

# Zdravotnická dokumentace lůžek následné péče

Doleželová Ivana

26.5.2014

# Cíl zdravotnické dokumentace (ZD)

- **Zaznamenat aktuální situaci a souvislosti**, pokud možno co nejděrněji
- **Zaznamenat vývoj** v časové ose
- **Předat informaci**, pokud možno co nejpřesnější
- **Zdůvodnit hospitalizaci**

Platba od ZP přichází za indikovanou hospitalizaci

# Co je indikovaná hospitalizace

- **Nelze** tuto péči poskytovat **v jiném**, než nemocničním **prostředí**
- V dokumentaci je **prokazatelný efekt poskytované péče**
  - Zlepšení v soběstačnosti
  - Zlepšení zdravotního stavu
  - Důkaz, že bez zdravotní péče, poskytované za hospitalizace by se zdravotní stav zhoršil

Délka poskytované hospitalizační zdravotní péče není omezena časem, ale indikací

# Zdravotnické služby na lůžku následné péče

- **Komplex lékařské a nelékařské odborné péče**
- **Čím méně je poskytováno lékařské péče, tím hůře se zdůvodňuje indikace pobytu na následném nemocničním lůžku – nabývá na významu přesná indikace nelékařské péče lékařem a přesné záznamy nelékařské ZD, nutno brát do úvahy délku rekonvalescence, funkční schopnosti nemocného – zdůvodnění ve ZD**
- **Nelékařské zdravotnické služby lze poskytovat do určité míry v jiných typech pobytových zařízení**

Je třeba objektivního důkazu, proč pacient setrvává na hospitalizačním lůžku při nelepším se funkčním stavu po залéčení nemoci, pro kterou je hospitalizován

# Kasuistika

Muž **84 let** hospitalizován na následném lůžku **25 měsíců**

**Základní chronické dg. parkinsonismus** na léčbě, hypertenze, ICHS - FIS

**Indikace k hospitalizaci** - disabilita (ADL 45 bodů) pokles kognice z 24 na 18 B v MMSE) se zmateností v důsledku akutního koronárního syndromu a doprovodní infekce močových cest.

**Vyhodnocení ZP – pacient měl být od počátku umístěn do pobytového zařízení sociálních služeb – hospitalizace neuhrazena**

## Otázky k zodpovězení

- Proč hospitalizace trvala tak dlouho?
- Bylo možné pacienta v průběhu léčení propustit?

## Základní informace ze ZD

Pacient po celou dobu **až do června 2010 vykazoval stejný stupeň nesoběstačnosti** (ADL 45 B) a **pokles kognice** od 18 do 20 B, v předchorobí byl samostatně chodící bez opory, s MMSE 24 B

Proč nedošlo ke zlepšení stavu při poskytované komplexní péči a proč, když výsledky testů byly beze změny, nebyl pacient propuštěn z hospitalizace?

- V průběhu pobytu provázely nemocného opakované pády se zraněními k chirurgickému řešení
- Opakované záněty močových cest s akutními retencemi moče a neprůchodností katetru (dlouhodobě řešil urolog), pacient opakovaně léčen ATB
- ATB terapie byla provázena dyspepsiemi s nutností parenterální rehydratace
- Kolísavá kognitivní suficience s recidivujícími delirantními stavy při zátěži

**Jednotlivé události byly řetězeny za sebou v takových intervalech, že nebylo období, kdy by pacient mohl být maximálně RHB a kdy by měl šanci se navrátit ke své původní soběstačnosti**

**Až v dubnu 2010 došlo ke stabilizaci, pacient byl plně RHB až do chůze s jednou FH a do MMSE 23 B**

**Stabilizovaný a chodící přeložen do pobytového zařízení sociálních služeb**

## Odpovědi na otázky

Prodoužení hospitalizace bylo způsobeno řetězením komplikací u vysokověkého, polymorbidního seniora

Pacienta nebylo možné v průběhu celého období propustit z hospitalizace bez rizika předčasného úmrtí nebo závažných komplikací

**Epikrizy neobsahovaly zdůvodnění pobytu**, ale pouze velmi stručný popis události (např. ATB pro infekci moč. cest – urologické vyšetření) a dále, že je pacient RHB, kde ve ZD byly zápisy o nelepšící se soběstačnosti

