

Anesteziologický záznam a dokumentace na ICU

Renata Černá Pařízková

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

Univerzita Karlova v Praze

Lékařská fakulta v Hradci Králové



Edukační cíle

- 1. Identifikace rizikových momentů ve vedení zdravotnické dokumentace a nejčastější „slabá“ místa**
- 2. Adoptovat zásady bezpečného vedení dokumentace**

Zdravotnická dokumentace

• Zákon o zdravotních službách, č. 372/2011 Sb.

ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

Vedení zdravotnické dokumentace

§ 53

(1) Poskytovatel, nejde-li o poskytování lékařské péče v lékárně, je povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci a nakládat s ní podle tohoto zákona a jiných právních předpisů. Zdravotnická dokumentace je souborem informací podle odstavce 2 vztahujících se k pacientovi, o němž je vedena.

(2) Zdravotnická dokumentace podle účelu jejího zaměření obsahuje

a) identifikační údaje pacienta, kterými jsou jméno, popřípadě jména, příjmení, datum narození, rodné číslo, je-li přiděleno, číslo pojištěnce veřejného zdravotního pojištění, není-li tímto číslem rodné číslo pacienta, adresu místa trvalého pobytu na území České republiky, jde-li o cizince místo hlášeného pobytu na území České republiky a v případě osoby bez trvalého pobytu na území České republiky adresu bydliště mimo území České republiky,

b) pohlaví pacienta,

c) identifikační údaje poskytovatele, kterými jsou jméno, popřípadě jména, příjmení poskytovatele a adresu místa poskytování zdravotních služeb v případě fyzické osoby, obchodní firmu nebo název poskytovatele, adresu sídla nebo adresu místa podnikání v případě právnické osoby, identifikační číslo, bylo-li přiděleno, název oddělení nebo obdobné části, je-li zdravotnické zařízení takto členěno,

d) informace o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotních služeb,

e) údaje zjištěné z rodinné, osobní a pracovní anamnézy pacienta, a je-li to důvodné, též údaje ze sociální anamnézy,

f) údaje vztahující se k úmrtí pacienta,

g) další údaje podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů upravujících zdravotní služby nebo poskytování zdravotní péče.

§ 54

(1) Zdravotnická dokumentace může být za podmínek stanovených tímto zákonem vedena v listinné nebo elektronické podobě nebo v kombinaci obou těchto podob. V elektronické podobě je zdravotnická dokumentace pořizována, zpracovávána, ukládána a

Zdravotnická dokumentace

- **Novela vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, č. 137/2018 Sb.**

Ročník 2018



SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÁ REPUBLIKA

Částka 71

Rozeslána dne 9. července 2018

Cena Kč 33,-

OBSAH:

137. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů



Zdravotnická dokumentace

- **Řízené dokumenty poskytovatele**
 - Unifikace
 - Právní náležitosti
 - Předmět auditu
 - „Bič“ vs ochrana uživatel/lékař/poskytovatel

Anesteziologický záznam

What's New x anesteziologický záznam – Vyhle x +

google.cz/search?q=anesteziologický+záznam&sxsrf=AOaemvLJ_36ie11-z3Ug_MQ3yktQ_E8luA:1637337654399&source=lnms&tbm=isch&sa=X&v...

Aplikace Gmail YouTube Mapy Obecné (KKIP Covid...) iCloud Seznam čtby

Google anesteziologický záznam

nežadoucí udalosti inshop perioperační anestezie ošetrovatelství ošetrovatelská dokumentace pacient

Anesteziologický zázna... sevt.cz · Skladem

Anesteziologický zázna... medplus.cz · Skladem

Anesteziologický zázna... tiskarnalejar.cz · Skladem

Anesteziologický zázna... antikteplce.cz · Skladem

Anesteziologický záznam | Kancel... potrebykancelarske.cz · Skladem

Anesteziologický zázna... e-shop.cz

Anesteziologický zázna... mediprint.inshop.cz

Anesteziologický zázna... NÁZEV: 14 030 0 Klasifikace: A4 Gramáž: 8... Anesteziologický zázna... NÁZEV: 14 030 0 Klasifikace: A4 ... CO BY MĚL MLADÝ AN... akutne.cz Anesteziologie a léčba bolesti MUDr. Lu... slideplayer.cz

DOPORUČENÝ POSTUP ČSARIM

Zásady bezpečné anesteziologické péče

Adamus M., Cvachovec K., Černý V., Herold I., Horáček M., Mach D., Rogozov V., Ševčík P., Štourač P., Šturma J., Vymazal T.

