi silná bolest				
5 - nesnesitelná bolest				

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace FN Plzeň, neurochirurgická jednotka intenzivní péče, současná dokumentace.

Příloha č. 21: Záznamový list ošetrovatelské péče pro denní a noční směnu.

ZÁZNAMOVÝ LIST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE - NOČNÍ SMĚNA

Hodnocená oblast / Ošetrovatelská diagnóza	Ošetrovatelské zásahy	Hodnocení, doporučení
1. Stravování, pitný režim		Název diety:
2. Péče o dýchací cesty	Frekvence odsávání: Charakter sputa: Prodechování / dechová rehabilitace:	
3. Péče o cévní vstupy: periferní žíla arterie centrální žíla	Stav místa vpichu/způsob ošetření:	
4. Péče o pokožku	Stav pokožky / Norton score: Porušená integrita kůže - ano / ne Lokalizace / charakter: Velikost / způsob ošetření: Způsob a frekvence polohování: typ ATD matrace / lůžka:	
5. Hygienická péče	Celková koupel na lůžku / ARUO - ano / ne Dutina uší - stav / způsob ošetření: NGS - péče o nos: Oči - stav / způsob ošetření: Nemocný aktivně pečuje o hygienu - ano / ne / částečně:	
6. Vyprazdňování	Inkontinence - ano / ne Stolice: Spolupráce pacienta při vyprazdňování - ano / ne Ják: Menstruace - ano / ne den:	
7. Fyzioterapie	Rehabilitace lyžička - aktivní / pasivní: jak často / kdo provádí: typ cvičení:	
8. Spolupráce, komunikace, psychický stav, spánek	Spolupráce - ano / ne / jak: Komunikace - ano / ne / jak: Psychický stav: Návštěvy - ano / ne / kdo:	
9. Ostatní ošetrovatelské činnosti	Převazy: Operace - plánované / provedené: předoperační příprava: Vyšetření - plánované / provedené:	
10. Další poznámky:		

Oš. sestra:

ZÁZNAMOVÝ LIST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE - DENNÍ SMĚNA

Hodnocená oblast / Ošetrovatelská diagnóza	Ošetrovatelské zásahy	Hodnocení, doporučení
1. Stravování, pitný režim		Název diety:
2. Péče o dýchací cesty	Frekvence odsávání: Charakter sputa: Prodechování / dechová rehabilitace:	
3. Péče o cévní vstupy: periferní žíla arterie centrální žíla	Stav místa vpichu/způsob ošetření:	
4. Péče o pokožku	Stav pokožky / Norton score: Porušená integrita kůže - ano / ne Lokalizace / charakter: Velikost / způsob ošetření: Způsob a frekvence polohování: typ ATD matrace / lůžka:	
5. Hygienická péče	Celková koupel na lůžku / ARUO - ano / ne Dutina uší - stav / způsob ošetření: NGS - péče o nos: Oči - stav / způsob ošetření: Nemocný aktivně pečuje o hygienu - ano / ne / částečně:	
6. Vyprazdňování	Inkontinence - ano / ne Stolice: Spolupráce pacienta při vyprazdňování - ano / ne Ják: Menstruace - ano / ne den:	
7. Fyzioterapie	Rehabilitace lyžička - aktivní / pasivní: jak často / kdo provádí: typ cvičení:	
8. Spolupráce, komunikace, psychický stav, spánek	Spolupráce - ano / ne / jak: Komunikace - ano / ne / jak: Psychický stav: Návštěvy - ano / ne / kdo:	
9. Ostatní ošetrovatelské činnosti	Převazy: Operace - plánované / provedené: předoperační příprava: Vyšetření - plánované / provedené:	
10. Další poznámky:		

Oš. sestra:

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace FN Plzeň, neurochirurgická jednotka intenzivní péče, současná dokumentace.