# Účastníci a „čtenáři“ ZD

## Odborníci

- Zdravotníci
- Odborní znalci
- Pracovníci ZP
- Pracovníci sociálních služeb



## Laici

- Pacient a jeho okolí
- Právníci a soudci

Pro všechny píšeme **jen jednu** zdravotnickou dokumentaci

# Vyhláška 98/2012Sb. o zdravotnické dokumentaci

Přesně definuje formu i obsah ZD v paragrafované podobě

Základní požadavky

- Přesnost, věrohodnost
- Čitelnost
- Prokazatelnost zápisů, činností, úkonů
- Adresnost – komu kdo a co



Ve vyhlášce nikde **není dělení zdravotnické dokumentace** a ZD **akutní lůžkové péče** a **lůžkové péče následné nebo dlouhodobé**

# Nejproblematictější úseky ZD

- **Mezioborově nejednotná anamnéza a vyšetření**
- **Příjmové a konečné diagnózy**
- **Záznam aktuálního vývoje** stavu podle pacienta
- **Návrh** dalšího léčebného **postupu**
- Informace o **průběhu** léčení – epikrízy
- Záznam o rozsahu poskytnutých zdravotnických služeb
- Záznamy o provedené **nelékařské péči** (RHB, ošetrovatelská dokumentace, nutriční...)



Ve ZZ typů následné péče je lékařská zdravotnická dokumentace často minimalizována



# Neumíme napsat lékařskou zprávu

ZZ následné péče je penalizováno za neindikovaný příjem a hospitalizaci nemocné s demencí, která by dle RL ZP měla být umístěna do sociálního zařízení

Co má RL k za údaje k základní orientaci v problematice

Závěrečné diagnózy z propouštěcí zprávy překládajícího pracoviště, které byly shodné s příjmovými dg. oddělení následné péče

- Generalizovaná ateroskleróza
- Dekompence vaskulární encefalopatie
- Parkinsonský syndrom
- **Gnoarthritis vpravo s pozitivitou IgG WB B.afzelii, hraniční IgM v punktátu, pozitivní IgM Borrelia WB v séru**
- Ojedinělý paroxysmus epi – 2007
- Transientní globální amnézie 2006 (hypoperfuzní CMP???)
- Arteriální hypertenze
- Jiná cholelithiasa dle USG
- Hyperlipidémie v anamnéze
- Anémie progredující 2009 – blíže neupřesněno

**Epikrízu** – která nepopisuje průběh onemocnění, ale jen aplikaci léků a informaci o zlepšení stavu, potřebě pokračovat v ATB terapii

**Úkol znalce** – nalézt v dokumentaci skutečné důvody hospitalizace a skutečný průběh onemocnění, což je prioritním úkolem lékaře

**Dle znalce průběh onemocnění za hospitalizace na překládajícím pracovišti**

Do nemocnice přivezena RZP (rychlou záchrannou službou) Důvodem přijetí **akutně vzniklá imobilita**, kdy v 10 hodin dopoledne upadla a nebyla schopna vstát až do příjezdu RZP v 17 hodin. Při vyšetření na příjmové ambulanci schopna několika krůčků s dopomocí dvou osob. Nejeví známky zmatenosti ani probíhající cévní mozkové příhody.

U nemocné byla zjištěna **nová ataka probíhající borreliové infekce** s pozitivním nálezem akutních protilátek v punktátu kolena i v séru, pacientka byla přeložena k pokračování ATB terapie a RHB chůze na následnou péči. Nasazena a titrována antiparkinsonika, zjištěna RA a zahájena th. dle revmatologa

**Závěr znalce**

**Příjmové i propouštěcí diagnózy**, uvedené v překladové i příjmové zprávě obou zdravotnických zařízení, **neodpovídají svým pořadím zápisu důvodu přijetí, důvodu hospitalizace a důvodů překladu nemocné**. Pacientka byla hospitalizována pro **akutní dekompenzaci probíhající borreliózy**, která zhoršila její soběstačnost až do imobility z těchto důvodů, po interní stabilizaci zdravotního stavu, ještě rozléčená antibiotiky, byla správně předána k pokračování oddělení následné lůžkové péče. Pobyť v sociálním zařízení ani v domácím prostředí nebyl indikován i s ohledem na celý průběh pobytu .

Jakou šanci měl RL z předložené ZD zjistit skutečné důvody hospitalizace a překladu, aniž by musel podrobně prostudovat celý chorobopis?

Je v povinnostech RL vyhledávat ve ZD důvody hospitalizace a překladu, pokud ZD obsahuje závěrečné a příjmové dg. a epikrízu?