Jména autorů jsou uváděna v abecedním pořadí, podíl jednotlivých autorů je uveden na konci práce.

Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM) ČLS JEP, akreditační komise (AK) pro obor Anesteziologie a intenzivní medicína

Anest intenziv Med. 2018;29:107-110

2.6 VEDENÍ DOKUMENTACE O ANESTEZII

2.6.1 O anestezii jakéhokoliv typu a/nebo délky je veden záznam o anestezii.

2.6.2 Doporučujeme, aby záznam o anestezii obsahoval následující položky/součásti:

- identifikace zdravotnického zařízení,
- identifikace pacienta,
- datum, čas zahájení anestezie,
- typ výkonu, pro který je anestezie poskytována,

e) identifikace lékaře poskytujícího anestezii,
f) identifikace lékaře zajišťujícího odborný dozor/dohled,

g) identifikace lékaře provádějícího daný operační/diagnostický výkon, pro který je anestezie poskytována,

h) výsledek předanestetického vyšetření a informací o souhlasu s poskytnutím anestezie (nebo odkaz na příslušnou součást zdravotnické dokumentace),

i) údaje o všech sledovaných fyziologických/orgánových funkcích pacienta v přiměřených intervalech (u parametrů srdeční frekvence, krevní tlak a saturace hemoglobinu kyslíkem nejdéle po 5 minutách),

j) údaje o způsobu zajištění dýchacích cest a v případě intubace o způsobu ověření polohy tracheální rourky,

k) údaje o způsobu zajištění přístupu do krevního oběhu,

l) údaje o poloze pacienta a provedení postupů prevence tlakového poškození,

m) údaje o nastavení dýchacích plynů a inhalačních anestetik (včetně koncentrace inhalačního anestetika ve vydechované směsi, je-li údaj dostupný),

n) údaje o nastavení umělé plicní ventilace (minimálně: inspirační frakce kyslíku, dechový objem, dechová frekvence, tlak na vrcholu inspiria, hodnota PEEP),

o) údaje o kapnometrii, je-li užitá,

p) údaje o adekvátnosti hloubky anestezie zjišťované pomocí přístrojové metody, je-li dostupná,

q) údaje o veškerých lécích podaných v průběhu anestezie, infuzní a transfuzní léčbě,

r) údaje o použitých nefarmakologických intervencích,

s) údaje o použití zdravotnických pomůcek, přístrojů (platí pro přístroje třídy IIb a III s povinností prokazatelného záznamu použití na pacientovi) nebo jiných prostředků zdravotnické techniky, není-li dokumentováno jinak,

t) údaje o atypickém průběhu a/nebo komplikacích v průběhu anestezie,

u) údaje o klinickém stavu a základních fyziologických funkcích (minimálně: stav vědomí, dýchání a oběhu) pacienta před jeho předáním do péče jiného zdravotnického pracovníka,

v) údaje o době trvání anestezie, době operace a času předání pacienta do péče jiného zdravotnického pracovníka.

Anesteziologický záznam

slabá místa

- **Stav pacienta před úvodem do anestezie**
 - Změna oproti předanestetickému vyšetření
 - Abnormální hodnoty – souvislost?
 - ✓ Oxygenace (SpO₂), TK, P (FiS...)
 - ✓ Teplota vždy před výkonem?
- **Monitorace pacienta, vedení anestézie**
 - Písemný záznam x „paper“ free či tisk
 - „...anestezie bez doporučené monitorace...“

Anesteziologický záznam

slabá místa



- **Přesnost časových údajů**

- Předání z oddělení na sál

- ✓ Premedikace, čekání „v předsáli“ bez monitorace?

- ✓ Srdeční zástava...

- Předání z operačního sálu na DJ/JIP/standard

KAM, KDY, KOMU, V JAKÉM STAVU?

Anesteziologický záznam

slabá místa

- Přesnost časových údajů

- Audit - STOPAŘ

- „buzerace“ nebo „poznaná nutnost“?