# Jak zabránit nedorozumění na základě příjmové a propouštěcí dg.

- **Předepsaný formát příjmové a propouštěcí zprávy**
- V příjmovém vyšetření podrobně popsat celkový somatický a funkční stav pacienta – jeho **funkční schopnosti**
- **Příjem končí pracovní dg.**, to co na pacientovi my vidíme, pracovní dg. nemusí být jednoznačné, můžeme popisovat stavy, syndromy s dovětkem – dovyšetřit apod., nikdy neopisovat dg. z předchozí zprávy, pouze ty, které jsou chronické a v tuto chvíli stabilizované
- **Závěrečné diagnózy z hospitalizace**
  - odpovědí na pracovní dg.
  - zdůvodněním současného aktuálního stavu pacienta
  - nakonec seznam chronických stabilizovaných dg. – ty řešeny nebyly

# Nedorozumění na základě zápisů v denních záznamech

- Musí obsahovat **subjektivní sdělení pacienta** a **objektivní nález lékaře** – obě informace nemusí být v soulase, ale **vždy** musí být zaznamenána **reakce lékaře na stesky pacienta stejně jako na lékařem zjištěné objektivní změny**
- **Změna medikace, indikace laboratoří, vyšetření** – vždy slovní **zdůvodnění v zápise lékaře** – **proč co děláme**

Denní **záznamy v lékařské ZD** jsou **často velmi stručné**, bez vztahu k indikované medikaci nebo vyšetření nebo k problému předchozích dnů

**Lékaři podceňují lékařskou ZD ve zdravotnických zařízeních následné péče**

- **Shoda lékařské a nelékařské dokumentace – vzácností**

## **Důvody**

- Jiné parametry hodnocení stejných problémů a stavů (kognitivní schopnosti, bolest...)
- Oddělená dokumentace – nepřehlednost a neprovázanost obou
- Velká míra subjektivního hodnocení
- Vyšetření a anamnézy obou oborů sledují stejné cíle rozdílnými prostředky
- Nelékařská ZD nemá zatím místo v závěrečné propouštěcí zprávě – není správné

# Návrh dalšího léčebného postupu

Musí být součástí ZD, často nekoresponduje se stavem, medikací a v akutních případech velmi často chybí

- **denního zápisu – akutní řešení** při nepředvídaných a neočekávaných změnách zdravotního stavu
- nebo **epikrízy** – charakter spíše **dlouhodobého plánu** léčby

## Zápis léčebného postupu v denním zápise

- Většinou několik zápisů
- Musí být časování zápisů
- Návrh léčebného postupu musí být řešením vzniklého stavu
- Návrh zpravidla vyústí do změny medikace, objednání vyšetření
- Medikace, výkony, vyšetření musí být časovány a v časové návaznosti na změnu zdravotního stavu i návrh postupu
- Časování odvozu pacienta na vyšetření a návratu pacienta z vyšetření s popisem jeho stavu před a po vyšetření, dle závažnosti stavu i jiných měřitelných hodnot

Platí pro všechna lůžková zařízení, včetně následné a dlouhodobé péče  
Velmi pomůže **standardizace a zprocesování lůžkových zařízení dle vyhlášky 102/2012Sb.**

# Vzorová epikriza

<b>Informace o případu</b>	<b>Důvod přijetí a odkud:</b> <b>Funkční stav při přijetí:</b> <b>Průběh onemocnění a pobytu:</b> <b>Funkční změny v průběhu pobytu:</b> <b>Bolest:</b> na současné medikaci kontrolována na čísle ... ve škále hodnocení bolesti 0-10 (vyžaduje akreditace)
<b>Stanovisko a opatření k případu</b>	<b>Plán dalšího postupu:</b> <b>Poučení pacienta o čem a kdy:</b>
<b>Ostatní</b>	<b>Očkování:</b> pneumo, chřipka <b>Informace třetím osobám o čem, komu a kdy:</b>

# Závěr

## Všichni „čtenáři“ ZD

- Musejí **rozumět**
- Mít **zodpovězeny všechny otázky**, vyplývající ze zápisů ZD
- Měli by být schopni **„rekonstruovat“ případ na základě zápisů**, bez dalšího vysvětlování jak to tenkrát bylo
- Zápisy ZD musí **dokladovat oprávněnost pobytu pacienta ve zdravotnickém zařízení**