- ✓ Efektivní využití operačního sálu/operačního času

- ✓ Odpovědnost při komplikaci aneb

„ČÍ JE PACIENT?“

Kompetence/zodpovědnost

Průkaznost/archivace



Dokumentace na intenzivní péči

- **Standardní součást péče**
- **Řízené dokumenty poskytovatele**
 - povinné položky
 - obsah jednotlivých oddílů
 - počet záznamů/zápisů
 - „buzerace“ vs „poznaná nutnost“?
 - ✓ Snaha o kvalitu/standard péče
 - ✓ Odpovědnost zaměstnance, audit (jedinec vs systém)



Dokumentace na intenzivní péči

slabá místa

- **Denní dekurz (odborná část)**

- „Myšlenkový“ pochod (klinická rozvaha)
- Situace – intervence – výsledek/zhodnocení
- Ordinace a jejich náležitosti
- Čitelnost, změny/opravy zápisu



Dokumentace na intenzivní péči

- 1) Po vyhodnocení veškeré dodané dokumentace lze konstatovat jednoznačné zhoršování klinického stavu dne 13.12.2013 ve smyslu výrazně abnormálních hodnot oběhu (tepová frekvence 120-140/min) a saturace hemoglobinu kyslíkem (hodnota SpO₂ 90-92%, jednou 94%) od přibližně 12:00 do 17:30. Zhoršování stavu pokračuje až do doby cca 17:30, kdy je v zápisu *"pac. v bezvědomí, zhoršen ... ARO lékařem ... překlad na ARO"*.
- 2) V dokumentaci ze dne 13.12.2013 je údaj *"Vizita ..."* v 6:30, pak až záznam o zhoršení stavu v 17:30.
- 3) O zhoršení klinického stavu v době mezi 12:00-17:30 není v dokumentaci žádný záznam.
- 4) Za chybné považuji nereagování na zhoršování fyziologických funkcí nebo záznam, kde je uvedeno, proč na abnormální hodnoty oběhu a dýchání reagováno není.

- **Abnormální hodnoty fyziologických funkcí**
 - Zápisy sestrou v dokumentaci
 - Absence reakce lékaře – **NENÍ ZÁPIS**
 - ✓ Důkazy – dokumentace, výpověď?

Dokumentace na intenzivní péči

- V dostupné dokumentaci nenacházím záznam o informování pacientky o možných komplikacích souvisejících s poskytováním anesteziologické péče (AP) a jejich případných variantách.
- Sledování, resp. zaznamenávání základních fyziologických funkcí během poskytované AP v průběhu výkonu neodpovídá doporučení České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM), kde je doporučován 5 minutový interval záznamu fyziologických funkcí v průběhu AP.
- Z dokumentace není jasná časová osa poskytnuté AP, kdy začala etapa tzv. poanestetické péče a kdy etapa poanestetické péče skončila. Předpokládám, že "*Kontrolní vyšetření před propuštěním*" jak je uvedeno v Anesteziologickém protokolu indikuje moment, kdy anesteziolog pacientku klinicky vyšetří, vyhodnotí její zotavení z anestezie a předá do péče jinému zdravotnickému pracovníkovi - čas předání a identifikace přebírajícího zdravotnického pracovníka nelze z poskytnuté dokumentace určit.

Dokumentace na intenzivní péči

slabá místa

- „Ostře sledované vlaky“
 - Souhlas s hospitalizací/hlášení na soud
 - Fyzické omezení/hlášení na soud
 - Komplikace (pády)
 - Časy – jednotlivé etapy péče



Dokumentace na intenzivní péči

slabá místa

- **Podávání informací!!!**

- **Konflikty**

- Pacient, rodina/osoba blízká

- ✓ Čím vyhrocenější konflikt, tím podrobněji zapsat

- ✓ Přímá řeč



Závěry - význam dokumentace I

- **Jste to vy, kdo musí doložit, že váš postup byl správný i přes absenci záznamu**
- **Zhoršení stavu – zaznamenat reakci nebo proč se nedaří stav zlepšit**
- **Abnormální sledované hodnoty – proč není intervence**

Závěry - význam dokumentace II

- **Identifikace jednotlivých etap péče (zodpovědnost)**
 - Střídání lékaře i během anestezie, předání do služby
- **Identifikace lékaře (včetně konziliáře, telefonické domluvy, odmítnutí apod.)**
- **Podrobný popis komplikace/konfliktu**
 - Zápis „ex post“ se zdůvodněním odstupu zápisu
 - CAVE: přepisování, úprava záznamu!